

Pflegeplanung

www.PQSG.de

27 Standardpflegepläne von
A wie Apoplexie bis
W wie Weglauftendenz



2. Auflage / Oktober 2008 / Vers. 2.01b



das Altenpflegemagazin im Internet

Tel: (03901) 30 10 20

Fax: (0721) 15 14 08 728

www.PQSG.de · info@pqsg.de

Orientierungslos?

Würden Sie in ein Flugzeug steigen, wenn der Pilot keinen Kompass an Bord hat? Oder mit einem Schiff fahren, dessen Kapitän die allerletzte Seekarte bei eBay verhökert hat?

Wohl eher nicht! Ganz ähnlich verhält es sich mit der Altenpflege. Hier bildet die Pflegeplanung das Fundament, auf das alles andere aufgebaut wird. Ohne eine gute Pflegeplanung gibt es keine langfristige Strategie und keine Ziele.

Ganz so, als wenn der Kapitän erst acht Stunden Kurs auf New York hält und der erste Offizier während seiner Wache beschließt, dass ihm Rio de Janeiro als Ziel eigentlich viel lieber wäre.

Ihre Annika Klugkist



Redaktion: Annika Klugkist (verantwortlich im Sinne vom § 10 Abs. 3 MDStV);
Wohrsberg 84, 29410 Böddenstedt; Telefon: (03901) 30 10 20, Fax (0721) 15 14 08
728; E-Mail: info@pqsg.de

Jede Weiterveröffentlichung im Rahmen einer Zeitung, einer Zeitschrift, einem Online-Magazin und ähnlichen journalistischen oder publizistischen Produkten ist untersagt. Die Inhalte dieses Buches haben wir mit großer Sorgfalt zusammengetragen. Wir übernehmen aber keine Haftung für die Richtigkeit der Informationen.

Wir sind das pqsg-Magazin!

Erstklassiges Autorenteam: Die pqsg-Redaktion ist spezialisiert auf die Fachrichtungen Medizin, Pflegewissenschaft und Rechtskunde. Die meisten unserer Fachautoren schreiben exklusiv für das pqsg-Magazin.

Immer auf dem neusten Stand des Wissens: Das pqsg-Magazin wird zweimal in der Woche aktualisiert und erweitert. Wir können damit jederzeit auf neue Urteile, aktuelle Gesetzgebung und wissenschaftliche Erkenntnisse reagieren. Ebenso wichtig wie die wissenschaftliche Kompetenz ist für uns die praktische Umsetzbarkeit. Die zahlreichen Rückmeldungen unserer Leser erlauben es uns, die Qualität der Artikel permanent auf dem höchsten Niveau zu halten.

Riesige Themenauswahl: Rund 500 Standards, Checklisten, Stellenbeschreibungen und Musterdokumente finden Sie bei pqsg.de. Sie können alle Dokumente in wenigen Minuten in Ihr QM-Handbuch übernehmen und an Ihre Bedürfnisse anpassen. Und falls Sie bei pqsg doch nicht fündig werden sollten, schreiben Sie uns. Unsere Redaktion wird Ihren Themenwunsch so schnell wie möglich umsetzen.

Service fast rund um die Uhr: Die Altenpflege kennt kein Wochenende und keinen Feierabend. Wir auch nicht. Unsere Hotline ist jeden Tag von 8 Uhr bis 22 Uhr für Sie erreichbar. Auch am Wochenende und an Feiertagen.

Erstklassige Preise: Ein 6-Monats-Abo kostet bei uns 15,75 Euro. In diesem Pauschalbetrag sind alle weiteren Downloads bereits enthalten. Das pqsg-Abo läuft nach einem halben Jahr automatisch aus. Sie müssen also nicht kündigen. Wenn Sie nach Ablauf des Abos unser Magazin weiter nutzen möchten, registrieren Sie sich einfach erneut. Übrigens: Im Jahr 2007 verlängerten vier von fünf Lesern ihr pqsg-Abo.



Besuchen Sie uns im Internet unter www.PQSG.de

Inhaltverzeichnis

• Standardpflegeplan "senile Demenz"	Seite 5
• Standardpflegeplan "Multiple Sklerose"	Seite 16
• Standardpflegeplan "Parkinson Syndrom"	Seite 26
• Standardpflegeplan "Wachkoma / Wahrnehmungsstörung"	Seite 36
• Standardpflegeplan "Apoplexie"	Seite 36
• Standardpflegeplan "Unruhe / Weglauftendenz"	Seite 52
• Standardpflegeplan "Alkoholsucht"	Seite 57
• Standardpflegeplan "chronische Schmerzen"	Seite 66
• Standardpflegeplan "Adipositas"	Seite 76
• Standardpflegeplan "Untergewicht und Kachexie"	Seite 86
• Standardpflegeplan "Dehydratationsprophylaxe"	Seite 95
• Standardpflegeplan "Diabetes mellitus"	Seite 101
• Standardpflegeplan "Leberzirrhose"	Seite 112
• Standardpflegeplan "Belastungs- und Stressinkontinenz"	Seite 117
• Standardpflegeplan "Stuhlinkontinenz"	Seite 123
• Standardpflegeplan "Prostatahyperplasie"	Seite 131
• Standardpflegeplan "Herzinsuffizienz"	Seite 137
• Standardpflegeplan "Hypertonie"	Seite 145
• Standardpflegeplan "Sturzprophylaxe"	Seite 157
• Standardpflegeplan "Pflege von Senioren nach Frakturen"	Seite 164
• Standardpflegeplan "Totalendoprothese / 'TEP')"	Seite 169
• Standardpflegeplan "Rheumatische Erkrankungen"	Seite 175
• Standardpflegeplan "Schwerhörigkeit / Gehörlosigkeit"	Seite 186
• Standardpflegeplan "MRSA"	Seite 193
• Standardpflegeplan "bösartige Tumorleiden"	Seite 198
• Standardpflegeplan "Dekubitusprophylaxe"	Seite 210

Standardpflegeplan "senile Demenz"		
Definition:	Die senile Demenz ist eine organisch bedingte Verminderung der intellektuellen Hirnleistung mit negativen Auswirkungen auf die sozialen Funktionen. Im Laufe der Zeit treten Gedächtnis-, Wahrnehmungs- und Denkstörungen sowie eine Persönlichkeitsveränderung, Desorientierung und Sprachstörungen auf. Das wichtigste Frühsymptom ist die verschlechterte Gedächtnisleistung.	
	Unterteilt werden die Demenzformen in primär degenerative Demenzen (Ursache unbekannt) und sekundäre Demenzen (Ursache bekannt).	
	primär degenerative Demenzen:	
	• Alzheimer Demenz • Parkinson Demenz • Chorea Huntington	
	Ursachen der sekundären Demenzen:	
	• Stoffwechselerkrankungen z.B. Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenfunktionsstörungen • Verletzungen des Gehirns z.B. Subduralhämatom • raumfordernde Prozesse im Gehirn wie etwa Tumore, • Infektionskrankheiten des Gehirns wie etwa AIDS, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit • Vergiftungen wie etwa Schwermetalle, Drogen, Medikamente, Alkohol	
	Kardiovaskuläre Erkrankungen, z.B. Multiinfarktdemenz	
die Primärsymptome - auch die "6 A" genannt sind:	• Amnesie (Gedächtnisstörung. Zuerst ist das Kurzzeitgedächtnis gestört, später dann auch das Langzeitgedächtnis) • Aphasie (Sprachstörung) • Agnosie (Wahrnehmungsstörungen) • Apraxie (Störung von motorischen Handlungsabläufen) • Abstraktionsfähigkeitsverlust • Assessment-Störung (die Urteilkraft ist gestört)	
Sekundärsymptome:	• Angst • Unruhe • Depressionen • Persönlichkeitsstörung • Apathie • Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen • Paranoia • Abwehrverhalten • zunehmende zeitliche, örtliche, situative Desorientiertheit und später auch zur eigenen Person • gestörter Tag-Nacht-Rhythmus • Perseveration (Bewohner vergisst, was er gesagt hat, und wiederholt es ständig, z.B. "Schwester, wie spät ist es?") • Urin- und Stuhlinkontinenz • Schluckstörungen • verlangsamtes und umständliches Denken	
Schweregrade:	leichte Demenz:	Bei der leichten Demenz ist ein unabhängiges Leben mit persönlicher Hygiene und intaktem Urteilsvermögen möglich. Die Berufstätigkeit und soziale Kontakte sind aber

			deutlich beeinträchtigt. Angehörige berichten von Persönlichkeitsveränderungen. Viele Betroffene reagieren darauf mit Niedergeschlagenheit, Rückzug, Scham und Wut. In dieser Phase entwickeln sich häufig auch Wahnvorstellungen, z.B. wird dem Betroffenen immer etwas "gestohlen". Vermutlich handelt es sich dabei um einen Selbstschutz. Der Betroffene macht sich damit Ereignisse begreiflich, die er sich sonst nicht mehr erklären kann.
		mittelschwere Demenz:	Bei der mittelschweren Demenz ist ein selbständiges Leben sehr schwierig, ein erhöhtes Maß an Aufsicht ist notwendig. Bei allein stehenden Personen können Gefahren auftreten, wie eine vergessene Herdplatte oder eine überlaufende Badewanne. Kompliziertere Handlungen können nicht mehr durchgeführt werden und neue nicht mehr erlernt werden. Der Betroffene reagiert darauf oft mit Gereiztheit, Depressionen und Rückzug. In dieser Phase tritt auch häufig eine motorische Unruhe auf und die Betroffenen machen sich auf die Suche nach etwas Bekanntem, z.B. der eigenen früheren Wohnung oder einem Geschäft, in dem sie seinerzeit eingekauft haben.
		schwere Demenz:	Bei der schweren Demenz liegt ein Unvermögen vor, das Leben selbständig führen zu können. Die persönliche Hygiene kann nicht mehr durchgeführt werden. Es liegt u.a. ein Mutismus (Stummheit bei intakten Sprechorganen und erhaltenem Sprachvermögen) vor. Ständige Aufsicht und Anleitung sind erforderlich. Die nächsten Angehörigen werden nicht mehr erkannt. Mit der Zeit verlieren die Betroffenen das Gehen, Sitzen und / oder Schlucken. Sie werden bettlägerig und die Krankheit führt schließlich zum Tod.
		In der Altenpflege spielen die senile Demenz vom Alzheimer Typ und die Multiinfarktdemenz die größte Rolle.	
	Senile Demenz vom Alzheimer Typ (SDAT):	Die Alzheimer-Krankheit ist ein fortschreitender degenerativer Prozess im Gehirn. Im Kortex (Hirnrinde) kommt es durch Eiweißablagerungen zum Zelluntergang. So entwickelt sich ein Hirnschwund vorrangig im Temporal- und Parietallappen. Die Alzheimer-Krankheit ist nicht heilbar.	
	Multiinfarktdemenz:	Die Multiinfarktdemenz tritt häufig nach wiederholten Schlaganfällen auf, die sich im Alltag kaum bemerkbar gemacht haben. Häufig haben die Bewohner in ihrer Vorgeschichte eine Hypertonie, Diabetes mellitus und sind Raucher.	

		Die Ursache der Multiinfarktdemenz ist eine Minderdurchblutung des Gehirns infolge von arteriosklerotischen Veränderungen. Der Sauerstoffmangel führt zum Absterben von Neuronen und somit zu neurologischen Ausfallserscheinungen. Mit entsprechenden Medikamenten lässt sich die Durchblutung des Gehirns fördern. Typisch für diese Demenz ist ein schubförmiger Verlauf. Es kann zu einer plötzlich einsetzenden Verschlechterung kommen. Bei etwa jedem sechsten Betroffenen kommen epileptische Anfälle hinzu. Die Multiinfarktdemenz muss nicht zwangsläufig voranschreiten im Gegensatz zur Alzheimer-Demenz.
pflegerische Maßnahmen:	Folgende Maßnahmen sind zu ergreifen nach Heimeinzug oder zu Beginn der Pflege: • Erstellen eines individuellen Pflegeplanes mit allen bei dem Betreffenden notwendigen grund- und behandlungspflegerischen Maßnahmen einschließlich der Prophylaxen • Information und Aufklärung des Bewohners / Patienten und seiner Angehörigen • Beschaffung von geeigneten Hilfsmitteln • Einbeziehung von Therapeuten aller Fachrichtungen • Informationsweitergabe an alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten	
Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
AEDL: vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten		
• Bewohner benötigt Hilfe und Anleitung bei der Medikamenteneinnahme aufgrund der Demenz	• stellen und richten der Medikamente • ggf. Verabreichung der Medikamente • auf Regelmäßigkeit der Einnahme der Medikamente achten • Beobachtung, Dokumentation und Bericht an den behandelnden Arzt über Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente	• Sicherstellung der vom Arzt angeordneten Medikation • konsequente Einnahme der Tabletten gewährleisten • Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit • für eine gute Lebensqualität sorgen durch die bestmögliche Einstellung mit Medikamenten
AEDL: sich bewegen		
• Bewohner bewegt sich zunehmend langsamer und steifer als Folge der Bewegungsstörungen • Der Bewohner zeigt eine deutliche Gangunsicherheit und hat zunehmend Schwierigkeiten, das Gleichgewicht zu halten, z.B. vom Sitzen zum Aufstehen aus dem Stuhl	• Körperwahrnehmungsübungen durchführen lassen • Konzentrations- und Koordinationsübungen durchführen lassen • Greif-, Halte- und Schwingübungen durchführen lassen • nächtliches Tragen von Stoppersocken • Hindernisse beseitigen • Bewohner bei den verschiedenen Gängen begleiten • ggf. Einsatz einer Hüftprotektorstütze • Schwellen, Teppichkanten und	• Verbesserung des Zusammenspiels der motorischen und sensorischen Nerven • Stürze vermeiden • Der Bewohner kann weiterhin gehen, stehen und sitzen

	auf der Erde liegende Elektrokabel beseitigen • Treppen vermeiden • Medikamente auf ihre sturzfördernde Wirkung prüfen, z.B. einige Benzodiazepine, Neuroleptika, trizyklische Antidepressiva sind sturzfördernd • Durch Beobachtung Einschätzung in die Sturzrisikokala, anhand des Ergebnisses einleiten entsprechender Maßnahmen, z.B. Versorgung mit einer Protektorhose • Förderung der Mobilität und Aktivität, z.B. Balancetraining durchführen	
• Bewohner läuft sehr umtriebzig auf dem Wohnbereich umher und das über einige Stunden und leidet dadurch an Erschöpfungszuständen	• ausreichend Sitzgelegenheiten anbieten • Wenn möglich einen Rundgang einrichten, z.B. mit Blumentöpfen • Ggf. am Ende eines Ganges Möglichkeiten der Beschäftigung platzieren, z.B. ein kleines Regal mit "Krimskrams" hinstellen • Versuch andere Tätigkeiten anzubieten, z.B. etwas zum Tasten in die Hand geben, gemeinsam singen • Bewegungsdrang ausleben lassen • Möglichst verschlossene Türen und Schränke vermeiden	• Erschöpfungszustände vermeiden • Auslebung des Bewegungsdranges
AEDL: sich pflegen		
• Bewohner ist in der Fähigkeit sich zu pflegen eingeschränkt, aufgrund der Apraxie, Amnesie, Aphasie	• Anleitung und Hilfestellung bei jeder einzelnen Tätigkeit geben, also Tätigkeiten vorführen und immer benennen • Tätigkeiten solange wie möglich selbständig ausführen lassen • Die Tür zum Bad offen stehen lassen. Das vermittelt Sicherheit, da jederzeit die Möglichkeit besteht zu gehen.	• Bewohner nimmt Hilfestellung an • kann Teilleistungen selbständig ausführen
• Bewohner ist in der Fähigkeit sich selbst an- und ausziehen eingeschränkt aufgrund der Apraxie, Amnesie, Aphasie	• Kleidung in der richtigen Reihenfolge bereitlegen • Kleidung mit Gummizügen bevorzugen • Schuhe mit Klettverschluss wählen • Kleidung möglichst vom Bewohner auswählen lassen, stärkt die Identität • Wenn das nicht möglich ist,	• Bewohner nimmt Hilfestellung an. • kann Teilleistungen selbständig ausführen

	Kleidung auswählen, die der Bewohner schon immer gerne getragen hat. • plötzliche Veränderungen bei Gewohntem akzeptieren, z.B. lebt eine alte Frau wieder in den 1930er Jahren als 16jährige, deshalb möchte sie jetzt wieder geflochtene Zöpfe tragen.	
AEDL: essen und trinken		
• Bewohner verweigert die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme aufgrund der verminderten Urteilkraft	• Beobachtung und Befragung der Angehörigen, welche Speisen und Getränke der Bewohner bevorzugt • kleine Portionen und nur eine kleine Auswahl an Speisen auf dem Teller anbieten (Auswahl fällt leichter) • Speisen und Getränke so anbieten, dass sie vom Bewohner als seine Mahlzeiten erkannt werden, also z.B. bei einem ehemaligen Bauarbeiter die Butterstulle in eine Butterbrotdose legen und den Kaffee aus einer Thermoskanne eingießen usw. • regelmäßige Kontrolle des BMI • ggf. Ernährungsbogen führen • Bewohner immer zur selben Zeit am selben Platz essen lassen • in Gemeinschaft essen lassen • Bewohner regelmäßig trinken lassen (bei dementen Personen besteht die Gefahr auszutrocknen und dadurch ein Delir zu erleiden. Das wird wiederum häufig nicht erkannt und auf eine Verschlechterung der Demenz geschoben.) • ggf. ein Trinkprotokoll führen	• eine ausreichende und ausgewogene Ernährung sicherstellen. • für eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme sorgen. • Bewohner soll einen angemessenen BMI haben. • Bewohner soll keine Dehydratation erleiden.
• Bewohner hat die Technik des Essens bzw. den Umgang mit Besteck vergessen als Folge der Apraxie	• Bewohner nicht zwingen, mit Besteck zu essen. • Fingerfood anbieten, also den Bewohner mit den Fingern essen lassen • auf dem Wohnbereich kleine Schüsseln gefüllt mit mundgerechtem Obst verteilen	• eine ausreichende und ausgewogene Ernährung sicherstellen. • Bewohner soll gerne essen und trinken.
• Bewohner vergisst die Essenszeiten aufgrund der Amnesie	• Bewohner zu den Mahlzeiten abholen	• Die zeitliche Orientierung soll gefördert werden.
• Bewohner läuft stundenlang umher. Dadurch verbraucht er zu	• Bewohner nach Absprache mit dem behandelnden Arzt mit hochkalorischer Kost	• eine ausreichende und ausgewogene Ernährung sicherstellen.

viele Kalorien und ist als Folge unterernährt.	versorgen. • für ausreichende Ruhepausen sorgen, z.B. durch Sitzgelegenheiten und anbieten von anderen Tätigkeiten.	• Bewohner soll einen angemessenen BMI haben.
AEDL: Kommunizieren können		
• Der Bewohner versteht Sprache nicht mehr aufgrund der Aphasie	• Validation anwenden (Gefühle beachten, Biografie beachten, Tätigkeiten, die der Bewohner gerade durchführt, mitmachen) • einfache kurze Sätze sprechen, mit möglichst nur einer Information. Die Sätze untermalen mit Ausdruck Mimik, dazu passenden Bewegungen • Ja-Nein-Fragen stellen. • den Wortschatz des Bewohners verwenden • die Sprache durch körperlichen Kontakt unterstützen • Bewohner ernst nehmen. • Sprache und Handeln sollten übereinstimmen • Alltagsgegenstände benennen lassen und ggf. erklären lassen	• Bewohner fühlt sicher und verstanden • Er erhält alle wichtigen Informationen
• Der Bewohner leidet an Wortfindungsstörungen aufgrund der Aphasie	• Kommt der Bewohner nicht auf ein gesuchtes Wort, verschiedene passende Wörter anbieten. • Bewohner einfühlsam auf falsch eingesetzte Begriffe hinweisen • Reagiert der Bewohner sehr unwirsch auf die Korrekturen, weil ihm dadurch die eigenen Defizite bewusst werden, nicht berichtigend eingreifen.	• Kommunikation fördern • Rückzug und Isolation vermeiden • ggf. Logopädie veranlassen
• Bewohner leidet unter einer eingeschränkten Merkfähigkeit aufgrund der Amnesie	• Tagesplan und Notizbuch führen lassen, sofern noch möglich • Wird das Notizbuch vergessen, ggf. Merkzettelchen direkt an die betreffenden Orte kleben • wiederholen der Gesprächsinhalte, damit der rote Faden nicht so schnell verloren und sich der Bewohner Gesagtes einprägen kann	• Bewohner soll sich sicher fühlen • Kommunikation und Kontakte fördern • Rückzug und Isolation vermeiden
• Der Bewohner zeigt sich häufig misstrauisch, leicht reizbar und aggressiv als Folge der Wesensveränderung und fehlender Krankheitseinsicht	• sich als Pflegekraft nicht provozieren lassen • Versuch des Ablenkens oder Einlenkens, auch wenn objektiv der Bewohner nicht recht hat • durch Körperkontakt versuchen die Situation zu entspannen • bei aggressiven Verhalten	• Aggressionsgefühle seitens des Bewohners vermeiden oder abmildern • Bewohner soll Vertrauen haben • Bewohner soll sich wohl fühlen

	- versuchen den Auslöser heraus zu finden - validierende Gesprächsführung anwenden - ein Wohlfühlklima schaffen ohne Zeit- und Leistungsdruck	
AEDL: ausscheiden können		
Der Bewohner geht zu langsam zur Toilette aufgrund der Bewegungseinschränkungen	- auf nonverbale Zeichen achten, die einen Drang zur Toilette zu gehen anzeigen - Begleitung zur Toilette - für gut zu öffnende Kleidung sorgen, um so möglichst lange die Selbständigkeit zu erhalten - Versorgung mit adäquatem Inkontinenzmaterial	- Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit - Bewohner nimmt die Ausscheidungssignale weiterhin wahr - Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken - Bewohner nimmt Inkontinenzmaterial an
Der Bewohner findet die Toilette nicht aufgrund der örtlichen Desorientierung	- ggf. ständige Begleitung zur Toilette zu regelmäßigen Zeiten - Toilettentür auffällig gestalten, z.B. mit einem großen Foto von einer Toilette - Im Sanitärbereich auf eine helle Beleuchtung achten und für eine angenehme Atmosphäre sorgen - Versorgung mit adäquatem Inkontinenzmaterial	- Die zeitliche und örtliche Orientierung soll gefördert werden - Bewohner nimmt die Ausscheidungssignale weiterhin wahr - Bewohner nimmt Inkontinenzmaterial an
Der Bewohner vergisst zur Toilette zu gehen aufgrund der Amnesie	- regelmäßiges Toilettentraining durchführen, dabei wird die Blase immer zu gleichen Zeiten entleert. - Versorgung mit adäquatem Inkontinenzmaterial.	- Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit - Bewohner nimmt Inkontinenzmaterial an.
Bewohner schmiert häufig nachts mit Kot, beim Versuch der Reinigung wehrt sich der Bewohner. Bewohner schätzt die Situation nicht richtig ein.	- Versorgung mit geeignetem Inkontinenzmaterial - Bewohner keine Vorwürfe machen, da er die Situation nicht einordnen kann - Bewohner regelmäßig auf der Toilette abführen lassen, dabei ausreichend Zeit geben - Bei nächtlichem Kotschmieren mit Abwehrreaktionen gleichgeschlechtliche Pflegeperson pflegen lassen. Ruhig aber zügig die Verschmutzungen beseitigen, bedächtig und klar dabei sprechen. Bei Abwehrreaktionen Maßnahme unterbrechen und nach einer kleinen Pause erneut einen	- Bewohner soll regelmäßig auf der Toilette abführen - Bewohner soll Stuhlgang wahrnehmen. - Bewohner soll das Inkontinenzmaterial annehmen.

	Versuch machen.	
AEDL: für Sicherheit sorgen		
Bewohner sammelt und hortet Nahrungsmittel und isst verdorbene Speisen aufgrund der verminderten Urteilkraft. Er hat zu Kriegszeiten Hunger und Mangel erlebt und konnte danach Zeit seines Lebens keine Nahrungsmittel wegwerfen.	- An beliebten "Kramplätzen" haltbare und verschweißte Nahrung hinlegen, z.B. in die Handtasche, Nachttisch - Wenn der Bewohner beim Sammeln entdeckt wird, nicht vorwurfsvoll eingreifen, sondern einfühlsam auf ggf. verdorbene Nahrungsmittel hinweisen und das Einverständnis zum Auslesen einholen und dafür Ersatz anbieten - Bei den Mahlzeiten beobachten und anleiten. So dass möglichst keine Gelegenheit besteht, dass sich der Bewohner von anderen Tellern bedient	- Bewohner soll sich sicher fühlen und für "Notzeiten" vorgesorgt haben - Bewohner soll sich verstanden fühlen. - Bewohner nimmt die Hilfe der Mitarbeiter an - Dem Bewohner stehen ausreichend Lebensmittel zur Verfügung und weiß wo es sie gibt
Bewohner ist nur eingeschränkt in der Lage die Körpertemperatur zu regulieren als Folge der verminderten Urteilkraft	- Am Tag Bewohner dabei helfen dem Wetter angepasste Kleidung auszuwählen, ggf. eine zusätzliche Strickjacke bereitlegen - Bei nächtlichem Umherwandern das Fenster geschlossen halten - Bewohner nachts wärmer anziehen und eine dünnere Bettdecke zur Verfügung stellen	Vermeidung von Erkältungskrankheiten einschließlich daraus resultierender Komplikationen
Bewohner ist zunehmend desorientiert, erkennt die Angehörigen zeitweise nicht mehr, findet das eigene Zimmer zeitweilig nicht mehr, ist zur eigenen Person zeitweise nicht mehr orientiert	- Zimmertür kennzeichnen - Ggf. Bett kennzeichnen - Fotos der Familie aufhängen. - Kalender aufhängen, den Bewohner jedem Morgen begrüßen mit: "Guten Morgen Frau Müller, heute ist der 31. März 2006. (Realitäts-Orientierungs-Training, eignet sich besonders für Bewohner mit einer leichten Demenz) - Biografie geleitete Gespräche führen, die die Identität stärken sollen - An Sonn- und Feiertagen besondere Kleidung anziehen lassen und das Zimmer entsprechend schmücken mit z.B. großen Ostereiern - Generell für verschiedene Situationen Rituale entwickeln - Bei Spaziergängen draußen immer die gleichen Wege wählen - Auf dem Wohnbereich immer die gleichen Wege wählen	- erkennt die eigenen Angehörigen - ist an guten Tagen orientiert - erkennt Rituale wieder - Sicherheit und Geborgenheit vermitteln

Der Bewohner läuft unbemerkt durch den Eingang nach draußen, und irrt orientierungslos umher	- Jeden Morgen Dokumentation der Kleidung, die er heute trägt, und es sollte sich in der Pflegedokumentation ein aktuelles Foto befinden, erleichtert ggf. die Zusammenarbeit mit der Polizei - Präventiv: "Verstecken" der Türen des Ausgangsbereiches, z.B. durch Streichen der Tür in der gleichen Farbe der Wand. Denn wo Demente keine Türen sehen, besteht nicht die Herausforderung für sie hindurchzugehen. Den gleichen Effekt kann auch eine starke Kontrastierung z.B. mit Streifen vor dem Ausgangsbereich haben. - Dem Dementen einen Zettel einstecken, auf dem Name, Adresse und Telefonnummer stehen - Mit dem Bewohner öfter draußen spazieren gehen und immer wieder auf die gleichen markanten Stellen aufmerksam machen	- Der Bewohner erleidet keinen Schaden. - Der Bewohner wird schnell identifiziert und die Einrichtung informiert.
- Anmerkung und Ergänzung: - Desorientierung durch starke Wahrnehmungsstörungen : Bewohner haben im späteren Verlauf Schwierigkeiten Farbunterschiede, Licht und Schatten, Spiegelungen bei einem nassen glatten Boden richtig einzuordnen, daher werden in Einrichtungen die einen pflegfachlichen Schwerpunkt Demenz haben, u.a. eine sehr helle, warme Beleuchtung und satte hell leuchtende Farben eingesetzt. Einige Demente Bewohner haben z.B. Angst vor ihrem eigenen Spiegelbild, oder sie weigern sich über stark gemusterte Teppiche zu laufen.	Hier werden einige wenige baulich-technische Maßnahmen vorgestellt, die in spezialisierten Einrichtungen zur Anwendung kommen, die so genannte Milieugestaltung: - helle schattenarme und warme Beleuchtung, direktes Licht und Spiegelungen in Flächen werden vermieden - indirekte Beleuchtung durch Wand-, Decken- und Tischleuchten - Steuerung des Lichtes durch dimmen und zuschalten, kann eine stimmungsaufhellende und aggressionsdämpfende Wirkung haben - Farbkontraste setzen, z.B. weißes Geschirr auf blauer Tischdecke - starke Farbkontraste auf dem Fußboden vermeiden - starke Farbkontraste bewusst vor Ausgangsbereichen einsetzen - für den Wohnbereich werden helle warme und wohnliche Materialien ausgewählt.	- Bewohner soll sich sicher und geborgen fühlen - Unruhezustände und Aggressionen sollen durch die Milieugestaltung vermieden werden
AEDL: sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten		
Bewohner lebt seine Sexualität offen aus, (z.B.	Bei öffentlich sexuellen Handlungen auf dem	Sexualität soll weiterhin ausgelebt werden ohne

masturbiert er auf dem Wohnbereich) aufgrund der mangelnden Urteilskraft.	Wohnbereich, Bewohner in sein Zimmer begleiten • ggf. Unterbringung in einem Einzelzimmer, da das ggf. dem Nachbarn nicht zuzumuten ist • Bei Schwierigkeiten mit den Angehörigen, Gespräche anbieten und verständlich machen, dass Verbote und Vorwürfe nicht verstanden werden • ggf. Beratung mit dem behandelnden Arzt • Wenn andere Bewohner oder Mitarbeiter gegen ihren Willen in die sexuellen Handlungen mit einbezogen werden, wird eine Verlegung in eine geschlossene Einrichtung erwogen	Konfrontation mit Dritten.
• Bewohner erkennt in einem Mitarbeiter oder in einer fremden Person (Besucher) seine Jugendliebe wieder	• Mit der entstandenen Situation behutsam umgehen • Versuch herauszufinden was der Grund für die Verwechslung sein könnte • Hält das Missverständnis längere Zeit an, ggf. Pflegekraft beim Bewohner längerfristig nicht einsetzen	• Die belastende Situation für beide Betroffene soll aufgelöst werden • Der Bewohner soll sich nicht zurückziehen
AEDL: ruhen und schlafen		
• der Tag-Nacht-Rhythmus des Bewohners ist gestört	• regelmäßige Essenszeiten einhalten, sie geben dem Tag Struktur • für ausreichend Aktivitäten am Tag sorgen • Schlaf am Tag vermeiden. • Abends Einschlafrituale einhalten • ggf. zu einem späteren Zeitpunkt schlafen lassen • nächtlichen Bewegungsdrang zulassen und kanalisieren in nächtliche Aktivitäten, z.B. in einem Nachtcafe • nur als letztes Mittel der Wahl nach Absprache mit dem Arzt Gabe von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln	• Der Bewohner soll abends müde sein • Am Tag sollen die Wachphasen in der Mehrheit sein • Der Bewohner soll schlafen, wann er möchte
• Bewohner ist häufig nachts unruhig, nestelt an der Kleidung, rüttelt am Bettgitter, schmiert mit Kot. Dadurch ist der Bettnachbar in seiner Nachtruhe eingeschränkt.	• Die Frequenz des nächtlichen Rundgangs erhöhen, wenn personell möglich einige Zeit beim Bewohner bleiben • kleines Nachtlicht installieren • ggf. eine Duftlampe einsetzen • Die Zeit des Ins-Bett-Gehen nach hinten verlagern • Die Ursache versuchen herauszufinden, z.B.	• Bewohner soll nachts durchschlafen können • Die Ursachen sollen bekannt sein

	Langeweile, StuhlDrang, Desorientierung etc.	
AEDL: sich beschäftigen können		
Bewohner benötigt Angebote zur Beschäftigung aufgrund der Antriebslosigkeit, Gedächtnisschwäche, Denkstörungen	10-Minuten-Aktivierung durchführen - spätestens nach 20 Minuten Beschäftigung abbrechen, um eine Überforderung zu vermeiden - bei Langeweile und Müdigkeit Beschäftigung abbrechen - Beschäftigungen mit biografischen Hintergrund auswählen, z.B. Gartenarbeit, Zeichnen, Kartoffeln schälen, Wäsche zusammenlegen usw. - Fotoalben anschauen, Musik hören, feiern von kirchlichen und persönlichen Festen. Das alles schafft Orientierung - Ggf. snoezelen anbieten - Gesellschaftsspiele anbieten, die das Denken und das Gedächtnis fördern z.B. Halma, Mensch-ärgere-dich- nicht, dabei auf eine Überforderung achten und bei Frustrationen sofort abbrechen	- Förderung der zeitlichen Orientierung durch wiederkehrende Angebote - Förderung von Kontakten zu anderen Bewohnern
AEDL: mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
Bewohner leidet unter Angst, Unruhe, Misstrauen, Aggressionen und Depressionen	- Validation anwenden - basale Stimulation anwenden - Nach Arztverordnung Gabe von Neuroleptika und Antidepressiva als letztes Mittel der Wahl	- Bewohner soll sich sicher und geborgen fühlen - Bewohner soll sich ernst genommen fühlen

Standardpflegeplan "Multiple Sklerose"

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für Multiple Sklerose. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Definition:

- Bei der multiplen Sklerose (auch disseminierte Enzephalomyelitis, Polysklerose) kommt es zu Entzündungen der Myelinscheiden an den Nervenzellen des zentralen Nervensystems. Dabei lösen sich die Myelinscheiden von den Axonen ab. Die körpereigene Immunabwehr greift diesen Entzündungsherd an, und es bilden sich Plaques. Diese Plaques heilen ab und hinterlassen statt intakten Nervenzellen nur noch Narbengewebe. So entsteht im zentralen Nervensystem eine Vielzahl von Plaques, die für entsprechende neurologische Ausfälle sorgen.
- Betroffen von der Krankheit sind ca. zwei Drittel Frauen und ein Drittel Männer.

Ursachen der MS:

Die Ursachen der MS sind bislang nicht wissenschaftlich gesichert. Fest steht, dass es sich um eine Autoimmunkrankheit handelt. Folgende Ursachen werden diskutiert:

- umweltbedingte und geografische Einflüsse (in feucht-kühlen Regionen der Erde tritt die Krankheit häufiger auf als in wärmeren Landstrichen)
- eine "slow Virus Infektion"
- persönliche Krisensituationen (Schwangerschaft und Infektionen)
- ein erhöhtes persönliches Risiko durch bestimmte genetische Immundefekte

Symptome:

- Kleinhirnsymptome:
 - Intentionstremor: Er tritt bei zielgerichteten Bewegungen auf, wobei sich das Zittern je näher das Ziel kommt, verstärkt.
 - Ataxie: Dabei handelt es sich um Koordinationsstörungen. Die verschiedenen Muskelgruppen arbeiten nicht mehr "Hand in Hand". Davon betroffen sind die Haltung, der Gang und der Stand.
- motorische Störungen:
 - Lähmungen mit spastischen Paresen, rasche Ermüdbarkeit, hängen bleiben und stolpern an kleinen Hindernissen, im weiteren Verlauf bis hin zur Hemi-, Para- und Tetraplegie
 - schnelle Ermüdung und Schwere in den Beinen
- sensible Störungen:
 - Parästhesien in Form von Kribbel-, Prickel- und Taubheitsgefühlen
 - herabgesetztes Druck-, Schmerz- oder Temperaturempfinden
- vegetative Störungen:
 - Harninkontinenz durch neurogene Blasenstörungen
 - Darmstörungen
 - erektile Dysfunktion und Störung der Orgasmusfähigkeit
 - Störung der Vasomotorik in Form von rotbläulichen Verfärbungen an den Extremitätenenden sowie in Form von ödematösen Schwellungen
- Hirnstammsymptome / Hirnnervenstammsymptome:
 - Doppelbilder, Nystagmus
 - Hör- und Gleichgewichtsstörungen (Dreh- und Schwankschwindel)
 - Entzündung des Sehnervs: zeigt sich etwa in Verschwommensehen, Verlust der Sehkraft, Einschränkungen des Gesichtsfeldes

- Fazialisparese (Lähmungen der Gesichtsmuskulatur): daraus resultieren häufig eine verwaschene Sprache und Schluckbeschwerden
- Trigemiusneuralgie (Gesichtsschmerz)
- psychische Veränderungen:
 - Persönlichkeitsveränderungen
 - organisch verursachte depressive Verstimmung
 - Abbau der geistigen Fähigkeiten
- Sekundärsymptome:
 - Infektion der Luft- und Harnwege
 - Thrombosen
 - Dekubitalgeschwüre
 - Ernährungsmängel

Verlaufsformen:

- Die gutartige Verlaufsform; sie macht ca. 20 Prozent der Fälle aus: plötzlicher Beginn, wenige Attacken, keine dauerhafte Behinderung.
- Die chronisch-rezidivierende Verlaufsform; sie macht ca. 20 bis 30 Prozent der Fälle aus: plötzlicher Beginn, teilweise oder vollständige Rückbildung der Symptome, keine schwere Behinderung.
- Die chronisch-progrediente Verlaufsform; sie macht ca. 10 bis 20 Prozent der Fälle aus: langsamer Beginn mit zunehmender Verschlechterung.
- Die Mischform; sie macht ca. 40 Prozent der Fälle aus: plötzlicher Beginn, nur anfangs u.U. vollständige Rückbildung der Symptome, später zunehmende Verschlechterung.

Pflegerische Maßnahmen:

Folgende Maßnahmen sind zu ergreifen nach Heimeinzug oder zu Beginn der Pflege:

- Erstellen eines individuellen Pflegeplanes mit allen bei dem Betreffenden notwendigen grund- und behandlungspflegerischen Maßnahmen einschließlich der Prophylaxen
- Information und Aufklärung des Bewohners / Patienten und seiner Angehörigen
- Beschaffung von geeigneten Hilfsmitteln
- Einbezug von Krankengymnasten, Ergotherapeuten und Logopäden
- Informationsweitergabe an alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
AEDL: vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten		
Bewohner benötigt Hilfe und Anleitung bei der Medikamenteneinnahme	• stellen und richten der Medikamente • ggf. Verabreichung der Medikamente • auf Regelmäßigkeit der Einnahme der Medikamente achten • Beobachtung, Dokumentation und Bericht an den behandelnden Arzt über Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente • bei einem Schub Interferongabe nach ärztlicher Verordnung	• Sicherstellung der vom Arzt angeordneten Medikation • Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit • für eine gute Lebensqualität sorgen durch die bestmögliche Einstellung mit Medikamenten
• Bewohner hat Fieber aufgrund einer Infektion Info: Fieber und Wärme können einen Schub auslösen (direkte Sonneneinstrahlung vermeiden)	• fiebersenkende Maßnahmen einleiten • Arzt informieren auch bei subfebriler Temperatur (bis 38°C)	• Bewohner hat eine normale Körpertemperatur • Folgeschäden wurden erkannt bzw. vermieden

AEDL: sich bewegen		
Der Bewohner stolpert sehr häufig beim Gehen aufgrund einer Fußheberparese.	- Den Bewohner mit Schuhen versorgen, die an der Spitze statt einer Gummisohle mit Leder ausgestattet sind. - Alternativ kann der Bewohner mit einer Peronaeusschiene versorgt werden. Diese verbessert deutlich das Gangbild. - Mit dem Bewohner in Zusammenarbeit mit der Krankengymnastin Geh- und Stehübungen durchführen - Ängste vor Stürzen ernst nehmen, aber dennoch für gezielte Aktivitäten sorgen	- Förderung und Erhaltung der Beweglichkeit - Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit - Motivation erhalten und fördern - Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken - Stürze vermeiden
Der Bewohner leidet an einer Beugespastik besonders im Bereich der Knie und der Hüften.	Der Bewohner wird auf dem Bauch gelagert. Um Schmerzen im Knie- und Beckenbereich durch eine schmerzhaftes Überstreckung zu vermeiden, wird jeweils ein Lagerungskissen unter die Unterschenkel und das Becken gelegt. Der Kopf wird zur Seite gedreht und die Arme angewinkelt abgelegt.	- Förderung und Erhaltung der Beweglichkeit - Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit - Motivation erhalten und fördern - Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken - Bewohner erleidet keine Schmerzen
Der Transfer des Bewohners vom Bett in den Rollstuhl ist erschwert, da der Bewohner an einer Streckspastik im Beckenbereich leidet.	- Bevor der Bewohner in den Rollstuhl mobilisiert wird, werden die Beine mit Hilfe eines Lagerungswürfels in einem 90°-Winkel gelagert. Das sollte etwa 20 Minuten vor dem Transfer geschehen. - Alternativ zum Lagerungswürfel können die Beine auch in der Seitenlage um 90° angewinkelt werden. - Ziel ist die Lockerung der Muskulatur, um den späteren Transfer zu erleichtern. - Vor dem Transfer empfiehlt es sich, dem Bewohner die Schuhe anzuziehen, da bei einer Berührung der nackten Füße mit dem Fußboden die Spastik wieder einsetzen kann. - Das Aufsetzen auf die Bettkante geschieht durch eine Drehung auf die Seite, wobei die Beugung der Beine beibehalten wird und der Bewohner aufgesetzt wird. - Zum Abschluss des Transfers sollte nun eine Drehscheibe eingesetzt werden, auf die der	- Förderung und Erhaltung der Beweglichkeit - Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit - Motivation erhalten und fördern - Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken - Bewohner erleidet keine Schmerzen

	Bewohner seine Füße stellt. Die Pflegekraft fasst mit einer Hand an den Po und mit der anderen an den Brustkorb, die Knie werden fixiert und der Bewohner legt seine Arme locker auf dem Rücken der Pflegekraft ab. Durch eine Gewichtsverlagerung der Pflegekraft nach hinten wird der Bewohner automatisch angehoben und mit Hilfe der Drehscheibe sanft in den Rollstuhl transferiert.	
Der Transfer des Bewohners aus dem Stand vom Rollstuhl auf die Toilette und umgekehrt ist erschwert, da der Bewohner an einer Streckspastik im Beckenbereich leidet.	- Im Stand kann dem Bewohner einfacher die Kleidung an- und ausgezogen werden. - Beim Hinsetzen des Bewohners wird der Streckspastik entgegengewirkt, indem die Pflegekraft die Knie fixiert und den Oberkörper des Bewohners nach vorne beugt, sodass er sich hinsetzen kann.	- Förderung und Erhaltung der Beweglichkeit - Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit - Motivation erhalten und fördern - Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken - Bewohner erleidet keine Schmerzen
Der Bewohner leidet an einer Kombination aus einer Beuge- und Streckspastik	Lagern im Bett: Diagonal abwechseln zwischen linkem Bein und rechten Arm beugen und rechtem Bein und linken Arm strecken und umgekehrt. Bewohner liegt dabei in der Seitenlage und wird von Lagerungskissen entsprechend abgestützt. (Antispastik-Lagerung nach Bobath©)	- Förderung und Erhaltung der Beweglichkeit - Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit - Motivation erhalten und fördern - Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken - Bewohner erleidet keine Schmerzen
Der Bewohner ist einer erhöhten Gefahr ausgesetzt, Kontraktionen, Kreislaufschwierigkeiten und Osteoporose zu erleiden aufgrund der vielfältigen Bewegungseinschränkungen	- regelmäßiger Einsatz eines Stehbretts nach Anleitung der Ergo- oder Physiotherapie - Lagerungs- und Bewegungsplan erarbeiten und umsetzen - Maßnahmen der Kontrakturenprophylaxe umsetzen, siehe Standard Kontrakturenprophylaxe	- Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit - Bewohner erleidet keine Folgeschäden durch die Immobilität
Die Gefahr einen Dekubitus zu erleiden ist wesentlich erhöht, da der Bewohner an Sensibilitätsstörungen leidet. Er bemerkt ggf. keine Schmerzen und	Standard Dekubitusprophylaxe durchführen	Intakter Hautzustand

Druckstellen.		
AEDL: sich pflegen		
Der Bewohner ist in der Grundpflege durch die Ataxie und den Intentionstremor nur eingeschränkt in der Lage diese durchzuführen.	- Bewohner soll vor dem Waschbecken sitzen und die Ellenbogen beim Waschen, Zähneputzen und Rasieren aufstützen. Das vermindert den Intentionstremor - Zur Ataxiehemmung sollte der Bewohner sehr körpernah arbeiten und den Körper als Ablagefläche benutzen - Beim Duschen ist bei einer Rumpfataxie ein Duschrollstuhl mit fester Lehne und verstellbaren Fußstützen notwendig - Anschaffung einer Elektrozahnbürste vorschlagen, dickerer Griff, Bewegungen werden eigenständig von der Zahnbürste ausgeführt	- Förderung und Erhaltung der Beweglichkeit - Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit - Motivation erhalten und fördern
Der Bewohner ist nicht in der Lage, die Zahnpflege selbständig durchzuführen, da er unter einer starken Rumpf- und Kopfataxie leidet. Zudem besteht eine Plegie der Arme.	Die Pflegekraft sorgt durch eine breite Ablagefläche dafür, dass der Bewohner sich entspannt anlehnen kann. Beim Zähneputzen kann z.B. die Pflegekraft ihr Bein über den Rollstuhl hinter den Rücken des Bewohners legen und somit Halt für den Oberkörper geben und mit dem Arm und der Hand auf der Stirn den Kopf fixieren. Diese Maßnahme erleichtert deutlich die Zahnpflege. (Die Fixierung des Oberkörpers durch das Bein der Pflegekraft entfällt bei einem Rollstuhl mit einer angepassten Sitzschale.)	- Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit - Motivation erhalten und fördern
Eine Intimpflege beim Bewohner durchzuführen ist stark erschwert, da er an einer Adduktorenspastik in Kombination mit einer Streckspastik leidet. Die Beine des Bewohners sind so sehr verkrampft, dass man sie nicht ohne weiteres voneinander weg spreizen kann. Info: Adduktion: Bewegung eines Körperteils in die Mitte	- Den Bewohner in die Rückenlage bringen - Die Beine des Bewohners werden vorsichtig und ohne Gewalt angewinkelt. Zum besseren Halt kann ein großes Kissen zwischen Bettende und den Füßen platziert werden. - Zur Entspannung der Muskeln werden die Beine zusammen vorsichtig nach rechts und links hin und her geschaukelt. - Danach lassen sich die Beine auseinander spreizen. - Die Intimpflege wird durchgeführt.	- Bewohner akzeptiert die Maßnahme - Bewohner ist informiert
Bewohner leidet unter einer beeinträchtigten	auf richtige Temperatur des Wasch- und Badewassers	Folgeschäden vermeiden

Oberflächen- und Tiefensensibilität und Parästhesien infolge der Nervenschädigungen. Es besteht die Gefahr von Verbrennungen und Infektionen Info: Sensibilitätsstörungen können nicht medikamentös behandelt werden.	achten, Verbrennungsgefahr - hohe Luftfeuchtigkeit verstärkt die Sensibilitätsstörung, daher das Bad gut lüften - medizinische Fußpflege durchführen lassen - auf Wunden achten (es kann das Schmerzempfinden beeinträchtigt sein) - Berührungen der Haut vorsichtig durchführen, da schon minimale Berührungen als schmerzhaft empfunden werden können - Beobachtungen für Kollegen dokumentieren, wann die Parästhesien auftreten und durch was sie ggf. ausgelöst werden.	- Schmerzfreiheit - Bewohner soll sich wohl fühlen
Bewohner ist aufgrund der motorischen Einschränkungen nicht in der Lage, sich selbständig an- und auszukleiden. Er benötigt Hilfsmittel und zeitweise personelle Unterstützung.	an- und auskleiden: - Bewohner über Kleidung und ggf. Make-up wieder zu mehr Selbstwertgefühl verhelfen - Haken und Knöpfe möglichst groß wählen, am besten Klettverschlüsse an der Kleidung anbringen - Reißverschlüsse mit einem Ring ausstatten - feste Schuhe mit Klettverschlüssen bereitstellen und auf richtigen Sitz achten - immer die am stärksten betroffenen Extremitäten zuerst anziehen - Bewohner stets im Sitzen ankleiden (lassen) - Bewohner mit weiteren Hilfsmitteln ausstatten, z.B. einem Schuhanzieher	- Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit - Motivation erhalten und fördern - Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken
AEDL: essen und trinken		
Bewohner ist bei der Nahrungsaufnahme eingeschränkt aufgrund der Parese (Plegie), Schluckstörung, Ataxie, Spastik	- Bewohner mit entsprechenden Hilfsmitteln zur Nahrungsaufnahme versorgen, Besteck mit dicken Griffen, Becher mit Strohhalmen - nach Absprache mit dem Bewohner für Kleidungsschutz sorgen - Besteck mit dicken Griffen und eine Schale mit hochgezogenem Rand anbieten, um die Selbständigkeit so lange wie möglich zu erhalten - Gläser, Tassen und Becher halbvoll füllen - aufgrund der länger benötigten Zeit für die Essenaufnahme Essen warm halten	- Vermeidung einer Aspiration - Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit - für eine ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr sorgen

	• ausreichend Zeit zur Nahrungsaufnahme lassen • einen Löffel statt einer Gabel anbieten, Umgang ist einfacher • auf die Konsistenz der Nahrung achten, dokumentieren, wobei sich der Bewohner am wenigsten verschluckt • genügend Flüssigkeit (2 - 3l) über den Tag verteilt anbieten • ggf. Trinkprotokoll anlegen • ggf. Tisch erhöhen, z.B. durch Ziegelsteine, so dass der Bewohner seine Ellenbogen beim Essen auf dem Tisch abstützen kann, der Intentionstremor verringert sich dadurch. • auf eine ausgewogene und ballaststoffreiche Ernährung achten. Info: Ob eine Einschränkung beim Verzehr von Fleisch, Wurst, Milch und Milchprodukten wegen der enthaltenen Arachidonsäure sinnvoll ist, ist noch nicht abschließend geklärt. Die Arachidonsäure ist als Vorstufe beteiligt an der Auslösung entzündlicher Prozesse.	
AEDL: Kommunizieren können		
• Bewohner kann häufig schlecht vom Gegenüber verstanden werden, Stimme ist verwaschen, monoton und leise aufgrund der Dysarthrie, ermüdet schnell. • Die Kommunikation ist insgesamt sehr erschwert und der Bewohner wird rasch ungehalten, wenn er nicht gleich verstanden wird.	• Logopädie veranlassen • zusätzliche Sprechübungen neben der Logopädie durchführen lassen • Verständnis und Geduld zeigen • zum Verstehen und Antworten Zeit geben • Bewohner motivieren und Mut machen • ggf. Ja/Nein-Fragen stellen • ggf. auf spezielle Hilfsmittel zur Kommunikation zurückgreifen, wie etwa eine Sprechtafel • Bewohner motivieren an Beschäftigungsangeboten im Haus teilzunehmen	• Bewohner soll sich nicht isolieren und an der Kommunikation teilhaben • Motivation erhalten und fördern • Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken
• Bewohner leidet an Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen aufgrund der Nervenschädigungen	• Spiele spielen, die das Gedächtnis und die Konzentration fordern ohne zu überfordern • bevorzugte Gesprächsthemen des Bewohners aufgreifen	• Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit • Motivation erhalten und fördern • Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken
• Der Bewohner hört schlecht aufgrund der Nervenschädigungen	• den Bewohner immer von vorne ansprechen, langsam und deutlich sprechen • weitere Maßnahmen siehe	• Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit

	Standard "Pflege und Betreuung von schwerhörigen Senioren"	
AEDL: ausscheiden können		
Bewohner leidet unter einer Blasenentleerungsstörung aufgrund der neurogenen Blasenstörung, Gefahr des Harnwegsinfektes	- Versorgung mit angepasstem Inkontinenzmaterial - regelmäßig Urinstreifentests durchführen, bei Auffälligkeiten den Arzt informieren - Restharnbildung vermeiden, beklopfen (Triggern) der Blase (Vorsicht: Beim Triggern kann es ggf. zu einem pathologischen Blasendruck kommen, nur nach Absprache mit dem Arzt.) - ggf. bei Restharnbildung nach Absprache mit dem Arzt regelmäßige Einmalkatheterisierung entweder vom Bewohner selbst durchgeführt oder von einer Pflegekraft - zusätzlich Vitamin C verabreichen, hat zur Folge, dass der Urin angesäuert wird und dadurch die Keimbildung in der Blase gehemmt wird - ggf. Versorgung mit einem suprapubischen Katheter	- vermeiden von Harnwegsinfekten - vermeiden von Schmerzen - Beherrschung der verschiedenen Techniken zur Blasenentleerung
Bewohner ist harninkontinent	- Versorgung mit angepasstem Inkontinenzmaterial - individuelles Toilettentraining durchführen - Beckenbodentraining durchführen lassen - ggf. Versorgung mit einem suprapubischen Katheter - männlicher Bewohner kann mit einem Urinalkondom versorgt werden	- Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit - Bewohner soll sich wohl fühlen - Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken - Bewegungsfreiheit ermöglichen
Bewohner leidet unter einer Obstipation aufgrund der mangelnden Motilität (Eigenbewegung) des Magen-Darm-Traktes	- hohe Flüssigkeitszufuhr - Ballaststoff- und vitaminreiche Kost - Kolonmassagen - morgens vor dem Frühstück ein lauwarmes Glas Leitungswasser trinken lassen - natürliche Abführmittel einsetzen nach Absprache mit dem Arzt, wie etwa Sauerkrautsaft und Ähnliches	- eine angemessene Stuhlentleerungsfrequenz erreichen - Bewohner soll weitestgehend beschwerdefrei sein - Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit - Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken
Bewohner ist stuhlinkontinent	Defäkationsprotokoll erstellen und danach regelmäßige Stuhlausscheidung durch individuelles Toilettentraining anstreben	- Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit - Bewohner soll sich wohl fühlen

	• Obstipation vermeiden durch genügend Flüssigkeitsaufnahme und ballaststoffreiche Kost sowie ausreichende Bewegung • Intimsphäre wahren durch verlassen der Toilette, dabei Klingel in Reichweite legen • Auswahl von geeigneten Hilfsmitteln, wie etwa Toilettensstuhl, erhöhter Toilettensitz, wiederverschließbare Windelhose • sorgfältige Hautpflege im Intimbereich durchführen • Bewohnern und Angehörigen Gespräche anbieten	• Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken • Bewegungsfreiheit ermöglichen
AEDL: für Sicherheit sorgen		
• Bewohner ist sehr sturzgefährdet aufgrund der Bewegungseinschränkung	• Hindernisse beseitigen • Sitzmöglichkeiten, Abstützmöglichkeiten im Zimmer schaffen • ggf. Toilettensitzerhöhung anbringen • für gute Beleuchtung im Zimmer sorgen • Schwellen, Teppichkanten und auf der Erde liegende Elektrokabel beseitigen • für ausreichend Licht sorgen • ggf. vor dem Herausfallen aus dem Bett sichern (ggf. Genehmigung Amtsgericht) • ggf. Rollator mit einem Gewicht ausstatten, um ein schnelles Umkippen zu vermeiden	• Bewohner soll sich sicher und geborgen fühlen • Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit • Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken • Bewegungsfreiheit ermöglichen • Bewohner soll seine körperlichen Grenzen erkennen
• Trigeminusneuralgie	• für eine adäquate Schmerzbehandlung sorgen	• Schmerzfreiheit
• Bewohner erleidet einen Schub	• Einleitung der medikamentösen Therapie durch den behandelnden Arzt • Medikamentengabe nach ärztlicher Verordnung • ggf. Einweisung ins Krankenhaus	• für eine adäquate Behandlung sorgen
AEDL: sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten		
• bei Männern erektile Dysfunktion • Abnahme der Libido	• ggf. Überweisung zu einem Urologen • Kontakt zur Selbsthilfegruppe herstellen	• Bewohner teilt sich mit und isoliert sich nicht • Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken

AEDL: ruhen und schlafen		
• Bewohner schläft nachts schlecht, klagt über Schmerzen und große Müdigkeit, aufgrund der Beuge- und Streckspastiken	• Antispastik-Lagerung nach Bobath© einsetzen (siehe oben) • nach ärztlicher Verordnung Gabe von Bedarfsmedikamenten	• Bewohner soll eine geruhsame Nacht haben • Schmerzfreiheit
AEDL: mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
• Bewohner leidet unter Stimmungsschwankungen, zeitweise stark euphorisch, manchmal depressiv oder aggressiv	• auf Wunsch Kontakt zu Selbsthilfegruppe herstellen • ggf. Seelsorge einleiten • bei übertriebener euphorischer Stimmung, Bewohner nicht noch ermuntern, sondern die Situation versachlichen • bei depressiver Stimmung für Ablenkung und Abwechslung im Alltag sorgen	• Bewohner ist über seine Krankheit aufgeklärt und informiert

Standardpflegeplan "Parkinson Syndrom"		
Formen:	das Parkinson-Syndrom	Das Parkinson-Syndrom ist eine Stammganglienerkrankung, die vor allem durch Bewegungsstörungen gekennzeichnet ist und ca. 0,1 Prozent der Bevölkerung über 60 Jahre betrifft. Es kommt aus unbekannter Ursache zu einem Dopaminmangel in der Substantia nigra.
	sekundäres oder symptomatisches Parkinsonsyndrom:	Diese Form entsteht durch: • Vergiftungen • Medikamente wie z.B. Antiemetika, Neuroleptika • Infektionen, z.B. nach einer Hirnhautentzündung bei der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit • bei einem Stammganglieninfarkt oder einer Stammganglienblutung • bei zerebralen Raumforderungen, wie etwa einem Hirntumor • metabolisch bedingt, z.B. bei Hypoparathyroidismus (verminderte oder fehlende Produktion eines Hormons in der Nebenschilddrüse) • schweres Kopftrauma, traumatische Hirnschädigung, z.B. bei Boxern
die drei Leitsymptome:	• Akinese (Bewegungsunfähigkeit / Bewegungsstarre) • Tremor (Zittern) • Rigor (Muskelsteifheit)	
	Tremor	• "Pillendrehen", "Münzenzählen" und der sog. "Ja-Nein-Tremor" • Ruhetremor, beeinträchtigt den Betroffenen nicht so stark, fällt aber sofort ins Auge. Bei manchen Betroffenen tritt er überhaupt nicht auf. • Aktionstremor, beeinträchtigt den Betroffenen viel stärker im Alltag, tritt bei

		willkürlichen Bewegungen auf
	Akinese (herabgesetzte oder fehlende Bewegungen)	• Dyskinesie: unwillkürliche abnorme Bewegungen • Bradykinesie: verlangsamte Bewegungen • Hypokinesie: Willkürliche und unwillkürliche Bewegungsabläufe sind gestört. Z.B. ist das physiologische Mitschwingen der Arme beim Gehen gestört. • typische Haltung: Kopf und Rumpf nach vorn gebeugt, Knie-, Ellenbogen- und Fingergelenke leicht angewinkelt, Arme und Hände liegen am Körper an (Zusammenspiel zwischen Rigor und Hypokinesie) • erhöhte Sturzgefahr: Der Betroffene kann nicht die Balance halten, um Stürze zu vermeiden. • Geh- und Haltungsstörungen mit kleinschrittigem schlurfendem Gang, Schwierigkeiten die Bewegung z.B. beim Gehen zu starten ("Freezing") und wieder abzubrechen • Verminderung der Mimik und Gestik: maskenhaftes Gesicht • Störungen der Feinmotorik: äußert sich etwa durch eine Schreibstörung; das Geschriebene wird immer kleiner (Mikrografie) • Hypophonie: Störungen der Stimmgebung: leiser, rauher, monoton • Dysarthrie: verwaschene und beschleunigte Sprache, oft zusätzlich behindert durch den starken Speichelfluss
	Rigor	• Unter Rigor wird eine Muskelsteifheit verstanden. Die Steifheit ist gleichzeitig bei der Beuge- und Streckmuskulatur

		vorhanden. Durch den erhöhten Tonus des Muskels bleibt der Widerstand bei einem passiven Bewegungsablauf immer gleich, z.B. beim Beugen des Arms. Häufig kommt es dabei zu dem so genannten "Zahnradphänomen", nämlich das ruckartige Nachlassen des Widerstands. • Bei bettlägerigen Bewohnern mit ausgeprägtem Nackenrigor kann vielfach folgendes Bild beobachtet werden: Der Bewohner liegt steif auf dem Rücken, der Kopf ist nach vorn gebeugt und Zentimeter vom Kopfkissen entfernt (Luftkissenphänomen).
weitere Begleiterscheinungen	• Schmerzen in den Gelenken und der Muskulatur • Schluckstörungen • Blasenfunktionsstörungen, häufig Dranginkontinenz in Verbindung mit einer Pollakisurie (häufige Entleerung kleiner Harnmengen) • Obstipation • bei Männern erektile Dysfunktion • Schlafstörungen • orthostatische Hypotonie (Kreislaufabfall beim Aufrichten vom Liegen oder Sitzen zum Stehen, tritt im fortgeschrittenem Stadium häufig auf) • Demenz • Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, Überempfindlichkeit, Antriebslosigkeit: aus diesen Stimmungen heraus besteht die Gefahr des Rückzuges von Freunden und Angehörigen • erhöhter Speichelfluss • erhöhte Talgsekretion (Salbengesicht) • schnelles Frieren • Hitzewallungen, Fehlsteuerung der Wärmeregulation im Hypothalamus • Abnahme der Libido • Parästhesien • Leistungsabbau • depressive Zustände • Völlegefühl, Sodbrennen, vorzeitiges Sättigungsgefühl	
Die Krankheit ist nicht heilbar. Therapiert wird sie mit Medikamenten, die das Ungleichgewicht zwischen Dopamin und Azetylcholin (Überträgerstoffe im Gehirn) ausgleichen sollen. Problematisch ist, dass die Wirksamkeit der Medikamente mit der Zeit nachlässt.		
Pflegerische Maßnahmen:	Folgende Maßnahmen sind zu ergreifen nach Heimeinzug oder zu Beginn der Pflege: • Erstellen eines individuellen Pflegeplanes mit allen bei dem Betreffenden notwendigen grund- und behandlungspflegerischen Maßnahmen einschließlich der Prophylaxen	

	• Information und Aufklärung des Bewohners / Patienten und seiner Angehörigen • Beschaffung von geeigneten Hilfsmitteln • Einbeziehung von Krankengymnasten, Ergotherapeuten und Logopäden • Informationsweitergabe an alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten	
Pflegeproblem:	Pflegemaßnahmen:	Pflegeziel:
AEDL: vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten		
• Bewohner benötigt Hilfe und Anleitung bei der Medikamenteneinnahme	• stellen und richten der Medikamente • Bewohner kann mit Hilfe eines Timers an die regelmäßige Einnahme erinnert werden • Medikamente entweder 30 Minuten vor den Mahlzeiten oder 90 Minuten danach einnehmen lassen (sehr eiweißreiche und vitamin-b-reiche Kost kann die Aufnahme der L-Dopa-Medikamente negativ beeinflussen.) • ggf. Verabreichung der Medikamente • Beobachtung, Dokumentation und Bericht an den behandelnden Arzt über Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente. Beispiel: im späteren Verlauf der Erkrankung kann es zu so genannten Fluktuationen kommen, dabei kann es direkt nach Einnahme einer hohen L-Dopa-Dosis zu einer Dyskinesie und beim Nachlassen der Wirkung zu einer Akinese kommen.	• Sicherstellung der vom Arzt angeordneten Medikation • konsequente Einnahme der Medikamente gewährleisten • Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit • für eine gute Lebensqualität sorgen durch die bestmögliche Einstellung mit Medikamenten
• Bewohner ist besonders gefährdet bei Infektionskrankheiten und sollte eine drohende Ansteckung möglichst vermeiden. (Bei Bewohnern in einem fortgeschrittenem Stadium der Krankheit kann es bedingt durch eine Unterbrechung der Medikamentengabe, z.B. bei Infektionskrankheiten oder einer Dehydratation, zu einer akinetischen Krise kommen. Diese zeigt sich in Form eines zentralen Fiebers sowie totaler Akinese und starken Rigors. Dieser	• Gripeschutzimpfung empfehlen • Bei Grippewellen Bewohner empfehlen, sich von größeren Menschenansammlungen fernzuhalten	• eine Infektionskrankheit vermeiden

Zustand kann unbehandelt zum Tod führen.)		
Bewohner läuft Gefahr an einer Augenentzündung durch zu seltenen Lidschlag zu erkranken	nach ärztlicher Anordnung Gabe von Tränenersatzflüssigkeit	Vermeidung einer Augenentzündung
Bewohner atmet sehr flach aufgrund der Akinese und des Rigors	- Atemübungen durchführen lassen, ggf. Atemtrainer einsetzen - Pneumonieprophylaxe - zum Singen anregen	- Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit - gute Belüftung der Lungenflügel gewährleisten - Vermeidung einer Pneumonie
Bewohner leidet an einer Mundtrockenheit als Folge der Nebenwirkungen der Medikamente	- ausreichend Getränke anbieten - wiederholte Mundspülungen durchführen lassen - ggf. auf das Rauchen und scharfe Gerichte verzichten, trocknet den Mund zusätzlich aus - ggf. kann vom Arzt ein Speichelersatz verordnet werden	- Bewohner soll einen feuchten Mundraum haben - Er soll ein angenehmes Gefühl im Mund haben
AEDL: sich pflegen		
Bewohner ist in der Fähigkeit sich zu pflegen eingeschränkt aufgrund der Akinese, des Tremors und des Rigors	- Bewohner dazu raten den Spiegel im Bad zu nutzen, dadurch bessere Selbstkontrolle möglich - Bewohner soll vor dem Waschbecken sitzen und die Ellenbogen beim Waschen, Zähneputzen und Rasieren aufstützen, vermindert den Tremor - Anschaffung einer Elektrozahnbürste vorschlagen, dickerer Griff, eigenständige Bewegungen - Bewohner kann sich selbständiger abtrocknen, wenn statt Handtüchern ein Bademantel verwendet wird - gute Hautpflege durchführen wegen des vermehrten Schwitzens - Bewohner nicht unter Zeitdruck und Stress setzen, ausreichend Zeit lassen An- und Auskleiden: - auf Kleidung achten, die in der Lage ist Schweiß	- Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit - Motivation erhalten und fördern - Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken - Bewegungsfreiheit ermöglichen

	aufzusaugen, wenig synthetische Kleidung verwenden • Bewohner über Kleidung und ggf. Make-up wieder zu mehr Selbstwertgefühl verhelfen • Haken und Knöpfe möglichst groß wählen, am besten Klettverschlüsse an der Kleidung anbringen • Reißverschlüsse mit einem Ring ausstatten • feste Schuhe mit Klettverschlüssen bereitstellen und auf richtigen Sitz achten	
• Bewohner friert und schwitzt schnell	• nach dem Zwiebelprinzip anziehen, so dass leicht nach Bedarf die Kleidung an- oder ausgezogen werden kann	• Bewohner soll sich wohl fühlen
• Bewohner ist in der Fähigkeit sich zu pflegen eingeschränkt, aufgrund der Parästhesien	• auf richtige Temperatur des Wasch- und Badewassers achten • medizinische Fußpflege durchführen lassen • auf Wunden achten	• Folgeschäden vermeiden • Bewohner soll sich wohl fühlen
• Der Bewohner leidet unter einem Salbengesicht und vermehrter Schuppenbildung	• entfettende Gesichtereinigung durchführen lassen • häufiger Haare waschen lassen	• Bewohner soll sich wohl fühlen
• Bewohner leidet unter Speichelfluss	• regelmäßige Mundpflege mit Soor- und Parotitisprophylaxe durchführen • regelmäßige Lippenpflege durchführen	• intakte Mundschleimhaut
AEDL: sich bewegen		
• Bewohner ist in der Fähigkeit sich zu bewegen eingeschränkt, aufgrund der Geh- und Haltungsstörungen und Dyskinesien	• ausreichende Versorgung mit Hilfsmitteln • Stühle mit Armlehnen und erhöhter Sitzlehne bereitstellen • ggf. KG und Ergotherapie veranlassen • Geh- und Koordinationsübungen durchführen, die zum Ziel haben, eine aufrechte Körperhaltung, großschrittigen Gang mit Mitpendeln der Arme, Start- und Haltepositionen sowie Richtungsänderungen zu trainieren. Die Pflegeperson klatscht z.B. in die Hände bei jedem Schritt, mit Kreide die Richtung auf dem Boden	• Förderung und Erhaltung der Beweglichkeit • Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit • Motivation erhalten und fördern • Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken

	• einzeichnen usw. • Bewegungsübungen auch für die Gesichtsmuskeln durchführen • im Rahmen der Beschäftigungsangebote feinmotorische Tätigkeiten anbieten wie etwa Basteln, Malen, Schreiben (dabei aber eine Überforderung vermeiden) • bei Dyskinesien Arzt informieren	
AEDL: essen und trinken		
• Bewohner ist in der Fähigkeit zu essen und zu trinken eingeschränkt aufgrund des Tremors und der Schluckstörung	• Besteck mit dicken Griffen und eine Schale mit hochgezogenem Rand anbieten, um die Selbständigkeit so lange wie möglich zu erhalten • aufgrund der zusätzlich benötigten Zeit für die Essensaufnahme Essen warm halten • ausreichend Zeit zur Nahrungsaufnahme lassen • einen Löffel statt einer Gabel anbieten, Umgang ist einfacher • auf die Konsistenz der Nahrung achten, dokumentieren wobei sich der Bewohner am wenigsten verschluckt • nach jeder Mahlzeit gründliche Zahn- und Mundpflege durchführen, Nahrung verbleibt länger im Mundraum und greift somit verstärkt die Zahnschmelz an • Becher mit Henkeln nur bis zur Hälfte füllen, um ein Verschütten zu vermeiden • eine Serviette anbieten • ggf. ein Ernährungstagebuch führen, da Betroffene berichten, dass es ihnen nach bestimmten Nahrungsmitteln besser oder schlechter geht • ggf. Ernährung zusammen mit einem Ernährungsberater anpassen, es wird eine kalorien- und flüssigkeitsreiche Kost empfohlen (durch den Tremor benötigen Erkrankte wesentlich mehr Kalorien) • härteres Gebäck kann in Kaffee oder Tee eingetaucht werden, erleichtert das Abbeißen und Schlucken	• Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit • auf ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr achten • Motivation erhalten und fördern • Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken

• Bewohner hat ein erhöhtes Risiko untergewichtig zu werden als Folge des Tremors	• regelmäßiges Ermitteln des BMI • bei einem zu geringen BMI genaue Dokumentation der Nahrungsaufnahme • ggf. Zusammenarbeit mit einem Ernährungsberater	• Bewohner soll einen angemessenen BMI haben
• Bewohner leidet unter Völlegefühl, Sodbrennen, vorzeitigem Sättigungsgefühl	• mehrere Mahlzeiten über den Tag anbieten • Lieblings Speisen anbieten	• Bewohner soll weitestgehend beschwerdefrei sein • Bewohner soll genügend Nahrung zu sich nehmen
AEDL: Kommunizieren können		
• Bewohner kann häufig schlecht vom Gegenüber verstanden werden, Stimme ist verwaschen, monoton und leise aufgrund der Dysarthrie und des Ruhetremors in den Lippen, in der Zunge und im Kinn	• Logopädie veranlassen • zusätzliche Sprechübungen neben der Logopädie durchführen lassen • Verständnis und Geduld zeigen • zusammen singen • zum Verstehen und Antworten Zeit geben • Bewohner motivieren und Mut machen	• regelmäßige Gespräche führen
• Bewohner ist in der Kontaktaufnahme zu anderen eingeschränkt, da das maskenhafte Gesicht, also die fehlende Mimik, die Kommunikation nicht unwesentlich beeinflusst	• Der Intellekt des Bewohners ist häufig erhalten, daher den Bewohner ernst nehmen und nicht wie ein Kind behandeln • auch Angehörige und Nahestehende darüber informieren	• Kontakte fördern • Teilhabe am sozialen Geschehen in der Einrichtung fördern • adäquate Gesprächsthemen wählen
• Bewohner leidet unter Speichelfluss	• den Bewohner mit ausreichend Papiertaschentüchern ausstatten	• Bewohner soll sich wohl fühlen und sich nicht schämen müssen für den Speichelfluss • Besucher und Angehörige aufklären über die Ursache des Speichelflusses
• Bewohner leidet tageszeitlich unter Sehstörungen als Folge der Nebenwirkungen der Medikamente	• Beschäftigungsangebote an die tägliche Verfassung anpassen	• Kontakte fördern • Teilhabe am sozialen Geschehen in der Einrichtung fördern
• Bewohner ist nicht mehr in der Lage, selbständig etwas niederzuschreiben aufgrund der	• Computer zur Verfügung stellen • sofern eine gute Vertrauensbasis vorhanden,	• Kontakte fördern • Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit

ausgeprägten Mikrografie	ggf. Briefe oder Schriftsätze für den Bewohner schreiben	
AEDL: ausscheiden können		
Bewohner ist inkontinent, (häufig liegt eine Dranginkontinenz durch eine motorisch ungehemmte Blase in Verbindung mit einer Pollakisurie vor)	- Toilettentraining zur Gewöhnung an regelmäßige Zeiten der Entleerung - Toilettensitzerhöhung, hilft selbständig zu bleiben, da das Aufstehen und Hinsetzen erleichtert wird - Versorgung mit angemessenem Inkontinenzmaterial	- Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit - Bewohner soll sich wohl fühlen - Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken - Bewegungsfreiheit ermöglichen
Bewohner leidet unter einer Obstipation aufgrund der mangelnden Motilität (Eigenbewegung) des Magen-Darm-Traktes	- hohe Flüssigkeitszufuhr auch um das vermehrte Schwitzen auszugleichen - Ballaststoff- und vitaminreiche Kost - Kolonmassagen - morgens vor dem Frühstück ein lauwarmes Glas Leitungswasser trinken lassen - natürliche Abführmittel einsetzen nach Absprache mit dem Arzt, wie etwa Sauerkrautsaft und ähnliches - nur nach Absprache mit dem Arzt Laxantien einsetzen, da Wechselwirkungen mit den Parkinsonmedikamenten nicht auszuschließen sind.	- eine angemessene Stuhlentleerungsfrequenz erreichen - Bewohner soll weitestgehend beschwerdefrei sein - Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit - Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken
AEDL: für Sicherheit sorgen		
Bewohner ist sehr sturzgefährdet aufgrund der Bewegungseinschränkung und der orthostatischen Hypotonie, die schnell Schwindel verursacht	- Hindernisse beseitigen - Sitzmöglichkeiten, Abstützmöglichkeiten im Zimmer schaffen - Toilettensitzerhöhung anbringen - für gute Beleuchtung im Zimmer sorgen - Schwellen, Teppichkanten und auf der Erde liegende Elektrokabel beseitigen - ggf. Möbelstücke verschieben wegen der Schwierigkeit, die Richtung zu ändern und zu stoppen - ggf. vor dem Herausfallen aus dem Bett sichern (ggf. Genehmigung Amtsgericht) - Anschaffung eines schnurlosen Telefons empfehlen - Anschaffung einer Greifzange empfehlen, so dass der Bewohner sich nicht bücken muss	- Bewohner soll sich sicher und geborgen fühlen - Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit - Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken - Bewegungsfreiheit ermöglichen - Bewohner soll seine körperlichen Grenzen erkennen

	Bewohner anleiten nach jedem Aufstehen sich festzuhalten und mit dem Gehen zu warten, bis der Schwindel vorüber ist bzw. sich wieder hin zu setzen, falls der Schwindel nicht nachlässt	
AEDL: ruhen und schlafen		
Schlaf des Bewohners ist beeinträchtigt aufgrund Bewegungseinschränkungen und des Schwitzens	- dem Bewohner eine leichte Zudecke zur Verfügung stellen, verhindert Wärmestau und ermöglicht eine bessere Beweglichkeit im Bett - möglichst seidene Bettwäsche verwenden, ermöglicht ein Gleiten im Bett und wirkt schmerzlindernd - darauf achten, dass die Matratze, auf der der Bewohner liegt, nicht zu weich ist und er darauf zu sehr einsinkt, schränkt die Beweglichkeit ein - Beobachtung, welche Lagerungen schmerzarm sind und das Zittern verringern	- Bewohner soll sich ausgeruht und ausgeglichen fühlen - Bewegungsfreiheit ermöglichen - Schmerzfreiheit
Bewohner ist sturzgefährdet, da ihm nach dem Aufstehen immer schwindelig ist und er oft trotzdem gleich loslaufen möchte	Bewohner anleiten nach dem Aufstehen aus dem Bett sich festzuhalten und mit dem Gehen zu warten bis der Schwindel vorüber ist.	- Stürze vermeiden - Bewohner soll seine körperlichen Grenzen erkennen
Bewohner ist häufig müde und unausgeglichen, da er sich oft selbst überfordert und sich zu wenig Ruhe gönnt	- Bewohner dazu anleiten einen immer gleichen Tagesrhythmus einzuhalten - Beobachtung zu welchen Zeiten Ruhe- und Schlafpausen sinnvoll sind und diese in den Tagesablauf integrieren - ggf. auf die Notwendigkeit von Ruhe und Schlaf hinweisen	- Bewohner soll sich ausgeruht und ausgeglichen fühlen - Bewohner soll seine körperlichen Grenzen erkennen
AEDL: mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
Bewohner hat Schwierigkeiten mit der derzeitigen Situation umzugehen, zieht sich zurück, ist depressiv, verlangsamt und antriebsärmer	- Angehörige informieren und einbeziehen - Kontakte zu Selbsthilfegruppen anbieten - über das Krankheitsbild informieren - Informationsmaterial anbieten - Überversorgung vermeiden - Alltagskompetenzen trainieren - Trauer und Wut zulassen	- nimmt am sozialen Leben teil und erhält Beziehungen aufrecht - weitestgehend Unabhängigkeit wiedererlangen - Hoffnung und Motivation aufrecht erhalten

Standardpflegeplan "Wachkoma / apallisches Syndrom / Wahrnehmungsstörung"

- Das Wachkoma ist gekennzeichnet durch einen Funktionsausfall der Großhirnrinde. Ursache dafür ist zumeist Sauerstoffmangel, etwa als Folge eines Schädelhirntraumas nach einem Unfall.
- Der Bewohner befindet sich in einem schlafähnlichen Zustand mit offenen Augen, aus dem er nicht geweckt werden kann. Ansprache, äußere Reize und selbst Schmerzreize führen zu keinen sichtbaren Reaktionen. Es gibt keine Spontan- oder Reaktivbewegungen.
- Der Bewohner ist nicht in der Lage, einen Punkt im Raum mit den Augen zu fixieren oder sich in irgendeiner Form verständlich zu machen. Er kann sich nicht bewegen und keine Nahrung eigenständig zu sich nehmen. Die Spontanatmung und die Kreislaufregulation hingegen sind funktionsfähig.
- Die Störung wird in fünf verschiedene Phasen eingeteilt, die mit Buchstaben gekennzeichnet sind. Die Phase A ist definiert als Akutphase, in der der Mensch intensivmedizinisch versorgt werden muss. Die letzte Phase "F" beschreibt die Langzeitversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen oder in der häuslichen Umgebung.
- In der Pflege und Betreuung von Menschen mit Wachkoma, sollten in einem therapeutischen Team folgende Konzepte umgesetzt werden: Das Affolter Modell, basale Aktivierung, Kinästhetik, Snoezelen /Musiktherapie, Logopädie, Ergo- und Physiotherapie usw.

Hinweis: Dieser Standardpflegeplan deckt die gesamte Bandbreite der Wahrnehmungsstörungen ab, insbesondere auch leichtere Fälle, bei denen die kognitiven Fähigkeiten noch teilweise erhalten sind.

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für Wachkoma. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
Kommunizieren		
• Der Bewohner ist nicht mehr in der Lage, auf gewohnte Weise mit uns zu kommunizieren.	• Vor und nach jeder Maßnahme am Bewohner führen wir eine Initialberührung durch. Sinn und Zweck ist es, dass der Bewohner an Vertrauen und Orientierung gewinnt und sich entspannt, während die Pflege oder andere Therapien durchgeführt werden. • Der Bewohner wird über alle anstehenden Pflegemaßnahmen informiert. Dieses auch dann, wenn er die Information augenscheinlich nicht verarbeiten kann. • Wenn wir mit dem Bewohner sprechen, schalten wir unnötige Lärmquellen aus. Insbesondere werden die Fenster geschlossen und der Fernseher und das Radio leise gestellt. • Am Bett des Bewohners sollte immer nur eine Person sprechen. Wenn sich zwei Pflegekräfte im Bereich des Bewohners aufhalten, sollte eine Mitarbeiterin (soweit	• Wir finden neue Wege, um mit dem Bewohner zu kommunizieren. • Der Bewohner wird durch die Kommunikation nicht unnötig beunruhigt.

	möglich) schweigen. • Im Zimmer des Bewohners sollte nicht geflüstert werden, da dieses den Bewohner verunsichern würde. • Wir achten darauf, dass wir in der Nähe des Bewohners nicht unbedacht reden. Wir müssen stets davon ausgehen, dass er uns hören kann, da das Hörvermögen auch im Koma funktionieren kann. • Wir machen auch Angehörige darauf aufmerksam, dass sie in Gegenwart des bewusstlosen Bewohners nicht über dessen Zustand reden. Insbesondere sollen sie nicht in der Vergangenheitsform über ihn sprechen. • Wir achten auf nonverbale Kommunikation. Mögliche Formen: ○ Der Bewohner blinzelt. Dieses kann auf störendes Licht, trockene Augen oder verklebte Augenlider hinweisen. ○ Der Bewohner leckt sich über die Lippen und zeigt damit an, dass der Mundraum ausgetrocknet ist. ○ Der Bewohner macht Schmatzgeräusche als Zeichen von Hunger. ○ Der Bewohner verändert seine Körperhaltung und zeigt damit z.B. Schmerzen an. ○ Der Bewohner macht fahrige Handbewegungen als Zeichen von Unruhe oder Überforderung. ○ Der Bewohner schließt die Augen und signalisiert, dass er in Ruhe gelassen werden möchte. • Wir nutzen die basale Aktivierung, um Gefühle zu kommunizieren. Dazu zählen Berührungen, Geräusche oder Musik.	
Sich bewegen		
• Der Gleichgewichtssinn des Bewohners ist gestört.	• Wir bewegen den Bewohner regelmäßig in die Seitenlage und schaukeln ihn dort vorsichtig vor und zurück. Wir achten auf eine Erhöhung des Muskeltonus und auf eine gesteigerte Aufmerksamkeit. • Alternativ kann der Bewohner aufrecht in das Bett gesetzt werden und aus dieser Position vor und zurück bewegt werden.	• Die verbliebenen Fähigkeiten werden stabilisiert und ausgebaut.
• Der Bewohner ist anfällig für	• Der Bewohner wird konsequent mobilisiert, etwa in den Rollstuhl.	• Der Bewohner bleibt zumindest passiv

Kontrakturen. Der Bewohner leidet unter Spastiken.	- Wir mobilisieren den Bewohner soweit, dass er einen Stehtisch nutzen kann oder in einem Sessel vor einem Tisch sitzt. - Der Bewohner wird im Bett regelmäßig umgelagert. - Wir bringen den Bewohner in den "Königssitz". Dafür wird der Bewohner mit dem Rückenteil des Pflegebettes in eine Oberkörperhochlagerung gebracht. Mit zusammengerollten Decken und weiteren Lagerungshilfsmitteln wird seine Position stabilisiert. Das Bettende wird tiefer gestellt. Die Bettmitte im Bereich der Kniekehlen wird erhöht. - Wir führen diametral gegenläufige Waschungen durch (beide Hände waschen also gegen das Muster der Spastik).	beweglich. Aufgetretene Kontrakturen und Spastiken werden gelindert.
Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten		
- Der Bewohner ist anfällig für Atemwegserkrankungen. - Der Bewohner ist nicht in der Lage abzuhusten. Der Schleim verlegt seine Atemwege.	- Wir lagern den Bewohner im Bett in atemunterstützenden Positionen. - Der Bewohner wird am Tag aus dem Bett mobilisiert. Er soll z.B. einige Zeit in einem Sessel oder einem Rollstuhl verbringen. - Wir führen atemstimulierende Einreibungen durch. - Der Bewohner wird ggf. regelmäßig abgesaugt.	- Der Bewohner kann ohne Beschwerden atmen. - Das Atmungssystem bleibt leistungsfähig.
Die Atmung ist oberflächlich und schnell.	- Der Bewohner könnte damit anzeigen, dass er Schmerzen verspürt. Wir prüfen, ob z.B. die aktuelle Lagerung für den Bewohner unangenehm sein könnte. - Die Atmung könnte auch auf das Gefühl der Einsamkeit oder eine Form der Panik zurückzuführen sein. Wir machen uns dann bei dem Bewohner durch die Initialberührung bemerkbar und beobachten etwaige Verhaltensänderungen. - Wir legen die Hände des Bewohners am rechten und linken Ende seines Rippenbogens auf. Wir lassen ihn damit die eigene Atmung erspüren und vermitteln ihm ein Gefühl der Sicherheit.	- Die Ursache für die beschleunigte Atmung wird ermittelt. - Die Atmung normalisiert sich.
Die Fähigkeit, akustische Reize zu verarbeiten, ist gestört.	- Wir spielen dem Bewohner Musik vor, die er als Gesunder gerne gehört hat. Die Dauer dieser Maßnahme wird zunächst auf wenige Minuten begrenzt und dann schrittweise verlängert. - Wir beobachten den Bewohner, ob	Der Bewohner ist wieder in der Lage, auf akustische Reize zu reagieren.

	er Reaktionen auf die Musik zeigt. Wenn er offenbar überfordert ist, wird die Maßnahme beendet. • Wir nutzen keine Kopfhörer, da der Bewohner der Musik dann hilflos ausgeliefert ist. • Ggf. suchen wir den Kontakt zu einer Musiktherapeutin. Diese kann mit Klanginstrumenten prüfen, ob der Bewohner auf diese Weise zu erreichen ist. • Wir konfrontieren den Bewohner mit Gegenständen, die Geräusche aussenden, etwa einem Wecker. Die Reaktionen des Bewohners werden sorgfältig beobachtet.	
• Die olfaktorische Wahrnehmung ist gestört.	• Wir konfrontieren den Bewohner mit verschiedenen Gerüchen, von denen wir glauben, dass er sie als angenehm empfindet. • Wir stellen Duftlampen im Bewohnerzimmer auf. • Wir bitten den Lebenspartner, Bettwäsche mit in die Einrichtung zu bringen, die er/sie für einige Tage genutzt hat. Mit dieser wird das Bett des Bewohners bezogen. (Voraussetzung: Die Beziehung zwischen beiden war zuletzt intakt.)	• Der Bewohner ist wieder in der Lage, auf Geruchsreize zu reagieren.
• Der Bewohner hat häufig Gänsehaut.	• Gänsehaut kann ein Zeichen von Ekel sein. Wir prüfen, welche unangenehmen Sinneseindrücke für die Gänsehaut verantwortlich sein könnten. In Frage kommt etwa ein Mundpflegemittel. • Wir vermeiden den auslösenden Faktor falls möglich.	• Die Ursache für die Gänsehaut wird ermittelt.
• Der Bewohner hat möglicherweise Schmerzen.	• Wir prüfen, ob der Bewohner Schmerzen hätte, wenn er wach wäre (etwa aufgrund von Kontrakturen, Dekubiti usw.). In diesem Fall ist es möglich, dass er den Schmerz im Wachkoma unbewusst wahrnimmt. Wir diskutieren daher mit dem Hausarzt, ob eine Schmerzbehandlung sinnvoll sein kann. • Die Auswirkung der Schmerzbehandlung auf das Verhalten des Bewohners wird beobachtet und dokumentiert. • Wir prüfen, ob der Bewohner in der Lage ist, bei schmerzhaften Pflegemaßnahmen eine Rückmeldung zu geben. Beim Absaugen etwa kann der Bewohner eine Hand auf den Arm der Pflegekraft legen und diesen drücken, wenn die Beschwerden zu	• Der Bewohner leidet nicht unter unnötigen Schmerzen. • Der Bewohner kann sich entspannen, da er abschätzen kann, dass ab einem bestimmten Tageszeitpunkt keine unangenehmen Tätigkeiten mehr mit ihm durchgeführt werden.

	stark werden. • Wir bündeln (soweit möglich) unangenehme Tätigkeiten wie etwa das Absaugen oder Injektionen zu einem festen Block im morgendlichen Tagesablauf. Dieser wird dauerhaft getrennt von angenehmen Pflegemaßnahmen wie etwa der Ganzkörperwaschung oder Einreibungen.	
• Die vibratorische Wahrnehmung ist gestört.	• Wir nutzen elektrische Geräte, von denen Vibrationen ausgehen. Dazu zählen etwa elektrische Zahnbürsten oder Rasierapparate. • Wir setzen einen Massagestab erst auf der Matratze auf und führen ihn dann zu den Rippen. Der Kontakt mit einem Knochen leitet die Vibrationen durch den gesamten Körper. • Wir geben dem Bewohner diese Geräte zeitweise auch in die Hand. • Die Pflegekraft legt dem Bewohner die Hände auf den Brustkorb und spricht oder singt gleichzeitig.	• Der Bewohner ist wieder in der Lage, auf vibratorische Reize angemessen zu reagieren.
• Die Körperwahrnehmung ist gestört. • Der Bewohner verliert sein Körpergefühl.	• Der Bewohner wird in unterschiedlichen Positionen gelagert, dieses auch bei geringer Dekubitusgefahr. Wir nutzen dafür etwa die Nestlagerung in Rückenlage. Dabei wird der Bewohner in eingerollte Decken eingepackt, die seinen Körperkonturen folgen. • Der Bewohner wird nur dann dauerhaft weich oder superweich gelagert, wenn es dafür eine zwingende Indikation gibt, etwa ein erhöhtes Dekubitus-Risiko. • Der Bewohner wird auf unterschiedlich harten Matratzen gelagert. Wir nutzen zudem verschiedene Bezüge für die Matratze, also etwa raues und dann weiches Material. • Die Lagerung wird so gewählt, dass der Bewohner die Grenzen seines Körpers erspüren kann, etwa durch den Kontakt mit dem hochgefahrenen Seitenteil des Bettes oder dem Fußteil des Bettes. • Wir führen Massagen durch. • Wir bringen den Bewohner mit Wasser in Kontakt. ○ Wir führen dafür Hand-, Fuß- und Vollbäder durch. Ggf. werden diese Maßnahmen durch passive Bewegungsübungen ergänzt. ○ Beim Duschen kann die Temperatur geändert	• Der Bewohner gewinnt sein Körpergefühl zurück. Er kennt die Grenzen seines Körpers und kann zwischen "innen" und "außen" unterscheiden.

	werden (um max. 10° C). Der Duschstrahl kann mal weich und dann wieder hart gewählt werden. Am Ende des Duschens wird stets körperwarmes Wasser genutzt. ○ Wir führen basale Ganzkörperwaschungen durch, insbesondere anregend ("gegen den Strich") oder beruhigend ("mit dem Strich"). ○ Wir legen die Arme und Beine des Bewohners in Handtücher und heben diese an. Wenn der Bewohner einatmet, heben wir die Extremität einige Zentimeter an, bei der Ausatmung senken wir die Arme bzw. Beine wieder ab.	
• Der Bewohner hyperventiliert. • Der Bewohner hat Schweißausbrüche. • Der Bewohner leidet unter Tachykardien. • Der Bewohner leidet unter starken Schwankungen des Blutdrucks.	• Der Bewohner kann unter Angst leiden. Wir prüfen, welche Faktoren dafür verantwortlich sein könnten und beseitigen diese. • Der Bewohner kann Schmerzen haben. Wir prüfen, ob sich diese etwa durch eine Lageänderung lindern lassen. Ggf. prüfen wir die Notwendigkeit einer Schmerzmittelapplikation. • Derartige körperliche Reaktionen können auch darauf hindeuten, dass der Bewohner eine Person ablehnt, die sich im Raum befindet. Wir prüfen, ob dieses der Fall ist. • Wir führen beruhigende Waschungen durch, etwa mit Lavendel oder Salbei.	• Die Ursachen für die körperlichen Reaktionen werden ermittelt und falls möglich beseitigt.
Sich pflegen		
• Der Bewohner legte "in gesunden Tagen" viel Wert auf Äußeres.	• Wir führen dieses auch in unserer Einrichtung fort und vermitteln dem Bewohner auf diese Weise vertraute Reize. • Wir lassen die Haare von einer mobilen Friseurin pflegen. Die Frisurgestaltung richtet sich nach den Wünschen des Bewohners. • Bewohnerinnen werden geschminkt. Ggf. wird das vertraute Parfüm aufgetragen.	• Das Selbstwertgefühl des Bewohners bleibt erhalten.
• Der Bewohner ist nicht in der Lage, sich eigenständig zu pflegen.	• Es sollte immer nur eine Pflegekraft gleichzeitig mit dem Bewohner arbeiten. (Ausnahme: Maßnahmen, deren sichere Durchführung zwei Mitarbeiter erfordert.) • Die Körperpflege, etwa eine	• Der Bewohner ist in einem gut gepflegten Zustand. • Die Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners werden

	Ganzwaschung, beginnt nicht im Gesicht, da diese Region besonders empfindlich ist. Der Bewohner könnte sich erschrecken. • Wenn wir den Bewohner berühren, so erfolgt die Berührung fest und für den Betroffenen gut spürbar (Affolter Modell). • Wir vermeiden ruckartige oder plötzliche Maßnahmen am Körper des Bewohners. • Wir nutzen für die Körperpflege Produkte, die dem Bewohner vertraut sind.	berücksichtigt.
• Der Bewohner ist nicht in der Lage, die Mundhygiene eigenständig sicherzustellen.	• Wir übernehmen die Mundpflege für den Bewohner. • Wir richten den Bewohner in seinem Bett auf und lassen ihn die notwendigen Materialien sehen, etwa die Zahnbürste, Zahncreme usw. • Ggf. hält der Bewohner die Zahnbürste selbst, während wir die Bewegung führen. Sobald der Bewohner Widerstand leistet, deutet dieses auf eine schmerzende Stelle hin. Diese kann etwa mit Nelkenöl behandelt werden.	• Der Mundbereich und die Zähne bleiben gesund. • Der Bewohner wird über die Mundpflege aktiviert.
Essen und trinken		
• Der Bewohner wird per PEG versorgt. • Die orale Wahrnehmung ist gestört.	• Wir bestreichen die Finger des Bewohners mit geeigneten Nahrungsmitteln (Schokocreme, Honig usw.) und führen diese zum Mund des Bewohners, damit dieser die Finger ablecken kann. Alternativ können die Lippen bestrichen werden. • Alternativ füllen wir Nahrungsmittel in einen Schlauchverband, den wir dem Bewohner in die Wangentasche legen und von außen festhalten. • Die Nahrungsreize, mit denen der Bewohner konfrontiert wird, sollten einen tages- oder jahreszeitlichen Bezug haben. Beispiel: Kaffee am Morgen, Lebkuchen und Zimt in der Vorweihnachtszeit oder Erdbeeren im Sommer.	• Trotz Versorgung mit PEG kommt der Bewohner mit vertrauten Geschmacksreizen in Kontakt.
• Der Bewohner hat einen erhöhten Speichelfluss.	• Wir führen regelmäßig eine umfassende Mundpflege durch. • Der erhöhte Speichelfluss kann ein Anzeichen für Stress oder Überforderung sein. Wir sorgen ggf. für ein ruhigeres Umfeld.	• Die Ursachen für den erhöhten Speichelfluss werden ermittelt.
Ausscheiden		

Der Bewohner leidet häufig unter Verstopfung.	- Die Verstopfung kann auf eine Überforderung hindeuten. Wir prüfen dieses und sorgen für eine stressärmere Umgebung. - Wir prüfen, ob ein rudimentäres Toilettentraining sinnvoll sein kann. - Wir führen einmal täglich eine Colonmassage durch.	- Die Verstopfung wird beseitigt. - Weiteren Obstipationen wird wirksam vorgebeugt.
Sich kleiden		
Die Körperwahrnehmung ist gestört. Der Bewohner verliert sein Körpergefühl.	- Der Bewohner sollte nicht ausschließlich weiche Kleidung tragen, sondern ggf. auch raue Stoffe (etwa Jeansstoffe). Der Schnitt der Kleidung sollte abwechselnd weit und dann wieder körperbetont ausfallen. - Der Bewohner sollte stets Unterwäsche tragen.	Der Bewohner gewinnt sein Körpergefühl zurück. Er kennt die Grenzen seines Körpers und kann zwischen "innen" und "außen" unterscheiden.
Ruhen und schlafen		
Der Bewohner ist am Tag häufig müde, dafür jedoch in der Nacht wach.	- Wir sorgen für einen gleich bleibenden Tagesablauf und vermeiden Störungen. - Spontane Aktivitäten außerhalb der festen Tagestruktur sollten vermieden werden. Wir bitten insbesondere Angehörige um Rücksicht. - Durch eine helle Beleuchtung am Tag und eine dämmrige Beleuchtung am Abend vermitteln wir dem Bewohner auch im Winter einen Eindruck vom Wechsel der Tageszeiten.	Wir erreichen einen normalen Tag/Nacht-Rhythmus.
Sich beschäftigen		
Der Bewohner zeigt durch nonverbale Kommunikation seine Langeweile, etwa indem er den Kopf ständig von einer Seite auf die andere wendet.	- Wir drehen das Bett so, dass er aus dem Fenster sehen kann. Er sollte nicht auf eine weiße Wand blicken müssen. - Wir geben dem Bewohner vertraute Gegenstände zum Ertasten in die Hand, mit denen er positive Erinnerungen verbindet. - Sofern der Bewohner "in gesunden Tagen" gerne Fernsehsendungen verfolgte, führen wir diese Gewohnheit fort. Wir erfragen bei Angehörigen, welche Genre ihn interessieren (Nachrichten, Daily-Soaps, Volksmusiksendungen usw.) - Wir bitten die Angehörigen und Freunde, mit dem Bewohner vertraute Freizeitaktivitäten wieder aufzunehmen. Wenn der Bewohner z.B. ein Skatfreund ist, könnte diese in der Einrichtung "mit ihm" spielen.	Der Bewohner wird entsprechend seinen Fähigkeiten angeregt und beschäftigt.

Für eine sichere Umgebung sorgen		
Der Bewohner fühlt sich in seinem räumlichen Umfeld nicht wohl.	- Wir stellen eine Magnet- oder Pinwand im Sichtbereich des Bewohners auf. Hier können Fotos, Bilder usw. aufgehängt werden. - Der Nachttisch des Bewohners wird mit vertrauten Gegenständen dekoriert, etwa mit einer eigenen Tasse oder mit einer vertrauten Nachttischlampe. - Ggf. können auch religiöse Symbole im Sichtbereich des Bewohners angebracht werden. - Wir prüfen, ob es für den Bewohner angenehm ist, sich selbst zu betrachten. In diesem Fall wird ein großer Spiegel im Sichtbereich des Bewohners angebracht.	Der Bewohner akzeptiert die neue Umgebung als sein Zuhause. Er fühlt sich wohl.
Soziale Bereiche des Lebens sichern		
Die Fähigkeit zur sozialen Interaktion ist nur noch rudimentär vorhanden.	- Wir nutzen das Konzept der Initialberührung. Jede Pflegekraft, die an das Bett des Bewohners herantritt, macht sich durch eine Berührung an einem festen Punkt in Körperstammnähe bemerkbar. Auf die gleiche Weise teilt die Pflegekraft mit, dass sie den Bereich des Bewohners wieder verlassen wird. - Wir setzen konsequent auf das System der Bezugspflege. - Wir fordern Angehörige auf, Körperkontakt zum Bewohner zu suchen, diesen also insbesondere auch zu umarmen oder die Hand zu halten.	Der Bewohner spürt die Gegenwart anderer Menschen und weiß, dass er nicht allein ist.
Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
Der Bewohner war in "gesunden Tagen" religiös.	- Wir ermöglichen dem Bewohner die Teilnahme am sonntäglichen Gottesdienst. - Wir suchen den Kontakt zur Kirchengemeinde und bitten einen Geistlichen um einen Besuch.	Der Bewohner bleibt im religiösen Leben eingebunden.

Standardpflegeplan "Apoplexie"	
Definition:	Der Apoplex (Schlaganfall oder "apoplektischer Insult") ist gekennzeichnet durch: • Durchblutungsstörungen (Ischämie) mit einhergehendem Sauerstoffmangel des Gehirns. Gründe dafür können sein: Stenosen der Gefäße etwa durch einen Thrombus, Arteriosklerose oder Embolie • intrazerebrale Massenblutung im Gehirn. Gründe dafür können sein: Ruptur (reißen) eines Gefäßes durch ein Aneurysma (Gefäßaussackung) oder Angiopathie (Gefäßerkrankungen) infolge von arterieller Hypertonie und Arteriosklerose. Risikofaktoren: • Hypertonie • Hypercholesterolämie • Diabetes mellitus • Adipositas • Herzrhythmusstörungen • Zigarettenkonsum, besonders inhalierendes Rauchen • Stress • Bewegungsmangel • Einnahme der "Pille" (Ovulationshemmer) plus Rauchen • genetische Disposition • hohes Lebensalter Die am häufigsten auftretenden Schädigungen (je nach Schädigungsort): • Bewusstseinseintrübung • Hemiplegie: komplette Halbseitenlähmung • Hemiparese: inkomplette Halbseitenlähmung • Apraxie: Störung der Fähigkeit zum koordinierten Handeln. Etwa: Die Zahnbürste wird zum Haare kämmen genommen. • Aphasie: zentrale Sprachstörung. Sie betrifft sprechen, lesen, verstehen und schreiben. Der Verstand selbst ist nicht betroffen. Es wird unterschieden zwischen: ○ sensorische Aphasie (eine starke Störung des Sprachverständnisses, Betroffener kann flüssig sprechen bis hin zu unkontrollierten Redeschwällen) ○ motorische Aphasie (stark gestörte, verlangsamte und mühsame Sprache) ○ globale Aphasie (eine starke Störung des Sprachverständnisses und der Sprache) ○ amnestische Aphasie (meist Wortfindungsstörungen) ○ In der Regel treten Mischformen auf. • Dysarthrie: Störung der Bewegung und des Gefühls im Zungen-, Mund- und Halsbereich. Folgen: das Gesprochene ist schwer zu verstehen, Schluckstörungen usw. • Agnosie: Störung des Erkennens optischer, akustischer und taktiler Sinnesreize • Parästhesien: Missempfindungen • Hemianopsie: eingeschränktes oder vollständig ausgefallenes Gesichtsfeld • Hemineglegance / Neglect: tritt häufig auf bei einer Schädigung der rechten Hemisphäre mit linksseitiger Hemiplegie. Das bedeutet, dass die betroffene Seite trotz intakter Sinnesorgane vom Betroffenen nicht wahrgenommen wird. Die Vorstellung für

	den betroffenen Halbraum ist verloren gegangen oder erschwert. • Pusher-Syndrom: Verlagerung der Haltung hin zur stärker gelähmten Seite, Widerstand bei Korrektur zur Körpermitte • Harninkontinenz • zentrale Fazialisparese: Lähmung des Gesichtsnervs. Diese zeigt sich häufig als herabhängender Mundwinkel, Speichelfluss und Vorwölbung der betroffenen Wange durch das Ausatmen. • psychische Veränderungen wie beispielsweise Antriebsarmut, Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Ängstlichkeit, depressive Tendenzen bis hin zur Depression usw. • Störung der Aufmerksamkeit, der Konzentration, Lern- und Gedächtnisleistung weitere Folgeprobleme bei einer Hemiparese: • subluxierte Schulter: eine Fehlstellung des Schulterblattes. Der Humeruskopf der stärker betroffenen Seite ist verschoben. Dieses ist auch dadurch bedingt, dass durch die Lähmung der Muskulatur das Gelenk nicht mehr in der richtigen Position gehalten wird. • Schulter-Hand-Syndrom: dieses Syndrom beschreibt das Anschwellen der Hand. In Folge des Schlaganfalles verändern sich der Muskeltonus und die Innervation (nervale Versorgung von Körpergeweben und Organen) der Hand. Bei Nichtbehandlung droht eine irreversible Schädigung der Hand.	
pflegerische Maßnahmen:	Folgende Maßnahmen sind zu ergreifen nach Heimeinzug oder zu Beginn der Pflege: • Erstellen eines individuellen Pflegeplanes mit allen bei dem Betreffenden notwendigen grund- und behandlungspflegerischen Maßnahmen einschließlich der Prophylaxen • Information und Aufklärung des Bewohners / Patienten und seiner Angehörigen • Beschaffung von geeigneten Hilfsmitteln • Einbezug von Krankengymnasten, Ergotherapeuten und Logopäden • Informationsweitergabe an alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten	
Pflegeproblem:	Pflegemaßnahmen:	Pflegeziel:
AEDL: sich pflegen		
• Der Bewohner ist in der Fähigkeit sich zu pflegen eingeschränkt aufgrund der Hemiplegie und Hemispastik.	• Hilfestellung immer von der stärker betroffenen Seite • Betroffenen aktiv werden lassen z.B. durch Führung der gelähmten Hand (nicht überfordern) nach Bobath© • möglichst selbständig waschen lassen • waschen nach Bobath© • Hilfe beim An- und Ausziehen nach dem Bobath-Konzept©, immer mit der stärker betroffenen Seite beginnen	• Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit • Motivation erhalten und fördern • Anbahnung normaler Bewegungsabläufe • Normalisierung des Muskeltonus • Verbesserung der Wahrnehmung der stärker betroffenen Seite durch Berührungen und Einbezug in Bewegungsabläufen • Bewohner soll sich wohl fühlen

Der Bewohner ist in der Fähigkeit sich zu pflegen eingeschränkt aufgrund der Hemineglegance.	- Betroffenen aktiv werden lassen z.B. durch Führung der gelähmten Hand (nicht überfordern) nach Bobath© - in die Grundpflege basale Stimulation mit einfließen lassen, um die vernachlässigte Seite wieder bewusst zu machen - bei Verbesserung: Pflegekraft setzt sich auf die stärker betroffene Seite und wäscht von der weniger betroffenen Seite hin zur stärker betroffenen Seite und versucht so, die Aufmerksamkeit auf die vernachlässigte Seite zu ziehen. An- und Auskleiden: - Betroffenen aktiv werden lassen z.B. durch Führung der gelähmten Hand (nicht überfordern) nach Bobath© - zunächst mit der weniger betroffenen Seite beginnen - im späteren Verlauf, wenn sich die Wahrnehmung schon gebessert hat, wechseln und mit der stärker betroffenen Seite beginnen	Verbesserung der Wahrnehmung der vernachlässigten Seite durch Berührungen und anderer Sinnesreize und Einbezug in Bewegungsabläufe
Der Bewohner leidet unter Speichelfluss aufgrund der Dysarthrie.	Mundpflege mit Soor- und Parotitisprophylaxe	intakte Mundschleimhaut
Der Bewohner leidet unter einer beeinträchtigten Oberflächen- und Tiefensensibilität und Parästhesien infolge des Schlaganfalls. Es besteht die Gefahr von Verbrennungen und Infektionen.	- auf richtige Temperatur des Wasch- und Badewassers achten - medizinische Fußpflege durchführen lassen - auf Wunden achten (es kann das Schmerzempfinden beeinträchtigt sein) - Berührungen der Haut vorsichtig durchführen, da schon minimale Berührungen als schmerzhaft empfunden werden können	- Folgeschäden vermeiden - Schmerzfreiheit - Bewohner soll sich wohl fühlen
AEDL: sich bewegen		
Der Bewohner ist in der Fähigkeit sich zu bewegen eingeschränkt aufgrund der Hemiplegie, Hemispastik und Störung des Gleichgewichtes.	- Im Rahmen der Grundpflege aktive und passive Bewegungsübungen durchführen - Kontrakturenprophylaxe - Bewegungs- und Lagerungsplan anlegen, Lagerung nach Bobath© (hemmt die Spastik), Dekubitusprophylaxe - Normalisierung des Muskeltonus fördern (erhöhter oder erniedrigter Muskeltonus)	- Gleichgewichtssinn fördern - Normalisierung des Muskeltonus - Aktivierung der stärker betroffenen Seite - Vermeidung von Folgeschäden, wie Dekubitus, Thrombose,

	• Bewohner häufig sitzen lassen (natürliche Spitzfußprophylaxe, Rumpfstabilisierung), auf eine aufrechte Haltung achten, aber nicht überfordern • Wenn der Bewohner im Rollstuhl sitzt, sollten immer die Fußstützen entfernt werden, da mit Fußstützen das Becken nach hinten kippt und der Oberkörper schlecht aktiv aufrecht gehalten werden kann.	Kontrakturen, Pneumonie, Ödeme • ausreichend Stabilität für eigene Bewegungen geben • Schmerzfreiheit • Bewohner soll sich wohl fühlen
• Der Bewohner leidet an einem Schulter-Hand-Syndrom als Folge des Schlaganfalls. Der Bewohner verspürt keine Schmerzen in der Hand.	• Lagerung der Hand. Sie darf nicht längere Zeit herunterhängen. • Die Hand darf nicht zur Handinnenfläche abknicken. Das behindert venösen und lymphatischen Rückfluss. • Überprüfung auf einschnürende Kleidung im betroffenen Axelbereich, venöser und lymphatischer Rückfluss muss gegeben sein. • Krankengymnasten- oder Ergotherapeuten einschalten	• Vermeidung eines Schulter-Hand-Syndroms • Verbesserung eines Schulter-Hand-Syndroms
• Der Bewohner leidet unter einer subluxierten Schulter als Folge des Schlaganfalls	• den betroffenen Arm ständig in die Bewegungsabläufe mit einbeziehen • bei allen Transfers und Lagerungen im Bett die bilaterale Armführung nach Bobath® anwenden (Der Bewohner faltet seine Hände so, dass der Daumen der stärker betroffenen Seite oben liegt, wie beim Beten.) • Der stärker betroffene Arm muss beim Sitzen, entweder am Tisch oder im Rollstuhl, immer auf dem Tisch bzw. auf dem Rollstuhltisch liegen. • Der betroffene Arm darf nur in Außenrotation und nur mit Unterstützung im Ellenbogenbereich angehoben werden.	• weitere Schädigung vermeiden • Rückbildung der subluxierten Schulter
AEDL: kommunizieren können		
• Der Bewohner kann sich schlecht artikulieren aufgrund der Dysarthrie und einer zentralen Fazialisparese	• Logopädie veranlassen • zusätzliche Sprechübungen neben der Logopädie durchführen lassen • Verständnis und Geduld zeigen • zum Verstehen und Antworten Zeit geben • Bewohner motivieren und Mut machen	• Kommunikation fördern und erhalten • Verbesserung der Motorik und des Wahrnehmungsempfinden im Mund und um den Mund herum

Bewohner versteht gesprochene Sprache sehr schlecht aufgrund der Aphasie und Agnosie	- langsam und deutlich sprechen - Mimik und Gestik einsetzen - kurze Sätze "ja-" oder "nein"-Fragen stellen - Fragen wie etwa: "meinen Sie gestern die Feier?" oder "Reden Sie vom Besuch, den Sie hatten?", können bei Verständnisschwierigkeiten helfen, das Thema zu identifizieren. - Blickkontakt und Berührung können dabei helfen, dass sich der Bewohner auf die Pflegekraft konzentriert. - Wenn der Bewohner ständig das gleiche wiederholt, z.B. "Wie spät ist es?", kann Ablenkung helfen. - Die Sprache sollte mit den gerade durchgeführten pflegerischen Maßnahmen übereinstimmen. - Bewohnern mit einem ungehemmten Redefluss sollte eher Einhalt geboten werden, damit sie sich auf ihr Gegenüber besser konzentrieren können. Mit dem Bewohner darüber sprechen. - gezielte Angebote unterbreiten: Radio, Fernsehen, Vorlesen, Spielen usw.	- Kommunikation fördern und erhalten - inneren Rückzug vermeiden - Kontakte und Beziehungen zu anderen fördern - Motivation erhalten und fördern
AEDL: essen und trinken		
Bewohner leidet unter einer Schluckstörung aufgrund der Dysarthrie	- Bewohner zum Essen und Trinken stets aufrecht sitzen lassen wegen der Aspirationsgefahr - Bewohner sollte, wenn möglich, mit dem eigenen Finger in den Wangentaschen nach verbliebenen Nahrungsresten fühlen. - eine der Schluckstörung angemessene Kost anbieten - Suppen und andere Flüssigkeiten ggf. andicken - ausreichend Zeit bei der Nahrungsaufnahme lassen - nach den Mahlzeiten die Mundhöhle auf verbliebene Speisereste kontrollieren, Aspirationsgefahr - nach der Nahrungsaufnahme noch weitere 30 Minuten aufrecht sitzen lassen.	- für ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr sorgen - Motorik und Wahrnehmungsempfinden im und um den Mund herum verbessern - Aspiration vermeiden - Verschlucken mit anschließendem starken Husten vermeiden
AEDL: für eine sichere Umgebung sorgen		
Bewohner ist nicht in der Lage, koordiniert Handlungen	- bei allen Maßnahmen ständige Anleitung erforderlich - Wahrnehmung fördern. Weniger	- Wahrnehmung fördern - Selbstständigkeit

durchzuführen aufgrund der Apraxie	durch sprechen, erklären und zeigen, sondern vielmehr durch vorsichtiges Führen der Hand bei allen Handlungen, die der Bewohner ausführen soll • ggf. vor dem Herausfallen aus dem Bett sichern (Genehmigung Amtsgericht)	fördern • Gefahren abwenden
• Bewohner vernachlässigt seine betroffene Körperseite aufgrund der Hemineglectance	• Raumgestaltung: alle Gegenstände von Interesse zunächst auf die weniger betroffene Seite stellen (Fernseher, Stühle, Nachttisch usw.) • Im späteren Verlauf Versuch, durch immer mehr visuelle und taktile Reize die Aufmerksamkeit auf die stärker betroffene Seite zu ziehen. Die Pflegekraft setzt sich z.B. auf die stärker betroffene Seite und wäscht von der weniger betroffenen Seite hin zur stärker betroffenen Seite • Notrufklingel bei Hemineglectance auf die weniger betroffene Seite legen, da der Bewohner sie sonst nicht wahrnimmt • Angehörige informieren und wenn gewünscht in die Pflege mit einbeziehen • Die Störung zeigt sich auch häufig darin, dass die stärker betroffene Seite für den Bewohner nicht existiert. Er wäscht und pflegt nur die eine Körperhälfte oder ist vom Teller nur exakt die eine Hälfte und beklagt sich über das wenige Essen	• Bewusstmachung der stärker betroffenen Körperhälfte • Krankheitsverständnis schaffen
• Bewohner hat ein stark eingeschränktes Sichtfeld aufgrund der Hemianopsie	• auf barrierefreies Zimmer achten, Stolperfallen beseitigen	• Stürze vermeiden • Teilhabe am sozialen Leben ermöglichen
• Bewohner kann den eigenen Körper aber auch Gegenstände nicht in räumliche Beziehung bringen aufgrund der Agnosie	• Bewohner mit einer digitalen Uhr statt einer mit einem herkömmlichen Zifferblatt ausstatten (das Zifferblatt, bzw. der Winkel des Zeigers kann nicht abgelesen werden) • Bewohner führen bei Pflegehandlungen, z.B. kann die Entfernung zum Wasserhahn falsch eingeschätzt werden. Der Bewohner hält die Hände vor den Wasserstrahl statt darunter.	• Selbständigkeit fördern • die räumliche Wahrnehmung fördern • Motivation erhalten
• Der Bewohner leidet unter dem Pusher-Syndrom,	• Bewohner keinesfalls auf die andere Seite drücken wollen,	• Bewusstmachung der stärker betroffenen

aufgrund der Hemineglegance. • Der Bewohner mit Pusher-Syndrom ist besonders sturzgefährdet aufgrund der häufig fehlenden Krankheitseinsicht (Anosognosie). Er denkt, er könnte jederzeit aufstehen und weggehen.	verstärkt die Symptomatik • Im Rollstuhl für eine stabile Sitzposition, ggf. mit Unterstützung des Rumpfes, sorgen • Die Pflegekraft kann den Bewohner an eine Wand setzen. Die weniger betroffene Seite sollte dabei zur Wand zeigen. Der Oberkörper des Bewohners neigt sich also von der Wand weg in den Raum. Der Bewohner sollte jetzt seine Fehlhaltung leichter bemerken und sie möglicherweise selbst korrigieren. • Alle Transfers werden zunächst über die weniger betroffene Seite durchgeführt, solange bis sich die Wahrnehmung verbessert hat.	Körperhälfte • Krankheitsverständnis schaffen • Sturzgefahr vermeiden
AEDL: ausscheiden können		
• Bewohner ist inkontinent, Ursachen: ○ Dranginkontinenz durch eine motorisch ungehemmte Blase ○ Folgeerscheinung der neuronalen Schädigungen	• Anleitung zum Umgang mit Inkontinenzhilfsmitteln • Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln • Toilettentraining	• Selbständigkeit fördern • intakte Haut • hat trockene und saubere Kleidung • trinkt genügend
AEDL: mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
• Bewohner hat Schwierigkeiten, mit der neuen Situation umzugehen. Er zieht sich zurück, ist depressiv, verlangsamt, überängstlich, vergesslich und antriebsärmer	• Angehörige informieren und einbeziehen • Kontakte zu Selbsthilfegruppen anbieten • über das Krankheitsbild informieren • Informationsmaterial anbieten	• Nimmt am sozialen Leben teil und erhält Beziehungen aufrecht • weitestgehend Unabhängigkeit wiedererlangen • Hoffnung und Motivation aufrecht erhalten

Standardpflegeplan "Unruhe / Weglauftendenz"

Einige unserer Bewohner zeigen im Verhalten einen großen Bewegungsdrang. Wenn diese Senioren zusätzlich in ihren geistigen Fähigkeiten eingeschränkt sind, unter Verwirrtheits- oder Angstzuständen leiden oder desorientiert sind, kann dieses zu einer Gefährdung führen.

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für Unruhe und Weglauftendenz. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
Sich bewegen		
• Der Bewohner läuft scheinbar ziellos im Wohnbereich umher und verlässt häufig die Einrichtung.	• Wir achten auf das Verhalten des Bewohners, um ein Weglaufen möglichst frühzeitig zu erkennen. Dieses kann sich entweder durch typisches Verhalten andeuten oder durch sprachliche Hinweise, etwa wenn der Bewohner äußert, dass er gleich zur Schule gehen müsse. • Wir sammeln alle Informationen, die für die Bestimmung der Ursache und der Motivation des Bewohners relevant sein könnten. Etwa: ○ Wohin geht der Bewohner? ○ Wie weit entfernt er sich von der Einrichtung? ○ Wie oft verlässt er die Einrichtung? ○ Wie ist der Zustand des Bewohners, wenn der Laufzwang einsetzt? Ist er erregt oder müde? Friert er oder hat er Harndrang? Hat er Hunger oder Durst? Hat er Angst und fühlt sich verfolgt? • Wenn der Bewohner nach einem Ausflug in die Einrichtung zurückkehrt, dürfen ihm keine Vorhaltungen gemacht werden. Er wird stets freundlich empfangen und erhält insbesondere ein Getränk. Zudem werden die Vitaldaten ermittelt.	• Ein sich andeutendes Weglaufverhalten wird rechtzeitig erkannt. • Wir verfügen über alle Informationen, die wir benötigen, um den Bewohner schnell ausfindig zu machen.
Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten		
• Der Bewohner nimmt Medikamente, deren Nebenwirkungen mitursächlich für die Unruhe sein könnten.	• Wir prüfen, ob die Einnahme von Beruhigungsmitteln mitursächlich für die Unruhe ist. Eine zu geringe Dosis kann beim Bewohner einen Zustand zwischen Schlaf und Wachsein auslösen. • Vor allem Neuroleptika, Nootropika und aktivierende Antidepressiva können	• Der Einfluss von Beruhigungsmitteln wird geklärt. Ggf. wird die Medikamentierung

	Unruhe steigern.	ung angepasst.
Der Bewohner leidet unter Krankheiten, die mitursächlich für die Unruhe sein könnten.	Wir prüfen, welchen Einfluss diverse Krankheiten auf das Verhalten des Bewohners haben. Diese sollten umgehend behandelt werden. Etwa: - Urämie (Harnvergiftung) bei einer Insuffizienz der Nieren - Enzephalopathie, also eine nichtentzündliche diffuse Erkrankung oder Schädigung des Gehirns - Mangeldurchblutung des Gehirns als Folge einer Insuffizienz des Herzens - Arteriosklerose von Hirngefäßen - Diabetes mellitus mit Stoffwechsellentgleisungen - drastische Elektrolytverluste - starke Schmerzen - Vergiftungen - Fieber	Die Auswirkungen der Erkrankungen auf die Weglaufenden z werden korrekt eingeschätzt.
Der Bewohner ist dementiell verändert. Er hat Orientierungsstörungen und Gedächtnisstörungen. Er ist nicht in der Lage, sein Handeln im "Hier und Jetzt" zu steuern.	Wir setzen die Maßnahmen um, die im Standard "Pflege von dementiell veränderten Bewohnern" beschrieben sind.	Die Auswirkungen der Demenz auf das Weglaufverhalten werden so weit es uns möglich ist reduziert.
- Der Bewohner leidet unter einer depressiven Störung. Es bestehen akute Suizidimpulse. - Der Bewohner leidet unter schizophrenen Psychosen. - Er zeigt ein akutes Wahnerleben und fühlt sich "beauftragt". - Der Bewohner hat Halluzinationen.	Die in den entsprechenden Standards beschriebenen Maßnahmen werden umgesetzt, etwa Standard "Depressive Störungen und Suizidprävention" oder Standard "Pflege und Betreuung wahnkranker Senioren".	Die psychische Erkrankung als Auslöser der Unruhe wird überwunden oder gelindert.
Der Bewohner leidet unter einer Abhängigkeitserkrankung. Er versucht, Suchtmittel zu erlangen.	- Sofern wir mit unseren begrenzten Ressourcen dazu in der Lage sind, helfen wir dem Bewohner bei der Überwindung der Abhängigkeit. - Die dazu notwendigen Schritte sind in den entsprechenden Standards beschrieben, etwa im Standard "Pflege von alkoholabhängigen Senioren" oder im Standard "Pflege und Betreuung medikamentenabhängiger Senioren".	Die Sucht als Auslöser der Unruhe wird überwunden.
Sich kleiden		
Der Bewohner verlässt häufig unbemerkt die	In der Kleidung und in der Handtasche werden der Name und die Adresse der	Der Bewohner kann anhand

Einrichtung und irrt dann durch die Umgebung.	Einrichtung vermerkt. • Der Bewohner erhält eine SOS-Kette. Wir stellen sicher, dass er diese Kette stets bei sich trägt. • Der Bewohner erhält einen Brustbeutel. In diesem finden sich schriftliche Anweisungen für den Fall, dass sich der Bewohner verläuft. • Wir erfassen sorgfältig, welche Gegenstände der Bewohner gewöhnlich bei seinen Wanderungen mitnimmt. Etwa: Hut, Regenschirm, Wanderstock, Handtasche, Straßenschuhe. Diese werden ggf. versteckt. (Hinweis: Dies ist bereits eine freiheitsentziehende Maßnahme, und muss gerichtlich genehmigt werden.) • Falls es hinreichende Hinweise auf ein baldiges Weglaufen gibt, wird der Bewohner engmaschig überwacht. • Die Kleidung des Bewohners wird mit kleinen Sendern ausgestattet, die in Kombination mit einem Sensorensystem an den Eingängen ein Entweichen rechtzeitig melden. • Mit Gesprächen und geeigneten Aktivitäten bringen wir den Bewohner vom akuten Weglauf-Impuls ab.	seiner Kleidung identifiziert werden. • Ein Entweichen wird vermieden.
Ruhen und schlafen		
• Der Bewohner ist nachts unruhig, verlässt sein Zimmer und läuft durch den Wohnbereich.	• Wir versuchen zu klären, welche Ursache es für die Unruhe gibt. Mögliche Auslöser sind: ○ zu viel Licht im Bewohnerzimmer, etwa durch die Straßenbeleuchtung ○ Verwechslung im Tag-Nacht-Rhythmus ○ Schmerzen ○ nächtliche Ruhestörung, etwa durch das Schnarchen eines Zimmergenossen. • Wenn der Tag-Nacht-Rhythmus gestört ist, versuchen wir die Orientierung wieder herzustellen. ○ Das Zimmer wird durch Jalousien oder dichte Vorgänge vor Lichteinfall geschützt. ○ Die am Tag getragenen Kleidungsstücke werden in den Schrank geräumt. • Je nach persönlichem Geschmack erhält der Bewohner einen Schlummertrunk. Ideal ist Milch. In geringen Mengen kann ggf. auch ein alkoholisches Getränk gereicht werden. • Ungeeignet sind zumeist heiße Schokolade, Kaffee oder Tee.	• Die Auslöser der Schlafstörung sind bekannt und können beseitigt werden.
Sich beschäftigen		
• Dem Bewohner ist häufig langweilig. Er	• Der Bewohner wird am Tag aktiv gehalten. Wir ermuntern ihn, an unserem	• Der Bewohner erhält die

schläft deshalb viel am Tag. In der Nacht ist er dann nicht mehr müde.	Beschäftigungsprogramm teilzunehmen oder eigenen Hobbys nachzugehen. • Er sollte keinen Mittagsschlaf halten.	Möglichkeit, seinen Bewegungsdrang tagsüber auszuleben und seine Energien zu verbrauchen.
• Der Bewohner ist desorientiert und will das Gebäude verlassen.	• Wir versuchen, Konfrontationen oder körperlichen Zwang zu vermeiden. • Wir versuchen, den Bewohner durch Ablenkung von seinem Plan abzubringen. Wir schlagen ihm insbesondere alternative Beschäftigungsmöglichkeiten innerhalb des Hauses vor.	• Der Bewohner bleibt im Gebäude, ohne dass dafür Zwang ausgeübt werden musste.
Für eine sichere Umgebung sorgen		
• Der Bewohner ist nachts unruhig, verlässt sein Zimmer und geht durch den Wohnbereich.	• Räume, in denen sich gefährliche Gegenstände befinden, werden in der Nacht konsequent abgeschlossen. • Treppen werden mit Gittern versehen, um ein Herunterstürzen eines Bewohners zu verhindern. • Alle Türen, die nach außen führen, sind nachts verschlossen oder werden vom Personal überwacht. • Im Badezimmer und in allen Räumen, die zwischen dem Bewohnerzimmer und dem WC liegen, brennt auch in der Nacht in schwaches Licht.	• Die Gesundheit des Bewohners wird durch das Umherwandern nicht gefährdet.
• Der Laufzwang bedroht die Gesundheit des Bewohners oder die von Dritten.	• Wir versuchen, das Gefährdungspotential zu ermitteln, Kriterien sind: ○ Sturzgefahr ○ Erkältungsgefahr ○ Suizidgefahr ○ Aggressionspotential • Das Verhalten des Bewohners im Straßenverkehr wird von uns überwacht und bewertet. • Falls es keinen hinreichenden Grund gibt, um den Bewohner in der Einrichtung festzuhalten, sorgen wir für größtmögliche Sicherheit des Bewohners während des Spaziergangs. Etwa: ○ Kleidung, die der Witterung angepasst ist ○ im Herbst und Winter Reflektorweste o. Ä. ○ feste Schuhe ○ funktionierendes Hörgerät ○ saubere Brille	• Die Gefährdung wird korrekt ermittelt. • Diese Einschätzung erlaubt es uns, angemessen auf den Laufzwang zu reagieren.
• Das Verhalten des Bewohners bleibt trotz unserer Bemühungen unverändert. Er stellt zudem eine Gefahr für sich und/oder für	• Wir prüfen, ob der Bewohner als letztes Mittel fixiert werden muss. Die Vorgaben im entsprechenden Standard werden sorgfältig umgesetzt.	• Eine Selbst- oder Fremdgefährdung wird

andere Menschen dar.		reduziert.
Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
Der Bewohner ist nachts unruhig, verlässt sein Zimmer und läuft durch den Wohnbereich.	- Wir prüfen, ob der Bewohner depressiv ist. Falls es relevante Hinweise auf eine Erkrankung gibt, regen wir eine fachärztliche Untersuchung an. - Wir prüfen, ob das Verhalten die Folge von Trauer oder des erst kürzlich erfolgten Heimeinzuges ist.	Eine mögliche Depression wird rechtzeitig erkannt und angemessen behandelt.
Dem Bewohner ist nicht bewusst, dass er jetzt in einem Pflegeheim lebt. Er will nach Hause / zur Schule / zur Arbeit gehen und verlässt das Gebäude.	- Wir nutzen die Validation. - Wir befragen ihn nach seinem Zuhause und nach den Erinnerungen, die er damit verbindet. - Wir erklären dem Bewohner, dass dieses nun sein Zuhause ist. Er soll sich keine Sorgen machen. - Wir bieten dem Bewohner an, einen begleiteten Spaziergang zu machen und hoffen, dass er darüber seine ursprüngliche Absicht vergisst. - Korrekturen des Bewohnerverhaltens mit Realitäts-Orientierungs-Training (ROT) sind zumeist kontraproduktiv.	Der Bewohner nimmt die Einrichtung als sein neues Zuhause und seinen Lebensmittelpunkt an.
Der Bewohner fühlt sich in der Einrichtung offenbar nicht zuhause. Dieses Gefühl fördert den Laufzwang.	Wir sorgen für eine familiäre Atmosphäre in der Einrichtung: - Wir nutzen Körperkontakt, um Vertrautheit zu fördern. - Wir nutzen konsequent das System der Bezugspflege. - Wir integrieren die bisherigen Lebensgewohnheiten in den Tagesablauf des Bewohners in der Einrichtung. - Wir stärken das Selbstwertgefühl des Bewohners, indem wir ihn kleine Aufgaben ausführen lassen, etwa das Decken des Tisches oder Blumengießen. - Wir statten das Zimmer des Bewohners mit vertrauten Gegenständen, Photos usw. aus. - Wir wecken Erinnerungen an die Kindheit, etwa durch Kleider, Gedichte oder Fotos. - Wir animieren den Bewohner, soziale Kontakte innerhalb der Einrichtung zu knüpfen. - Wir stehen dem Bewohner jederzeit für ein Gespräch zur Verfügung. - Wir planen tages- und wochenstrukturierende Maßnahmen.	

Standardpflegeplan "Alkoholsucht"

Der Weg vom Alkoholmissbrauch zur Alkoholkrankheit verläuft gewöhnlich in drei Schritten:

- Prodromalphase: Der Bewohner trinkt vermehrt heimlich Alkohol. In Gesprächen wird dieses Thema vermieden. Wird der Bewohner direkt auf das Problem angesprochen, so leugnet dieser den Konsum oder sucht Rechtfertigungen für den Alkoholgenuß.
- Kritische Phase: Der Alkoholkonsum ist gestiegen. Häufig nimmt der Bewohner bereits morgens Alkohol zu sich, etwa um die Entzugserscheinungen wie innere Unruhe, Tremor und Schwitzen zu kontrollieren. Zudem sind die ersten Persönlichkeitsveränderungen zu bemerken. Der Bewohner ist aggressiver, misstrauisch, krankhaft eifersüchtig und zeigt übermäßiges Selbstmitleid.
- Chronische Phase: Der Alkoholmissbrauch wird zum zentralen Lebensinhalt. Der Bewohner ist immer häufiger völlig betrunken. Er nähert sich dem psychischen und körperlichen Zusammenbruch.

Eine Alkoholkrankheit ist an folgenden Symptomen zu erkennen:

- Der Bewohner verspürt einen starken Zwang, Alkohol zu konsumieren.
- Der Bewohner kann weder den Beginn noch das Ende des Alkoholkonsums steuern, noch kann er die Menge des konsumierten Alkohols bestimmen.
- Im Laufe der Zeit verträgt der Bewohner eine stetig steigende Menge an Alkohol. Die Dosis wird daher ständig erhöht.
- Andere Interessen, Bedürfnisse und Verpflichtungen rücken immer weiter in den Hintergrund.
- Der Bewohner zeigt zunehmend Vergiftungserscheinungen.
- Selbst wenn körperliche Folgeschäden sichtbar werden, schränkt der Bewohner den Alkoholkonsum nicht ein.
- Der Bewohner zeigt bei Abstinenz körperliche Entzugserscheinungen, etwa Schweißausbrüche, ausgeprägte Unruhe, Tremor und Angstzustände. Der Bewohner ist desorientiert und wahrnehmungsgestört oder leidet unter Halluzinationen.

Bei der Dokumentation der Alkoholabhängigkeit nutzen wir die Typologie nach Jellinek

- Alpha-Alkoholismus: Der "Konflikttrinker" nutzt den Alkohol, um Konflikte etwa mit Angehörigen, Mitbewohnern oder Pflegekräften zu betäuben.
- Beta-Alkoholismus: Der "Gelegenheits- bzw. Verführungstrinker" trinkt nicht regelmäßig, dann aber maßlos. Anlässe sind etwa Geburtstagsfeiern, Sylvesterfeiern, Sommerfeste usw.
- Gamma-Alkoholismus: Ein "süchtiger Trinker" unterliegt psychischer, später auch physischer Abhängigkeit. Es besteht ausgeprägter Kontrollverlust. Eine zeitweilige Abstinenz ist möglich aber selten. Zudem entwickelt dieser Typus eine wachsende Toleranz und erhöht stetig die Alkoholdosis.
- Delta-Alkoholismus: Ein "Gewohnheitstrinker" oder "Spiegeltrinker" trinkt regelmäßig viel Alkohol, ohne dabei jedoch die Kontrolle zu verlieren. Ein "Gewohnheitstrinker" ist nicht in der Lage, völlig auf den Alkohol zu verzichten.
- Epsilon-Alkoholismus: Ein "Quartalsäuer" ist zu mehrmonatigen Abstinenzphasen in der Lage, trinkt dann jedoch exzessiv, oft über mehrere Tage. Dieses bringt ihn häufig bis an die Grenze der körperlichen Belastbarkeit.

Wichtig zu wissen ist:

- 10 Prozent aller psychischen Alterserkrankungen sind auf Alkoholmissbrauch zurückzuführen.
- Rund 20 Prozent der älteren Männer und 2 Prozent der älteren Frauen nehmen exzessiv Alkohol zu sich.
- Alkoholmissbrauch liegt vor, wenn Frauen mehr als 20 Gramm Alkohol pro Tag zu sich nehmen (Männer 40 Gramm).
- Wenn sich Bewohner ernsthaft dazu entschließen, eine Alkoholabhängigkeit zu überwinden, haben sie gute Erfolgschancen (ca. 70 Prozent).
- Das Gehirn eines alten Menschen reagiert viel empfindlicher auf Alkohol als das eines jüngeren.

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor,

so etwa wie in diesem Beispiel für Alkoholsucht. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.

- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
Kommunizieren		
• Der Bewohner konfabuliert als Folge eines Korsakowsyndroms.	• Die Häufigkeit und die zentralen Inhalte der Konfabulation werden erfasst und dokumentiert. • Der Bewohner wird einfühlsam darauf hingewiesen, wenn er konfabuliert. Er soll erkennen, dass seine Phantastereien vom Gesprächspartner als solche erkannt werden. • Wenn der Bewohner im Gespräch abschweift, wird er einfühlsam wieder zum Thema zurückgeführt. • Dem Bewohner wird verdeutlicht, dass er sich für seine Gedächtnislücken nicht schämen muss und dass es besser ist, offen über die Defizite zu reden. • Wenn wir bemerken, dass den Bewohner ein innerer Konflikt quält, bieten wir ihm an, offen über dieses Thema zu sprechen.	• Der Bewohner kann möglichst normal kommunizieren.
Sich bewegen		
• Der Bewohner ist nicht gewillt, sich körperlich zu bewegen.	• Wir versuchen zu verhindern, dass sich der Bewohner in sein Bett zurückzieht. Dieses hemmt jedes soziale Leben. • Wir versuchen, den Bewohner für unsere Gymnastikgruppe zu gewinnen. • Alkoholabhängige Bewohner sollten mindestens einmal täglich einen Spaziergang an der frischen Luft unternehmen. Wenn sich der Bewohner dazu nicht aufraffen möchte, so könnte ihn ein Zivildienstleistender, eine Auszubildende oder eine Praktikantin begleiten. • Sofern der Bewohner über entsprechende Fähigkeiten verfügt, ermuntern wir ihn, diese in die Gemeinschaft einzubringen; etwa: dekorieren, gärtnern, Klavier spielen usw.	• Der Bewohner ist körperlich aktiv.
Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten		

Das Immunsystem des Bewohners ist geschwächt als Folge des Alkoholmissbrauches.	- Der Bewohner wird -falls möglich- regelmäßig gegen die Grippe geimpft. - Gebrauchsgegenstände (etwa Steckbecken oder Mundpflegesets) werden ggf. täglich gewechselt. - Wir beraten den Bewohner und seine Angehörigen insbesondere zu Fragen der Ansteckungsvermeidung. Der Bewohner sollte insbesondere den Kontakt mit erkrankten Mitbewohnern meiden. - Alle Pflegekräfte, die das Zimmer eines Bewohners betreten, führen vor und nach dem Besuch eine hygienische Händedesinfektion durch. - Die Versorgung von offenen Wunden muss besonders sorgfältig erfolgen. Bei Zu- und Ableitungen ist strikt auf Asepsis zu achten. - Der Bewohner sollte sich eiweiß-, vitamin- und kalorienreich ernähren. Ein normaler BMI wird angestrebt.	Die Immunabwehr wird gefördert. Infektionen werden vermieden.
Der Bewohner entwickelt eine Anämie.	- Der Bewohner erhält kaliumreiche Kost mit reichlich Obst. - Der Bewohner erhält ggf. regelmäßig Vitamin B12, Folsäurepräparate sowie Eisenpräparate. Deren Einnahme wird sorgfältig überwacht.	- Die Anämie bildet sich wieder zurück. - Krankheitsfolgen werden minimiert.
Der Alkoholmissbrauch hat die Bauchspeicheldrüse geschädigt.	Falls es zu einem Diabetes mellitus kommt, werden die Maßnahmen umgesetzt, die im "Standardpflegeplan Diabetes mellitus" beschrieben sind.	Körperliche Schäden werden vermieden.
Der Bewohner leidet unter einer irreversiblen Herzinsuffizienz als Folge des jahrelangen Alkoholmissbrauchs.	Der "Standardpflegeplan Herzinsuffizienz" wird umgesetzt.	Der Kreislauf des Bewohners wird stabilisiert.
Der Bewohner leidet als Folge eines Korsakowsyndroms unter Wahnvorstellungen und Halluzinationen.	- Wir versuchen den Bewohner zu beruhigen. - Wir versuchen durch gezielte Fragen und Themen den Bewohner von seiner Halluzination abzulenken und wieder mit der Realität in Kontakt zu bringen. - Wir testen, ob sich der Bewohner mit kreativen Spielen oder hauswirtschaftlichen bzw. handwerklichen Tätigkeiten ablenken lässt. - Die Pflegekraft erkennt die Realität des Bewohners an, bleibt aber selbst bei der eigenen Wirklichkeit.	Die Halluzinationen lassen nach oder stellen zumindest keine Gefährdung für den Bewohner und sein Umfeld dar.

	Etwa: "Ich glaube Ihnen, dass Ihnen der Mann im Schrank Angst macht, aber ich selbst kann ihn nicht sehen." - Die Pflegekraft unterlässt es, in der Sinnestäuschung des Bewohners "mitzuspielen", also etwa den Mann im Schrank zu verjagen. In diesem Fall kann sich die Halluzination zu einem Wahn verfestigen. - Wir sorgen für eine angemessene medikamentöse Versorgung.	
Der Bewohner leidet unter Polyneuropathie als Folge eines jahrelangen Alkoholmissbrauches.	Wir beachten, dass die Dekubitusgefährdung gesteigert ist. Die im entsprechenden Prophylaxestandard beschriebenen Maßnahmen werden konsequent umgesetzt.	Die Entwicklung von Druckgeschwüren als Folge einer Polyneuropathie wird vermieden.
Der Bewohner verzichtet auf Alkohol. Er leidet unter Puls- und Blutdruckschwankungen als Folge des Entzuges.	Die Vitalwerte des Bewohners werden engmaschig überwacht. Bei potentiell bedrohlichen Spitzen wird der Arzt/Notarzt informiert.	Die Vitalfunktionen des Bewohners bleiben intakt.
Sich pflegen		
- Der Bewohner leidet unter den typischen Hautschäden, die von anhaltendem Alkoholmissbrauch ausgelöst werden. Etwa: Facies alcoholica, Palmarerythem (rote Handinnenflächen) oder Spider naevi (Spinnenhaut). - Der Alkoholmissbrauch führt zu einem Verlust der Körperbehaarung. - Der Alkohol verschlimmert bereits existierende Hautkrankheiten wie etwa Akne, Psoriasis usw.	- Wir verdeutlichen dem Bewohner, dass sich diese Symptomatik verschlimmern wird, wenn er den Alkoholenuss nicht einstellt. - Der Bewohner wird einem Hautarzt vorgestellt. Die angeordnete Therapie wird gewissenhaft umgesetzt.	- Der Bewohner stellt unter dem Eindruck der Hautschäden den Alkoholenuss ein. - Die Hautschäden werden angemessen behandelt, bilden sich zurück oder schreiten zumindest nicht weiter fort.
Der Bewohner vernachlässigt seine Körperpflege.	- Bei Männern regen wir eine tägliche Rasur und die Nutzung von Rasierwasser an. - Wenn der Bewohner nach Schweiß oder Urin riecht, wird ihm dieses nicht offen gesagt. Hilfreicher ist es, gemeinsam mit dem Bewohner eine Körperwäsche vorzunehmen. - Wir können den Bewohner nicht dazu zwingen, ein gewisses Maß an Körperhygiene zu wahren. Gleichzeitig jedoch darf das nicht dazu führen, dass die Pflegekräfte	Der Bewohner ist körperlich gepflegt.

	die Verwahrlosung irgendwann hinnehmen. Der Bewohner muss permanent angeleitet und aufgefordert werden. • Wenn der Bewohner beginnt, sich äußerlich zu pflegen, so wird er dafür nachdrücklich gelobt. Ggf. kann ein Friseurbesuch nicht nur die Frisur, sondern auch das Selbstbild deutlich verbessern.	
Essen und trinken		
• Der Bewohner trinkt zuviel Alkohol und vernachlässigt darüber die Nahrungszufuhr. Er verliert an Körpergewicht.	• Der Bewohner sollte seine Mahlzeiten im Speisesaal einnehmen und nicht auf seinem Zimmer. • Wenn der Bewohner unter Appetitlosigkeit leidet, bieten wir ihm verstärkt Wunschkost an. • Wenn der Bewohner über einen längeren Zeitraum die Nahrung verweigert, setzen wir den Standard "Nahrungsverweigerung" um. • Wir ermitteln regelmäßig den BMI des Bewohners.	• Der Bewohner wird ausreichend mit Nahrung versorgt.
• Der Bewohner vernachlässigt die Ernährung. Er fällt dann in eine Unterzuckerung. Es besteht Lebensgefahr.	• Wir achten darauf, dass der Bewohner regelmäßig Nahrung zu sich nimmt. • Wenn relevante Symptome erkennbar sind, werden der Blutzuckergehalt ermittelt und die sich daraus ergebenden Maßnahmen eingeleitet. Typische Anzeichen sind: Kontrollverluste des Körpers, Unruhe, Konzentrationsstörung, Schweißausbrüche, Frieren usw.	• Der Bewohner unterzuckert nicht. • Wenn eine Unterzuckerung eintritt, wird diese zeitnah erkannt und angemessen behandelt.
• Der Bewohner ist bereit, auf Alkohol zu verzichten. Er ist allerdings in seiner Abstinenz noch nicht gefestigt.	• Wir achten darauf, dass der Bewohner in keinem Fall ungewollt mit Alkohol in Kontakt kommt. • Der Bewohner erhält keine alkoholhaltigen Lebensmittel, etwa Weincreme, Biersuppe oder mit Wein verfeinerte Soßen. • Wir achten darauf, dass die verabreichten Medikamente keinen Alkohol enthalten. Dieses ist insbesondere bei homöopathischen Arzneien der Fall. • In Absprache mit dem Betreuer und dem Bewohner, erhält der Betroffene kein Bargeld und wird bei Einkäufen von einem Mitarbeiter begleitet.	• Der Bewohner kommt nicht ungewollt mit Alkohol in Kontakt.
• Der Bewohner leidet unter einem Flüssigkeitsdefizit, da er	• Wir bieten Bewohnern grundsätzlich vor und nach jeder Mahlzeit etwas zu trinken an.	• Die Flüssigkeitsversorgung

nicht ausreichend trinkt.	- Wir stellen sicher, dass sich die angebotenen Getränke stets in Griffweite des Bewohners befinden. Sehbehinderten Bewohnern wird die Position des Getränkes gezeigt. - Dem Bewohner werden stets nur solche Getränke angeboten, die er akzeptiert. Ggf. fragt die Pflegekraft nach, ob ihm das Getränk nicht schmeckt und ob er ggf. ein anderes Getränk bevorzugt. - Wir achten darauf, ob Bewohner die angebotenen Getränke heimlich entsorgen (etwa in den Blumentopf oder eine Vase). - Bewohnern, die nicht mehr in der Lage sind selbstständig zu trinken, bieten wir Getränke vor und nach jeder pflegerischen Maßnahme an.	ng ist sichergestellt.
Sich kleiden		
Der Bewohner zeigt kein Interesse an seiner Kleidung.	- Wir stellen sicher, dass der Bewohner seine Kleidung regelmäßig wechselt. - Wir animieren den Bewohner, seine Kleidung eigenständig auszuwählen. - Wir ermutigen Bewohnerinnen, ggf. auch Schmuck und Parfüm zu tragen.	Der Bewohner ist angemessen bekleidet.
Ruhen und schlafen		
Der Bewohner verzichtet freiwillig auf Alkohol. Er leidet unter Schlafstörungen als Folge des Entzuges.	- Wir sorgen für einen entspannten Verlauf des Abends und vermeiden es, den Bewohner aufzuregen. - Wir empfehlen dem Bewohner Entspannungsübungen durchzuführen. - Feste Einschlafrituale (Nachrichten sehen, Schlummertrunk, Zigarillo, warmes Fußbad usw.) können Einschlafprobleme abbauen. - Den Einsatz von Schlafmitteln (Hypnotika) versuchen wir zu vermeiden. Stattdessen prüfen wir, ob warme Milch, pflanzliche Wirkstoffe oder Tees als Alternative genutzt werden können. Häufig sind auch atemstimulierende Einreibungen hilfreich. - Ggf. kann ein Dämmerlicht eingeschaltet werden.	Es gelingt dem Bewohner, abends auch ohne Alkohol einzuschlafen.
Sich beschäftigen		
Der Bewohner ist als Folge eines Korsakowsyndroms nicht in der Lage, seinen Tagesablauf sinnvoll zu	Wir entwickeln einfache Handlungsketten, die der Bewohner täglich und immer gleich abarbeiten kann. Dieses etwa beim Ankleiden oder bei der Körperpflege. Wichtig ist, dass von diesen Prozeduren	Der Bewohner verfügt über einen strukturierten Tagesablauf.

strukturieren.	- nicht abgewichen wird. - Die Komplexität dieser Handlungsketten wird stetig den Fähigkeiten des Bewohners angepasst. Bei einer Verschlechterung seines mentalen Zustandes werden die Prozeduren vereinfacht und die Unterstützung durch die Pflegekraft intensiviert. - Eine Überforderung des Bewohners ist zu vermeiden. Korsakow-Patienten reagieren auf Überforderung nicht selten mit kompletter Verweigerung jeder Kooperation.	
Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten		
- Der Alkoholmissbrauch führt zur Impotenz. - Der Körper des (männlichen) Bewohners verweiblicht. Insbesondere bilden sich Brüste aus.	- Wir verdeutlichen dem Bewohner, dass sich diese Symptomatik verschlimmern wird, wenn er den Alkoholgenuss nicht einstellt. - Der Bewohner wird einem Facharzt vorgestellt. Die angeordnete Therapie wird gewissenhaft umgesetzt.	- Der Bewohner stellt unter dem Eindruck der Impotenz den Alkoholgenuss ein. - Der Bewohner ist wieder potent und gewinnt sein Selbstwertgefühl zurück.
Für eine sichere Umgebung sorgen		
Der Bewohner zeigt aggressives Verhalten.	- Bei invasiven und intimen Pflegehandlungen gehen wir besonders einfühlsam mit dem Bewohner um, da dieser mit Aggressionen reagieren könnte. - Potentiell gewalttätige Bewohner werden ausschließlich durch männliche Pflegekräfte betreut. Weibliche Pflegekräfte sollten nicht allein das Zimmer betreten.	- Aggressionen werden abgebaut. - Eine Gefährdung der Umwelt wird vermieden.
Der Bewohner trinkt große Mengen Alkohol und ist als Folge des Rausches sturzgefährdet.	Alle im Standard Sturzprophylaxe beschriebenen Maßnahmen werden umgesetzt.	- Der Bewohner stürzt nicht. - Die Folgen eines Sturzes werden minimiert.
Soziale Bereiche des Lebens sichern		
Der Bewohner ist sozial isoliert.	- Wir versuchen, den Bewohner in der sozialen Gemeinschaft der Einrichtung stärker zu verankern. Wir regen etwa die Teilnahme an der Gymnastikgruppe oder der Spielegruppe an. - Wir informieren die Familienangehörigen über das Krankheitsbild und legen ihnen die notwendigen Verhaltensgrundsätze nahe. - Wir vermitteln Familienangehörigen den Kontakt zu Selbsthilfegruppen.	Die soziale Isolation wird überwunden.

	• Wenn es Streit mit Familienangehörigen gibt, versuchen wir, den Dialog zwischen beiden Seiten wieder in Gang zu bringen.	
Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
• Der Bewohner sieht Pflegekräfte als Gegner an, die ihm den Alkohol entziehen wollen.	• Wir setzen konsequent auf das System der Bezugspflege. • Wir bemühen uns stets um ein Vertrauensverhältnis zum Bewohner. • Wir reden mit dem Bewohner offen über Gefühle, Konflikte und Täuschungsversuche. • Wir vermeiden Schuldzuweisungen.	• Der Bewohner fasst Vertrauen zu den Pflegekräften.
• Die Suizidgefahr ist erhöht.	• Wir nehmen uns Zeit, um mit dem Bewohner zu reden. Wir thematisieren insbesondere, was ihn zu diesem Plan bewegt hat. Angesprochen werden auch seine Gedanken zum Thema Leben, Sterben und Tod. • Wir befragen den Bewohner ggf. zu seinen Selbsttötungsplänen: Also etwa, ob er den Entschluss bereits gefasst hat, welche Methode er wählen will usw. • Wir bitten den Bewohner um das Versprechen, uns vor einem unmittelbar bevorstehenden Suizid anzusprechen. • Das Verhalten des Bewohners wird in den nächsten Tagen engmaschiger überwacht. • Wir regen den Bewohner an, verstärkt die Freizeitangebote unserer Einrichtung zu nutzen, insbesondere die Musik-, Bewegungs- und Bastelstunden. • Wir regen den Bewohner an, seelsorgerische Unterstützung durch seine Kirchengemeinde zu erbitten. • Wir vermitteln auf Wunsch den Kontakt zu Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen. • Kontakt mit Haustieren kann die Stimmungslage des Bewohners verbessern. Falls die Einrichtung über keine eigene Katze oder einen Hund verfügt, können Pflegekräfte ggf. ihre eigenen Tiere mit zur Arbeit bringen. • Potentiell gefährliche Gegenstände werden aus dem Bewohnerzimmer entfernt. Etwa Rasierklingen, Medikamente, Geräte mit langen Kabeln usw. • Die Einnahme von Medikamenten wird überwacht. Ein Horten und	• Ein Suizid wird vermieden.

	Sammeln der Wirkstoffe muss verhindert werden. (Alle weiteren Maßnahmen sind zu finden im Standard "Depressive Störungen und Suizidprävention")	
Der Bewohner hatte nach längerer Abstinenz einen Rückfall. Er macht sich Vorwürfe.	- Wir stehen dem Bewohner jederzeit für ein Gespräch zur Verfügung. - Wir verdeutlichen dem Bewohner, dass es sinnvoll ist, sich der Sucht erneut zu stellen und eine weitere lange Abstinenzphase anzustreben. - Dem Bewohner wird erklärt, dass es im Laufe der Therapie immer wieder zu Rückschlägen kommen wird. - Wir animieren den Bewohner, für sich selbst einen Bericht zu schreiben. Er soll die Ursachen für den Rückfall ergründen und diese schriftlich festhalten.	Der Bewohner akzeptiert den Rückfall als Teil seiner Suchterkrankung. Er verarbeitet das Vorkommnis.
Der Bewohner ist alkoholabhängig. Er glaubt aber, das Problem im Griff zu haben. Er gibt an, nur wenig Alkohol zu sich zu nehmen.	Wir erklären dem Bewohner, dass der Versuch eines "kontrollierten" Trinkens scheitern muss. Eine Suchtkrankheit wie Alkoholismus kann nur durch vollständigen Verzicht überwunden werden.	Der Bewohner erkennt die Notwendigkeit einer Alkoholabstinenz.

Standardpflegeplan "chronische Schmerzen" (gemäß Expertenstandard)

- Schmerzen sind Sinneswahrnehmungen, die vom Betroffenen als unangenehm oder leidvoll empfunden werden.
- Der akute Schmerz ist eine Reaktion des Körpers auf eine Verletzung oder Krankheit und bewirkt ein entsprechendes Schonverhalten. Es handelt sich dabei also um eine wichtige Schutzfunktion des Organismus.
- Der chronische Schmerz wird nicht durch eine aktuelle Schädigung des Körpers verursacht, sondern geht zumeist auf eine Fehlfunktion des Zentralen Nervensystems, insbesondere der Schmerzrezeptoren zurück. Der chronische Schmerz hat keine biologisch sinnvolle Funktion.
- Nur der Betroffene selbst kann die Schmerzintensität angeben und muss ernst genommen werden.
- Eine moderne Schmerzbehandlung ist gekennzeichnet durch den regelmäßigen Einsatz entsprechender Schmerzskalen, um die Schmerzen von Betroffenen rechtzeitig und umfassend zu erkennen. Sie beseitigt oder lindert Schmerzen soweit, dass die Beschwerden für den Bewohner erträglich sind.

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für chronische Schmerzen. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
Kommunizieren		
Der Bewohner ist kognitiv stark beeinträchtigt, z.B. durch Morbus Alzheimer. Daher ist es schwierig, auf die Schmerzposition und -intensität zu schließen.	• Wir befragen den Bewohner einmal pro Schicht nach aktuellen Schmerzen mithilfe einer einfachen Schmerzskala (z.B. mit drei Smileys). • Falls der Bewohner überhaupt nicht mehr in der Lage ist sich selbst mitzuteilen, werden die Schmerzen regelmäßig durch uns und die Angehörigen fremd eingeschätzt. Wir achten auf nonverbale Zeichen. Etwa: ○ Schonhaltung ○ unregelmäßige und gepresste Atmung ○ Pulsanstieg ○ Mimik, also etwa das Zusammenbeißen der Zähne ○ Gesten, wie etwa das Zusammenballen der Hände zu Fäusten ○ aggressives Verhalten ○ vermehrte Müdigkeit ○ reduzierte Lebhaftigkeit ○ Rückzug aus dem sozialen Umfeld	• Die Intensität der Schmerzen wird korrekt erfasst.

Der Bewohner ist nicht mehr in der Lage verbal zu kommunizieren. Daher ist es schwierig, auf die Schmerzposition und -intensität zu schließen.	• Wir bitten den Bewohner, die Lage des Schmerzes auf einer Skizze mit den Umrissen eines Menschen einzuzeichnen. • Ggf. schätzt er die Schmerzintensität mit Hilfe einer Schmerzskala ein. • Die Pflegekraft achtet auf kleine Hinweise, insbesondere unvermittelte Verhaltensänderungen. • Je besser eine Pflegekraft den Bewohner kennt, umso präziser kann diese das Verhalten interpretieren. Daher setzen wir konsequent auf Bezugspflege.	• Die Intensität der Schmerzen wird korrekt erfasst.
Sich bewegen		
• Der Bewohner leidet unter Schmerzen. Dieses schränkt seine Bewegungsfähigkeit ein. • Der Bewohner nimmt eine Schonhaltung ein, die auf Dauer Nerven, Gefäße und Sehnen schädigt. Letztlich hat der Bewohner dann noch mehr Schmerzen.	• Der Bewohner schätzt regelmäßig seine Schmerzen mithilfe einer Schmerzskala ein. • Der Bewohner erhält eine angemessene Schmerztherapie. Die Dosis wird angepasst, bis er sich wieder bewegen kann. • Wir animieren den Bewohner, die durch die Schmerztherapie gewonnene Bewegungsfreiheit auch zu nutzen, etwa durch die Teilnahme an der Gymnastikstunde.	• Der Bewohner erhält seine Mobilität zurück. • Der Kreislauf aus Schmerzen, Immobilität und noch größeren Schmerzen wird durchbrochen. • Der Bewohner gewinnt das Vertrauen in seine Bewegungsfähigkeit zurück.
Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten		
• Der Bewohner leidet unter Schmerzen, die sich durch physikalische Anwendungen lindern lassen.	• Wir nutzen Wärme, um Krämpfe zu lösen oder die Durchblutung zu fördern. Der Bewohner kann ein Voll- oder Teilbad nehmen, heiße Umschläge oder eine Wärmflasche nutzen. • Wir verwenden Kälte, um Schmerzen zu lindern, Schwellungen zurückgehen zu lassen und überhitzte Bereiche zu kühlen. Kälte ist sehr wirksam etwa bei aktivierten Arthrosen oder rheumatischen Gelenkveränderungen. • Wir nutzen Massagen, um verspannte Muskulatur zu lockern. So kann sich der Bewohner bei chronischen Kopfschmerzen selbst das Gesicht massieren. • Verschiedene Erkrankungen können durch körperliches Training gelindert werden. So lässt sich z.B. ein Kopfschmerzanfall durch	• Der Schmerz wird durch physikalische Anwendungen gelindert.

	frühzeitiges Trimmradfahren häufig abmildern.	
Der Bewohner leidet unter Schmerzen, die sich mit alternativer Medizin behandeln lassen.	- Wir nutzen Akupunktur, etwa um Migräne, Kopfschmerzen oder Neuralgien zu behandeln. - Schmerzzustände, allergische Erkrankungen sowie Erkrankungen des Gastro-Intestinaltraktes können häufig auf Basis der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) behandelt werden. - Chronische Schmerzzustände sprechen häufig auf eine Behandlung mit Homöopathie an. Der Vorteil dieser Therapieform sind die geringen Nebenwirkungen. Mit Hilfe der Phytotherapie (Pflanzenheilkunde) kann die Schmerzmittelbehandlung oftmals sinnvoll ergänzt werden. So wirkt die Teufelskralle bei Gelenkentzündungen, Pfefferminzöl lindert Kopfschmerzen und Johanniskraut mildert Angst und Depressionen ab.	Die konventionelle Medizin wird um alternative Heiltechniken ergänzt.
- Die Schmerzbelastung schwankt stetig. - Der Bewohner leidet unter Schmerzspitzen.	- Wir nutzen die Möglichkeiten der Schmerzanamnese, um Intensität, zeitliche Verteilung und mögliche Auslöser zu bestimmen. - Wir ermuntern den Bewohner, ein Schmerztagebuch zu führen. Die Darstellung der Schmerzintensität kann in einer unterschiedlich fein graduieren Skala erfolgen. - Tendenziell erfolgt eine Schmerzmittelgabe frühzeitig. Ein unzureichend behandelter Schmerz kann zu einer Chronifizierung der Beschwerden führen. - Wir bitten den Hausarzt um eine Medikamentierung für Schmerzspitzen, also für eine unvermittelt auftretende Steigerung der Schmerzintensität. - Wir prüfen, ob eine pumpengesteuerte Schmerzmittelapplikation sinnvoll ist. Hierbei hat der Bewohner die Möglichkeit, bei Schmerzspitzen Schmerzmittel zuzuführen. Die Maximaldosis wird vom Arzt vorgegeben und mittels Computer überwacht.	Schmerzspitzen werden angemessen therapiert.

• Der Bewohner kann oral keine Medikamente aufnehmen, da die Speiseröhre geschädigt ist oder er unter andauerndem Erbrechen leidet. • Die Applikation in Zäpfchenform zeigt bei dem Bewohner keine kontinuierliche Wirkung. Sie ist insgesamt zu unsicher. • Injektionen führen zu stark schwankenden Blutspiegelwerten. Die Medikamentenwirkung und die Nebenwirkungen sind unmittelbar nach der Applikation am größten. Danach sinkt die Wirkung. Die Schmerzen werden wieder spürbar. • Die Schmerzbelastung ist insgesamt sehr schwankend. Der Bewohner kann den Wirkstoffspiegel nicht kurzfristig an die Beschwerden anpassen.	• Wir prüfen, ob der Bewohner mit einem Pumpensystem für Schmerzmittel versorgt werden könnte. • Es ist uns bewusst, dass ein Pumpensystem, deren Dosierung vom Bewohner selbst eingestellt werden kann, die Abhängigkeitsgefahr steigert.	• Der Bewohner erhält eine ausreichende Schmerztherapie.
• Der Bewohner ist mit der eigenständigen Applikation des Schmerzmittels überfordert.	• Wir unterstützen den Bewohner bei der Einnahme der Medikamente. • Ggf. wird die Applikationsform geändert. Dieses ist etwa notwendig, wenn der Bewohner an dem kindersicheren Verschlusssystem scheitert oder mit dem Abzählen von Tropfen überfordert ist. • Bei Opioiden ist die Applikation per Schmerzpflaster sinnvoll. Dieses verbleibt zwei bis drei Tage auf der Haut und gibt in dieser Zeit den Wirkstoff gleichmäßig ins Gewebe ab. • Wenn ein Schmerzpflaster nicht anwendbar ist, kann ein Schmerzkatheter genutzt werden. Hierbei läuft ein Schmerzmittel als subkutane Infusion ein.	• Die richtige Applikation ist trotz mentaler und körperlicher Einschränkungen des Bewohners sichergestellt. • Der Bewohner wird im Rahmen seiner Fähigkeiten an der Medikamenteneinnahme beteiligt.
• Der Bewohner nimmt opioidfreie Medikamente mit (ggf. starken) Nebenwirkungen ein.	• Wir achten genau auf die im Beipackzettel beschriebenen Nebenwirkungen. Wir informieren den Hausarzt, sobald wir relevante Beobachtungen machen. • Bei Paracetamol kann es zu allergischen Hautausschlägen sowie zu Leber- oder	• Die häufigsten Nebenwirkungen von opioidfreien Medikamenten werden vermieden. • Die ausgelösten gesundheitlichen Beeinträchtigungen

	Nierenschäden kommen. • Bei Acetylsalicylsäure treten mitunter gastrointestinale Beschwerden, allergische Symptome oder Asthmaanfälle auf.	werden begrenzt.
• Der Bewohner hat sehr starke Schmerzen. Er nimmt daher Opioid-Analgetika.	• Die Therapie wird sorgfältig überwacht. Dieses insbesondere zu Beginn der Behandlung und nach jeder Erhöhung der Dosis. Wichtig ist primär die Messung der Vitalwerte, vor allem Puls, Blutdruck und Atmung. • Das Medikament muss nach einem genauen Zeitplan gegeben werden. Wenn die Nutzung von Retard-Präparaten nicht möglich ist, wird der Bewohner ggf. auch in der Nacht geweckt. • Wir sorgen dafür, dass der Bewohner eine angemessene Selbstmedikation erhält, um kurzfristige Schmerzspitzen kompensieren zu können (z.B. nichtretardiertes Morphin).	• Auch schwere Schmerzen werden wirksam abgemildert.
• Der Bewohner nimmt Opioid-Analgetika und leidet unter den typischen Nebenwirkungen.	• Die sedierende Wirkung erhöht die Sturzgefahr. Daher müssen die im entsprechenden Prophylaxestandard beschriebenen Maßnahmen sorgfältig umgesetzt werden. Vor allem darf der Bewohner nicht allein aufstehen. • Schon bei einer relativ geringen Überdosierung kann eine atemdepressive Wirkung eintreten. Daher werden die Vitalfunktionen insbesondere direkt nach der Applikation sorgfältig überwacht. • Wir rechnen damit, dass es zu Übelkeit und Erbrechen kommen kann. Daher kann die Opioid-Therapie mit einem Antiemetikum (Mittel gegen Übelkeit) kombiniert werden. • Die Funktion der Verdauung und die der harnableitenden Systeme werden sorgfältig überwacht. Eine spastische Obstipation und ein Harnverhalt werden damit rechtzeitig bemerkt. Eine begleitende Einnahme von Laxantien ist zumeist sinnvoll. • Alle Maßnahmen zur Pneumonieprophylaxe werden sorgfältig ausgeführt. Uns ist bewusst, dass Opioid-Analgetika im Alter anders	• Die Nebenwirkungen von Opioid-Analgetika werden korrekt erfasst und durch geeignete Maßnahmen kompensiert.

	wirken. So ist die für die Schmerzlinderung notwendige Dosis bei Senioren häufig geringer als bei jungen Menschen. Zudem treten Nebenwirkungen früher als üblich auf und sind in der Intensität stärker.	
Essen und trinken		
• Bedingt durch den Schmerz lässt der Appetit nach. Der Bewohner verliert an Körpergewicht.	• Bei Zahnschmerzen oder Beschwerden im Rachenraum erhält der Bewohner Speisen, die aufgrund ihrer Konsistenz leichter zu schlucken sind. • Ggf. erhält der Bewohner zusätzliche Nährstoffe über eine i.v.-Infusion. • Wenn alle Maßnahmen wirkungslos bleiben, prüfen wir den Einsatz einer Magensonde (PEG).	• Der Bewohner gewinnt die Freude am Essen zurück. • Ein Gewichtsverlust wird vermieden.
• Der Bewohner hat Schmerzen und vergisst zu trinken. Es droht eine Dehydratation. • Der Bewohner trinkt zu wenig. Dieses führt dazu, dass sich die Wirkung und Nebenwirkungen von Medikamenten verstärken.	• Die Maßnahmen zur Verhinderung eines Flüssigkeitsdefizites werden intensiviert. • Wir erinnern den Bewohner regelmäßig an das Trinken. • Der Bewohner erhält Wunschgetränke. • Die Einfuhrmengen werden protokolliert. • Ggf. wird das Defizit per i.v.-Infusion kompensiert.	• Die Flüssigkeitsversorgung wird gesichert. • Medikamente entfalten die geplante Wirkung.
Ruhen und schlafen		
• Der Bewohner leidet unter Schlafstörungen aufgrund der Schmerzen. • Der Bewohner hat Angst vor dem Schlafen, da er sich nachts nicht wie gewohnt von dem Schmerz ablenken kann.	• Wir bieten ihm verschiedene lindernde Pflegemaßnahmen an. Etwa Waschungen, Auflagen, Wickel, Lagerungen oder Entspannungsübungen. • Wir weisen den Bewohner in die Technik des autogenen Trainings ein. Die Übungen sollten dreimal täglich durchgeführt werden und haben eine Länge von 5 bis 15 Minuten.	• Der Bewohner kann schlafen und dabei seine Kräfte regenerieren.
• Der Bewohner hat aufgrund der Schmerzbelastung ein erhöhtes Schlafbedürfnis. • Die Schmerzmittel machen den Bewohner schläfrig.	• Wir lassen den Bewohner schlafen oder ruhen. Wir versuchen lediglich, die Schlafzeiten soweit zu kontrollieren, dass der Bewohner trotz der Ruhephasen am Tag auch in der Nacht schläft.	• Der Bewohner schläft hauptsächlich nachts. Die Schlafphasen am Tag werden begrenzt.

Der Bewohner nimmt Medikamente in Tropfenform (etwa Morphin-Tropfen). Diese müssen alle vier Stunden eingegeben werden. Die Nachtruhe ist gestört.	Wir prüfen, ob ein vergleichbares Medikament nicht auch in Retardform verfügbar ist (mit verzögertem Wirkungseintritt).	Die Nachtruhe des Bewohners wird nicht durch Medikamentenverabreichungen gestört.
Sich beschäftigen		
Der Bewohner leidet unter Schmerzen, die aber bei ausreichender Ablenkung nachlassen.	Wir raten dem Bewohner, weiterhin seinen Hobbys nachzugehen. Dieses insbesondere dann, wenn diese mit sozialen Kontakten verbunden sind. Beispiel: Gesellschaftsspiele, Basteln oder Sport.	Der Bewohner lenkt sich ab und spürt den Schmerz nicht mehr mit der gleichen Intensität.
Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten		
Die Schmerzbelastung dämpft das Sexualleben. Darunter leidet die Partnerschaft.	- Wir raten dem Bewohner zu etwas Geduld. Das Bedürfnis nach Sexualität kehrt zumeist zurück, sobald eine akkurate Schmerzbehandlung erfolgt. - Wir achten bei der Wahl des Medikaments darauf, dass dieses die Libido nicht schwächt. - Wir ermuntern beide Partner, die Probleme offen anzusprechen. Dazu zählt auch, wenn sich ein Partner (meistens der schmerzfreie) vernachlässigt fühlt.	Der Bewohner kann seine Sexualität (insbesondere in einer Partnerschaft) ausleben.
Soziale Bereiche des Lebens sichern		
Die Sedierung macht soziale Kontakte unmöglich.	- Wir raten dem Bewohner zu etwas Geduld. Die Müdigkeit ist auf den Therapiebeginn beschränkt. Sobald sich der Körper auf das Medikament eingestellt hat, lässt diese Nebenwirkung schrittweise nach. - Langfristig kann der Bewohner sein soziales Leben sogar wieder intensivieren, weil er durch die Schmerzen nicht mehr behindert wird. - Wir ermutigen den Bewohner, den Kontakt etwa zu Freunden oder zur Familie zu intensivieren. Er sollte insbesondere Besuch empfangen.	Das soziale Leben leidet nicht unnötig unter der Schmerzbelastung und der Schmerztherapie.
Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		

Der Bewohner leidet unter Schmerzen, die sich durch psychosoziale Betreuung lindern lassen.	- Wir raten dem Bewohner dazu, autogenes Training durchzuführen. - Wir vermitteln dem Bewohner die Technik der progressiven Muskelentspannung.	Der Bewohner ist in der Lage, Entspannungstechniken für die Schmerzbekämpfung zu nutzen.
Der Bewohner hat Schmerzen, lehnt eine Schmerzbehandlung aber ab.	- Wir respektieren die Entscheidung. - Wir suchen den Dialog mit dem Bewohner und versuchen die Beweggründe zu erfahren. Häufig sind es Vorurteile über Medikamente, die den Bewohner zum Verzicht bewegen. - Mit Hilfe der Maßnahmen, die der Bewohner toleriert, versuchen wir sein Leiden zu lindern. - Wir geben dem Bewohner jederzeit die Möglichkeit, seine Entscheidung zu revidieren und doch Schmerzmittel zu erhalten. Dieses muss ohne Gesichtsverlust geschehen können.	- Das Selbstbestimmungsrecht des Bewohners wird geschützt. - Der Bewohner erhält umgehend Schmerzmittel, sobald er diese wünscht.
- Der Bewohner will keine Opioide nehmen, da er glaubt, dass diese die letzte Stufe vor dem Ableben darstellen. - Der Bewohner nimmt zwar Opioide, ist aber nach jeder Dosissteigerung bedrückt, da er dieses für ein Anzeichen des baldigen Sterbens deutet. - Der Bewohner lehnt Opioide ab, da er fürchtet, von diesen abhängig zu werden. - Der Bewohner hat Angst vor Opioiden, da er eine Atemdepression fürchtet.	- Wir erläutern dem Bewohner die Einsatzmöglichkeiten der Opioide, ihre Wirkungen und Nebenwirkungen. Nach Möglichkeit sollte der Hausarzt bei diesem Gespräch anwesend sein. - Wir verschweigen dabei auch nicht die Gefahren, die durch eine mögliche Sucht entstehen. Dieses Risiko kann durch konsequente Einnahme nach einem genauen Zeitplan gering gehalten werden. - Wir verdeutlichen auch, dass es durch Ausschleichen durchaus möglich ist, eine Opioid-Therapie kontrolliert zu beenden.	Der Bewohner stimmt der notwendigen Opioideinnahme zu.
- Der Bewohner nimmt den Schmerz nicht ernst, weil er glaubt schon viel Schlimmeres erlebt und durchlitten zu haben. - Der Bewohner will den Schmerz nicht bekämpfen, da er ihn als Strafe für eine moralische Verfehlung hält. - Der Bewohner sieht den Schmerz als eine natürliche Folge des	- Wir stehen dem Bewohner jederzeit für ein Gespräch zur Verfügung. - Wir vermitteln den Kontakt zu einem Seelsorger sowie zu einer Selbsthilfegruppe.	Der Bewohner stimmt der Schmerzbehandlung zu.

Alters. • Der Bewohner hat Angst, als überempfindlich zu gelten, wenn er um ein Schmerzmittel bittet.		
• Der langjährige Schmerz führt zu einer schleichenden Persönlichkeitsveränderung. Der Bewohner zieht sich zurück und reagiert selbst bei nichtigen Anlässen aggressiv. • Der Bewohner verliert die Beziehung zum eigenen Körper. • Der Bewohner spricht abschätzig über den eigenen Körper. • Der Bewohner zeigt selbstverletzendes Verhalten.	• Zusätzlich zur Schmerzbehandlung regen wir eine psychologische Therapie an.	• Psychische Erkrankungen werden rechtzeitig erkannt und behandelt.
• Die Medikamentengabe erfolgt hauptsächlich als Bedarfsmedikation. Der Bewohner muss also jedes Mal die Pflegekraft um eine Applikation bitten. Dieses empfindet er als Bittstellerei.	• Wir prüfen, ob eine kontinuierliche Medikation sinnvoller wäre. • Wenn der Bewohner Schmerzen hat, erhält er schnell und ohne unnötiges Nachfragen sein Medikament. • Wir prüfen, ob der Bewohner in der Lage ist, das Medikament zumindest teilweise eigenverantwortlich einzunehmen.	• Das Selbstbestimmungsrecht des Bewohners bleibt gewahrt.
• Die ständige Schmerzbelastung lässt den Bewohner an Suizid denken. • Der Bewohner beginnt, die Medikamente zu horten.	• Alle im entsprechenden Standard beschriebenen Maßnahmen werden ausgeführt. • Uns ist bewusst, dass insbesondere Schmerzmittel für einen Suizidversuch geeignet sind. So können bereits etwa 10g bis 20g Paracetamol tödlich wirken. • Derartige Mittel sind bei einer entsprechenden Gefahrenlage für die Selbstmedikation nicht geeignet.	• Suizidale Tendenzen werden rechtzeitig erkannt und behandelt.
• Der Schmerz belastet den Bewohner emotional sehr stark. • Der Bewohner hat Angst, mit seinem Schmerz allein gelassen zu werden. • Der Bewohner hat Angst	• Wir fordern den Bewohner auf, das Schmerzempfinden nicht "herunter zu schlucken", sondern verbal zu äußern. • Mithilfe einer Schmerzskala soll der Bewohner seine Schmerzen regelmäßig einschätzen. • Wir zeigen dem Bewohner	• Der Bewohner wird ernst genommen.

vor dem Schmerz.	stets unsere Aufmerksamkeit und unser Mitgefühl. • Die Medikamente sollten frühzeitig verabreicht werden, noch bevor der Schmerz unerträglich wird. • Gemeinsam mit dem Bewohner suchen wir nach Faktoren, die Schmerzen auslösen oder verstärken, und nach Faktoren, die Schmerzen lindern. • Der Bewohner oder wir führen ein Schmerztagebuch.	
• Der Bewohner ist fixiert auf Schmerzmittel als primäres Problemlösungsmittel. Es droht eine Medikamentenabhängigkeit.	• Die im Standard "Medikamentenabhängigkeit" beschriebenen Maßnahmen werden sorgfältig umgesetzt. • Wir prüfen, in welchem Maß medikamentöse Therapien durch nichtmedikamentöse Strategien ersetzt werden können.	• Eine Abhängigkeit wird vermieden.
• Der Bewohner hat Angst, vollends von medizinischer Versorgung abhängig zu werden.	• Wir beziehen den Bewohner so weit wie möglich in die Pflegemaßnahmen ein. • Wir vermitteln dem Bewohner Techniken, mit denen er den Schmerz eigenständig bekämpfen kann.	• Der Bewohner führt ein möglichst unabhängiges Leben.

Standardpflegeplan "Adipositas"

- Adipositas, also ein krankhaftes Übergewicht, ist in der westlichen Welt die häufigste Form der Fehlernährung. Mehr als 40 Prozent aller Deutschen über 40 Jahre sind übergewichtig.
- Ausgelöst wird die Krankheit durch eine Vielzahl von Faktoren, darunter eine genetische Disposition, Überernährung oder mangelnde Bewegung. Letztlich steigt das Risiko von Folgeerkrankungen, wie etwa Diabetes mellitus, Hypertonie, Arteriosklerose oder Gicht.
- Adipositas liegt vor, wenn das Gewicht mindestens 10 Prozent über dem Broca-Normalgewicht liegt oder ein BMI von mindestens 25 erreicht wird. Abhängig vom BMI wird Adipositas in drei Ausprägungsgrade unterteilt:
 - Adipositas Grad 1: 25 bis 30
 - Adipositas Grad 2: 30 bis 40
 - Adipositas Grad 3: größer als 40

Die langfristigen Erfolgsaussichten für die Behandlung von Adipositas sind gering. Verschiedene Studien geben die Heilungschancen mit 5 bis 40 Prozent an.

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für Adipositas. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
Sich bewegen		
• Der Bewohner bewegt sich körperlich nicht ausreichend. • Das Herzkreislaufsystem ist selbst im Ruhezustand an der Belastungsgrenze. • Der Bewohner ermüdet rasch und wird schnell kurzatmig.	• In enger Absprache mit dem Hausarzt entwickeln wir ein Mobilisierungsprogramm, mit dem wir die Kondition des Bewohners schrittweise steigern. • Wir raten dem Bewohner dazu, sich im Rahmen seiner Möglichkeiten körperlich stärker zu bewegen. Rad fahren, z.B. auf einem Hometrainer, schwimmen, zügiges Gehen sollte auch im Alter möglich sein. • Wichtig ist die Beständigkeit der körperlichen Aktivität. Wir ermutigen den Bewohner, sich jeden Tag zu bewegen. • Vielen Senioren fällt es leichter, sich in einer Gruppe körperlich zu betätigen. Daher vermitteln wir auf Wunsch den Kontakt zu einem lokalen Sportverein oder der Gymnastikgruppe im Altenheim. • Die Vitaldaten werden bei diesen Bewegungsübungen engmaschig überwacht. Der	• Der Bewohner wird im Rahmen seiner Möglichkeiten mobilisiert. • Gesundheitsgefährdungen durch eine Überbeanspruchung werden vermieden.

	Bewohner wird für jeden Fortschritt gelobt. • Bei Atemnot erhält der Bewohner nach ärztlicher Verordnung Sauerstoff.	
• Der Bewegungsapparat ist durch die jahrelange Überbeanspruchung stark geschädigt.	• Wir vermeiden solche Bewegungs- und Sportarten, bei denen das Skelett und die Bänder besonders beansprucht werden. Wir bevorzugen Sportarten, bei denen die Gelenke geführt oder generell weniger belastet werden, etwa Schwimmtraining, Fahrradfahren oder Sitztanz. • Wir prüfen, ob der Bewohner Mobilitätshilfen nutzen sollte, wie etwa einen Rollator. • Wir prüfen den Einsatz weiterer Hilfsmittel wie etwa die Nutzung eines erhöhten Toilettensitzes, Haltegriffen im Badezimmer usw. • Wir achten auf eine umfassende Kontrakturenprophylaxe. Insbesondere werden die Gelenke in der physiologischen Position gelagert. • Wenn der Bewohner unter Schmerzen leidet, nutzen wir kühlende Umschläge.	• Der Bewohner wird im Rahmen seiner Möglichkeiten mobilisiert. • Die Schmerzbelastung wird minimiert.
• Der Bewohner leidet unter Gicht.	• Die verschriebenen Medikamente werden sorgfältig eingenommen. Dazu zählen etwa nichtsteroidale Antiphlogistika, Colchicin und in schweren Fällen ACTH oder Glukokortikoide. • Die betroffenen Gelenke werden ggf. ruhiggestellt. • Wir nutzen feucht-kalte Umschläge.	• Die Gicht wird angemessen behandelt. • Die Schmerzbelastung wird minimiert.
• Der Bewohner ist immobil.	• Wir führen alle notwendigen Prophylaxen durch, insbesondere gegen Dekubitus, Pneumonie, Thrombosen und Deprivation. • Bei Transfers sollte stets eine zweite Pflegekraft als Unterstützung eingesetzt werden. • Wir leiten den Bewohner zu vorsichtigen Bewegungsübungen im Bett an. Nach Möglichkeit sollte der Bewohner mehrmals am Tag im Bett aufgerichtet werden und einige Minuten sitzend auf der	• Der Bewohner wird so früh wie möglich und so weit wie möglich mobilisiert. • Folgeerkrankungen werden vermieden.

	Bettkante verbringen.	
Die Sturzgefahr ist aufgrund der Körpermasse erhöht.	- Das individuelle Sturzrisiko wird regelmäßig ermittelt. - Wir entfernen Stolperfallen im Umfeld des Bewohners. - Ggf. erhält der Bewohner Hüftprotektoren. - Der Bewohner sollte stets festes Schuhwerk tragen. - Der Bewohner sollte einen guten Gehstock oder einen Rollator nutzen.	- Der Bewohner stürzt nicht. - Die Folgen eines Sturzes werden minimiert.
Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten		
Die Auslöser der Adipositas sind nicht bekannt.	- Wir prüfen, welche Ursachen für das Übergewicht relevant sind: - gestörte Energiebilanz, die dazu führt, dass mehr Kalorien aufgenommen als verbraucht werden - Fehlernährung, also ein zu hoher prozentualer Anteil von Fett und Zucker bei konsumierten Speisen - Überernährung, also der Konsum von zu vielen Kalorien - hormonelle Störungen, etwa eine Unterfunktion der Schilddrüse oder eine Fehlregulation der Hypophyse - mangelnde Bewegung - genetische Faktoren	Die Ursachen der Adipositas werden ermittelt.
- Das Ausmaß der Adipositas ist nicht bekannt. - Das Gewicht des Bewohners schwankt.	- Bei allen Bewohnern berechnen wir alle drei Monate den Body-Mass-Index. Bei gesundheitlichen Veränderungen sowie sichtbarem Gewichtsverlust wird diese Berechnung in kürzeren Zyklen durchgeführt. - Die Gewichtsabnahme sollte einen Wert von 500g pro Woche nicht überschreiten. - Damit die Messung hinreichend genau ist, müssen verschiedene Kriterien erfüllt sein: - Der Bewohner wird stets zur gleichen Zeit gewogen, also etwa immer morgens vor dem Frühstück. - Der Bewohner wird immer auf der gleichen Waage gewogen. - Das Gewicht der Kleidung sollte nicht	- Das aktuelle Gewicht und die Fettverteilung sind jederzeit bekannt. - Wir können abschätzen, ob die gewählten Maßnahmen zur Gewichtsreduktion erfolgreich waren.

	- unnötig variieren. - Der Bewohner sollte vor dem Wiegen die Toilette aufsuchen. - Aus den gewonnenen Daten wird der Body Mass Index (BMI) ermittelt. - Zusätzlich zum BMI ermitteln wir bei unseren Bewohnern ggf. den Taillen- und Hüftumfang (WHR). Wir nutzen dafür einen Fettcaliper. Wir versuchen damit zu klären, ob das Fettgewebe hauptsächlich im Bauchraum ("Apfeltyp") angesetzt wird oder eher im Bereich der Hüfte, Gesäß und Oberschenkel ("Birnentyp"). Ein gefährliches Fettverteilungsmuster liegt vor, wenn bei Frauen ein Quotient von 0,85 und bei Männern ein Quotient von 1,0 erreicht wird.	
Der Bewohner hat nur mäßiges Übergewicht. Es liegen ansonsten keine Gesundheitsprobleme vor, die auf Adipositas zurückgeführt werden können.	- Wir wägen stets ab, ob überhaupt Maßnahmen erforderlich sind. Maßgeblich bei der Beratung des Senioren darf nicht das Schlankheitsideal der Pflegekraft sein, sondern das individuelle Wohlfühlgewicht des Bewohners. Dieses kann durchaus etwas oberhalb des Idealgewichtes liegen. - Gleichzeitig beraten wir den Bewohner und machen ihn darauf aufmerksam, dass auch ein mäßiges Übergewicht viele Risiken, etwa für Schlaganfälle, steigen lässt.	- Das Selbstbestimmungsrecht des Bewohners bleibt gewahrt. - Der Bewohner ist in der Lage, die gesundheitlichen Risiken abzuschätzen.
Der Bewohner nimmt Medikamente ein (vor allem Psychopharmaka), die über eine Appetitsteigerung zu Übergewicht führen.	- Gemeinsam mit dem Hausarzt wägen wir ab, ob der Nutzen des Präparats die Risiken durch Adipositas aufwiegt. - Ggf. prüfen wir die Nutzung alternativer Wirkstoffe.	Die Nebenwirkungen der Medikamente werden sorgfältig überwacht und Schäden minimiert.
Der Bewohner leidet unter Hypertonie.	- Der Kochsalzkonsum wird reduziert. - Wir verdeutlichen dem Bewohner die mit der	Die mit Adipositas verbundenen Krankheiten werden vermieden und die gesundheitlichen Risiken

	Hypertonie verbundenen Gefahren und drängen auf eine umfassende Kooperation bei der Normalisierung des Körpergewichts. • Stressfaktoren werden reduziert. • Der Blutdruck wird engmaschig überwacht. • Verschriebene Medikamente, insbesondere Betablocker, werden kontinuierlich eingenommen.	werden minimiert.
• Trotz aller Versuche gelingt es dem Bewohner nicht, das Gewicht spürbar zu reduzieren.	• Als eine der letzten Optionen erwägen wir den Einsatz von geeigneten Medikamenten (Antiadiposita), etwa Orlistat. In diesem Fall kann es zu Fettstühlen kommen. Außerdem kann ein Mangel an fettlöslichen Vitaminen auftreten. • Appetitzügler sind aufgrund der zahlreichen Nebenwirkungen etwa auf das Herz und auf die Lunge nicht zu empfehlen. • In letzter Konsequenz prüfen wir die operative Verringerung des Magenvolumens mittels Implantation eines Magenbandes.	• Radikale Möglichkeiten zur Gewichtsreduktion werden mit Augenmaß und als letztes Mittel genutzt.
• Aufgrund der hohen Körpermasse und der eingeschränkten Mobilität ist das Risiko eines Dekubitus erhöht.	• Wir ermitteln regelmäßig den individuellen Gefährdungsgrad. • Der Bewohner wird konsequent mobilisiert. • Der Bewohner wird im Bett regelmäßig umgelagert. Wir nutzen die 30°-Seitenlagerung rechts und links, V-Lagerung, A-Lagerung, T-Lagerung, Bauchlage und Rückenlage. • Der Hautzustand des Bewohners wird engmaschig überwacht.	• Ein Dekubitus wird vermieden. • Das Auftreten eines Druckgeschwürs wird frühzeitig registriert.
• Der Bewohner leidet unter Gallensteinen.	• Wir achten auf eine angemessene Schmerzmittelbehandlung. • Wir achten darauf, dass der Bewohner die verschriebenen Medikamente korrekt einnimmt. • Wir bereiten den Bewohner darauf vor, dass sich oftmals eine Operation nicht vermeiden lässt. Bei dieser wird die Gallenblase entfernt.	• Die Schmerzbelastung wird minimiert. • Der Bewohner erhält eine angemessene ärztliche Behandlung.
Sich pflegen		
• Der Bewohner verfügt über	• Der Bewohner wird zu einer guten Körperpflege angeleitet.	• Die Bildung von Intertrigo

ausgeprägtes Fettgewebe. Es bilden sich umfangreiche Hautfalten.	Ggf. wird er dabei unterstützt. • Beim Waschen des Bewohners achtet die Pflegekraft genau darauf, auch die Körperfalten sorgfältig zu trocknen. • Wir legen Mullstreifen zwischen die Hautfalten und vermeiden somit, dass Haut auf Haut liegt. • Der Hautzustand wird täglich überprüft. • Die ärztlich verschriebenen Tinkturen und Salben werden sorgfältig aufgetragen.	wird vermieden.
• Der Bewohner schwitzt sehr stark.	• Wir sorgen dafür, dass der Bewohner nicht zu warm bekleidet ist. Dieses würde das Schwitzen nur noch steigern. • Durchgeschwitzte Kleidung wird umgehend gewechselt. • Der Bewohner wird ggf. zweimal täglich mit lauwarmem Wasser gewaschen. • Der Bewohner soll Pflegeprodukte nutzen, die die Geruchsbelästigung reduzieren. • Der Bewohner sollte bei der Wahl der Bettwäsche und Nachtbekleidung auf Naturprodukte zurückgreifen und Synthetikstoffe vermeiden. • Wir prüfen, ob es durch das Schwitzen zu einer Unterversorgung mit Natrium, Chlorid oder Magnesium kommt.	• Gesundheitliche Beeinträchtigungen werden minimiert. • Das Umfeld des Bewohners wird vor Geruchsbelästigung geschützt. Der Bewohner wird nicht ausgegrenzt. • Die Bildung von Intertrigo wird vermieden.
• Der Bewohner leidet unter Krampfadern an den Beinen.	• Der Bewohner soll stehende Tätigkeiten und langes Sitzen vermeiden. Dazu zählen etwa längere Busreisen. • Beim Sitzen sollte der Bewohner seine Beine hoch lagern. Am Tage kann der Bewohner einen Stuhl nutzen, um die Füße dort abzulegen. • Der Bewohner soll bequeme flache Schuhe tragen. • Wir stellen eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr sicher. • Der Bewohner sollte die Beine vor Wärmeeinwirkung schützen, also etwa die direkte Sonne meiden und Saunabesuche unterlassen. • Wir nutzen kneippsche Güsse.	• Die weitere Ausbildung von Krampfadern wird vermieden. • Der Bewohner wird vor gesundheitlichen Schäden geschützt.
Essen und trinken		
• Der Bewohner benötigt eine Diät.	• Der Bewohner sollte vornehmlich fettreduzierte Eiweißträger wie Magerquark, fettarme Käse-, Fleisch- und	• Der Bewohner stellt sein Konsumverhalten um und hält sich an die

	Wurstsorten konsumieren. • Der Bewohner sollte maximal 40g Fett pro Tag konsumieren, und diese bevorzugt etwa in Form von Keimölen und Diätmargarine. • Die Nahrung sollte reich an Stärke und Ballaststoffen sein, etwa Gemüse, Reis, Vollkornnudeln, Kartoffeln oder Vollkornbrot. Diese führen schnell zu einem Sättigungsgefühl, können aber vom Körper nur eingeschränkt verwertet werden. • Der Anteil von niedermolekularen Kohlenhydraten sollte möglichst gering gehalten werden. Diese Stoffe sind vor allem in Haushaltszucker, Süßigkeiten, Süßspeisen, Kuchen und süßen Getränken zu finden. • Als primäre Quelle für Vitamine und Mineralstoffe sollten Tabletten reduziert werden zugunsten von Obst und Gemüse. • Die Zubereitung der Speisen sollte möglichst schonend geschehen, also etwa im Backofen, durch Dünsten oder Dämpfen. Das Frittieren oder (fettreiche) Braten von Nahrungsmitteln sollte unterbleiben. • Der Bewohner sollte mindestens zweieinhalb Liter Flüssigkeit zu sich nehmen, bevorzugt in Form von Wasser oder ungesüßten Tees.	Diätvorschriften.
• Der Bewohner bevorzugt ungesunde Speisen. • Der Bewohner unterläuft die Diät durch den heimlichen Genuss von Süßspeisen.	• Der Bewohner wird über die Folgen seines Handelns und die Risiken der ungesunden Ernährung aufgeklärt. • Soweit dieses mit der Schweigepflicht vereinbar ist, beziehen wir die Angehörigen ein und bitten diese, entsprechend auf den Bewohner einzuwirken. • Jeder Bewohner hat das Recht, sein Essverhalten eigenverantwortlich zu gestalten. Wir werden niemals einem Bewohner Essen vorenthalten, auch wenn dieses zu seinem Besten wäre.	
• Der Bewohner führt eine Radikaldiät durch. • Der Bewohner	• Wir raten dem Bewohner eindringlich davon ab, die Anstrengungen zur Gewichtsreduktion zu	• Der Bewohner vermeidet radikale Maßnahmen. • Gesundheitsgefährdungen durch Radikaldiäten werden

konsumiert Appetitzügler.	übertreiben. • Wir verdeutlichen die Risiken, die mit einer Radikaldiät verbunden sind. • Falls sich der Bewohner von seinem Handeln nicht abbringen lässt, muss der Gesundheitszustand engmaschig überwacht werden.	minimiert und rechtzeitig erkannt.
Der Bewohner ernährt sich ungesund. Seine Motivation dafür ist unbekannt.	• Sofern als Hauptfaktor die falsche Ernährung angenommen werden kann, prüfen wir die Ursachen dafür: ○ fehlerhaft erlerntes Essverhalten ○ psychische Faktoren ("Frustfressen" oder "Kummerspeck" als Reaktion auf belastende soziale Konflikte) ○ gestörtes Appetitempfinden • Insbesondere prüfen wir die Ernährungsgewohnheiten des Bewohners: ○ Seit wann leidet der Bewohner unter dem Übergewicht? ○ Was isst der Bewohner besonders gern und in großen Mengen? ○ Wie verteilt der Bewohner seine Speisen über den Tag? ○ Beschäftigt sich der Bewohner während des Essens mit anderen Aktivitäten? ○ In welchem Beruf hat der Bewohner gearbeitet? Hatte er dabei viel Bewegung oder handelte es sich um eine primär sitzende Tätigkeit? ○ Leidet der Bewohner an unkontrolliertem Essverhalten in Folge einer Demenz?	• Das Verhalten des Bewohners wird strukturiert beobachtet. Wir sammeln die relevanten Informationen, um die Gründe für das gesundheitsschädliche Verhalten zu finden.
• Der Bewohner konsumiert bevorzugt "Light-Produkte", diese allerdings in zu großen Mengen.	• Wir raten dem Bewohner vom Kauf dieser Produkte ab, da sie ihm eine gesunde Ernährung lediglich vorgaukeln. Tatsächlich verleiten diese Angebote dazu, wesentlich mehr als gewöhnlich zu essen. Zudem sind die Produkte recht teuer.	• Der Bewohner verzichtet auf "Light-Produkte" und stellt stattdessen seine Ernährung grundlegend um.
Das Essverhalten des Bewohners fördert	• Wir raten dem Bewohner, langsam zu essen und die	• Der Bewohner ändert sein Essverhalten. Er trägt aktiv

Adipositas.	Mahlzeit zu genießen. • Wir empfehlen dem Bewohner, die Nahrungszufuhr in den späten Abendstunden zugunsten des Mittagessens zu reduzieren. • Der Bewohner sollte Nahrung nur zu den zuvor geplanten Zeiten zu sich nehmen. • Der Bewohner sollte beim Essen alle Ablenkungen meiden, wie etwa fernsehen, lesen usw.	dazu bei, das Körpergewicht zu reduzieren.
• Der Bewohner zählt zu den "Rauschessern" und neigt zu unkontrollierten Essattacken. • Der Bewohner zählt zu den "Daueressern" und hat ständig einen erhöhten Appetit. • Der Bewohner zählt zu den "Nachtessern", die tagsüber wenig essen, dafür aber in der Nacht große Mengen Nahrung zu sich nehmen und den Essvorgang nicht stoppen können.	• Wir nutzen ggf. Quellstoffe, um ein Hungergefühl zu vermeiden. Diese vergrößern im Magen ihr Volumen, indem sie Flüssigkeit aufnehmen. Sie erzeugen ein Sättigungsgefühl, werden dann vollständig abgebaut und ausgeschieden. • Wir verteilen die drei Hauptmahlzeiten auf fünf bis sechs kleinere Mahlzeiten. • Wir achten darauf, dass keine Süßigkeiten im Bereich des Bewohners herumliegen. • Der Bewohner wird aufgefordert, langsam zu essen und seine Speisen gut durchzukauen. • Der Bewohner soll ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen, also mindestens eineinhalb bis zwei Liter. • Hungergefühle zwischen den Mahlzeiten kann der Bewohner mit Obst stillen.	
Sich beschäftigen		
• Dem Bewohner ist langweilig. Essen ist für ihn eine Form des Zeitvertreibe.	• Wir prüfen, welchen Hobbys der Bewohner einmal nachging und versuchen, diese Interessen wiederzuerwecken. • Wir empfehlen dem Bewohner, verstärkt die Freizeitangebote in unserer Einrichtung zu nutzen. • Wir versuchen den Bewohner stärker in das soziale Gefüge der Einrichtung zu integrieren.	• Der Bewohner isst nicht aus Langeweile. Er beschäftigt sich sinnvoll.
Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten		
• Der Bewohner ist deprimiert, weil er sich durch die Körperfülle als unattraktiv empfindet.	• Wir beraten insbesondere Bewohnerinnen zu der Frage, wie man sich trotz Übergewicht optisch ansprechend kleiden und schminken kann. • Wir organisieren regelmäßige Fahrten zu Bekleidungsgeschäften, die	• Der Bewohner erhält sein Selbstwertgefühl.

	auch Übergrößen anbieten.	
Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
Das Übergewicht ist Ausdruck einer seelischen Störung.	- Wir prüfen, ob der Bewohner eine psychologische Behandlung benötigt, etwa wenn der überhöhte Nahrungsgenuss massive persönliche Probleme kompensieren soll. - Wir prüfen, ob wir in der Lage sind, dem Bewohner zu helfen. Ggf. wird der Bewohner einem Facharzt vorgestellt.	Die seelische Erkrankung wird soweit gelindert, dass sie das Übergewicht nicht mehr fördert.
Der Bewohner zeigt keine Kooperationsbereitschaft.	- Wir informieren den Bewohner über sein Krankheitsbild und versetzen ihn in die Lage, die entstehenden Risiken selbständig abzuschätzen. - Wir empfehlen dem Bewohner ein Ernährungsprotokoll zu führen. In diesem notiert er, was er wann und warum gegessen hat. Häufig führt diese Beschäftigung mit der eigenen Ernährung bereits zu mehr Kooperationsbereitschaft.	Der Bewohner wird von uns dazu motiviert, sich aktiv an seiner Gesunderhaltung zu beteiligen.
Der Bewohner ist deprimiert, da der Gewichtsabbau nach anfänglichen Erfolgen ins Stocken kommt.	Die Gewichtsreduktion ist kein kontinuierlicher Prozess, sondern verläuft mal schneller und mal stockend. Wir unterstützen den Bewohner und ermutigen ihn, wenn das Gewicht einige Tage nicht sinkt.	Der Bewohner wird darauf eingestimmt, dass die Gewichtsreduktion mehrere Monate dauern wird.
Der Bewohner ist deprimiert, da er nach Abschluss der Diät wieder zunimmt (sog. "Jojo-Effekt").	Wir erklären dem Bewohner die Bedeutung einer auf Langfristigkeit ausgerichteten Strategie zur Gewichtskontrolle.	Der Bewohner stimmt einer langfristigen Änderung seiner Lebensweise zu.
Der Bewohner verdrängt die Ursachen des Übergewichts. Er glaubt an hormonelle Ursachen für die Adipositas.	- Wir machen den Bewohner darauf aufmerksam, dass Hormonerkrankungen nur sehr selten als Auslöser in Betracht kommen. - Wir lassen Hormonerkrankungen vom Hausarzt als Ursache ausschließen.	Der Bewohner erkennt, dass sein Handeln der entscheidende Faktor beim Abbau des Übergewichts ist.

Standardpflegeplan "Untergewicht und Kachexie"

Untergewicht:

Bei einem BMI von 18,5 bis 24 Punkten ist der Bewohner untergewichtig. Abgebaut werden in diesem Stadium vor allem die Speicherfettdepots. Als Hauptursache gelten die Abnahme des Geschmacks- und Geruchssinnes, eine psychisch bedingte Appetitlosigkeit sowie auszehrende Erkrankungen wie etwa Krebs.

Wenn die Auslöser nicht beseitigt werden, kann sich eine Kachexie entwickeln.

Kachexie (Auszehrung):

Eine Kachexie ist erreicht, wenn der BMI auf unter 18,5 Punkte gesunken ist. Im Vergleich zur Inanition (Abmagerung, Hungerzustand) geht der Fettabbau über die regulären Speicherfettdepots hinaus. Auch das Baufett und die Muskulatur werden verbraucht.

In der Folge bilden sich Organe zurück und verlieren ggf. ihre Funktionsfähigkeit. Vor allem die Schwächung des Herzmuskels führt bei vielen Betroffenen zum Tode.

Im Gegensatz zur Abmagerung erleidet der Bewohner irreversible Schädigungen, die also auch durch eine verbesserte Ernährungssituation nicht mehr behoben werden können.

Body-mass-Index (BMI):

In unserer Einrichtung verwenden wir den Body-mass-Index (BMI), um den Ernährungszustand eines Bewohners abzubilden. Der BMI wird errechnet, indem man das Körpergewicht (gemessen in Kilogramm) durch das Quadrat der Körpergröße (gemessen in Metern) dividiert. Alternativ zur eigenständigen Rechnung können auch Tabellen oder Diagramme genutzt werden. Der ermittelte BMI führt dann zu folgender Bewertung:

- kritisches Untergewicht (Kachexie): ab 18,5 Punkte
- Untergewicht: 18,5 bis 24 Punkte
- Normalgewicht: 24 bis 29 Punkte
- Übergewicht: 29 bis 33 Punkte
- Adipositas Grad I: 33 bis 36 Punkte
- Adipositas Grad II: 36 bis 40 Punkte
- Adipositas Grad III: ab 40 Punkte

Anmerkung: Die Definition von Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht usw. ist innerhalb der Wissenschaft umstritten. Daher schwanken die BMI-Tabellen je nach Lehrmeinung z.T. deutlich.

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für die Mangelernährung. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
Sich bewegen		
• Durch die Mangelernährung ist der	Die im Standard "Sturzprophylaxe" beschriebenen Maßnahmen werden	• Ein Sturz wird

Bewohner geschwächt. Dieses erhöht die Sturzgefahr.	umgesetzt. Insbesondere: • Jeder Bewohner sowie seine Angehörigen werden regelmäßig über das individuelle Sturzrisiko informiert. • Bei Bewohnern, die ihr Sturz- und Verletzungsrisiko grundlegend falsch einschätzen, erfolgt eine intensivere Beratung. • Bewohner werden angehalten, die Handläufe zu verwenden. • Bewohner werden zur Besonnenheit gemahnt. Hektische Bewegungen, etwa wenn das Telefon klingelt oder die Blase drückt, sind eine der Hauptursachen für Stürze. • Bewohner mit hohem Sturzrisiko werden aufgefordert, nicht die Treppe sondern den Aufzug zu nutzen.	vermieden.
Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten		
• Das Geruchs- und Geschmacksempfinden des Bewohners ist gestört.	• Gemeinsam mit dem Hausarzt wird geprüft, inwieweit etwaige körperliche Defizite medikamentös behandelt werden können. • Wir prüfen, ob durch eine Beimengung von Kräutern zu den Speisen die sensorischen Defizite ausgeglichen werden können. Wir halten Getränke beim Essen bereit, da durch die Kräuter das Durstgefühl gesteigert werden kann. • Ein beeinträchtigtes Geruchs- und Geschmacksempfinden kann durch optische Reize kompensiert werden. Die Gerichte werden daher besonders appetitlich angerichtet. • Ein Übermaß an Salz wird vermieden, da dieses Bluthochdruck auslösen kann und den Wasser- und Elektrolythaushalt beeinträchtigt. • Wir beachten, dass alte Menschen tendenziell einen süßen Geschmack bevorzugen und saure Lebensmittel mehr und mehr ablehnen.	• Durch den Geruch, Geschmack und optischen Eindruck der Speisen wird der Appetit des Bewohners geweckt.
• Der Bewohner ist abhängig von Medikamenten oder Alkohol. Die Droge wird zum Ersatz für die Nahrungsaufnahme.	• Die in den Standards vorgesehenen Maßnahmen werden umgesetzt. Insbesondere: ○ Im Rahmen der Biographiearbeit versuchen wir Ursachen für die Abhängigkeit zu finden (Vorbild der Eltern, Lebenskrisen usw.). ○ Wir regen die Teilnahme an entsprechenden Selbsthilfetreffen an. ○ Wir reden mit dem Bewohner offen über Gefühle, Konflikte und	• Der Bewohner beendet den Missbrauch von Alkohol und Medikamenten. Zumindest aber wird die Nahrungsaufnahme nicht mehr durch die Sucht behindert.

	○ Täuschungsversuche. ○ Suchtkranke neigen insbesondere in Zeiten der Entwöhnung zu einer hastigen Nahrungsaufnahme, in deren Folge sich Erstickungsanfälle und Aspirationen häufen können. Pflegekräfte sollten Bewohner daher dazu anleiten, nur kleinere Bissen zu sich zu nehmen und auf Pausen zu achten. ○ Sollte der Bewohner Laxanzien missbräuchlich nutzen, so wird die Dosierung schrittweise reduziert.	
• Der Bewohner hat zu viele Zähne verloren. • Der Zahnersatz sitzt schlecht und schmerzt. • Die Speichelsekretion lässt nach. Somit ist die Vorverdauung der Nahrung schon in der Mundhöhle gestört. • Es gibt schmerzhafte Entzündungen der Mundschleimhaut.	• Wir prüfen den korrekten Sitz der Zahnprothese. Wenn diese nicht mehr optimal eingesetzt werden kann, wird der Bewohner dem Zahnarzt vorgestellt. • Wenn die Prothese lediglich locker sitzt, kann durch das Auftragen von Haftcreme der Halt deutlich verbessert werden. • Der Bewohner sollte während des Essens ausreichend trinken, um die nachlassende Speichelsekretion zu kompensieren. • Falls notwendig wird mehrmals täglich eine Mundpflege durchgeführt. • Wir inspizieren regelmäßig den Zustand der Mundschleimhaut und leiten Maßnahmen ein, um Entzündungen abheilen zu lassen.	• Die Kaufähigkeit des Bewohners wird wieder hergestellt.
• Die Schluckbeschwerden bleiben, obwohl alle obigen Maßnahmen ausgeschöpft sind.	• Wir passen das Nahrungsangebot an. Etwa: ○ Die Brotrinde wird abgeschnitten. ○ Gemüse und Obst werden geschält. ○ Speisen werden püriert und nicht einfach weich gekocht. ○ Wir nutzen Frischkäse statt Hartkäse.	• Der Bewohner wird trotz Schluckbeschwerden angemessen ernährt.
• Der Bewohner leidet unter schweren Schluckstörungen (Dysphagie).	• Die im Standard "Pflege von Senioren mit Schluckstörungen (Dysphagie)" beschriebenen Maßnahmen werden umgesetzt. Insbesondere: ○ Der Bewohner sollte auf dünnflüssige Nahrungsmittel zunächst verzichten, da diese zu schnell durch den Mund fließen und schwerer zu kontrollieren sind.	• Die Schluckstörung wird gelindert. Der Bewohner kann wieder essen, ohne eine Aspiration oder Schmerzen zu befürchten.

	○ Der Bewohner sollte bevorzugt breiige und nicht krümelnde Speisen zu sich nehmen wie etwa Joghurt oder Kartoffelbrei. ○ Es sollten keine festen und flüssigen Lebensmittel zu einem Gericht vermischt werden. Problematisch ist etwa eine Suppe mit Einlage. ○ Unverzichtbar ist es, bei gefährdeten Bewohnern vor jeder Esseneingabe den Schluck- und Hustenreflex zu testen. ○ In Kooperation mit externen Therapeuten und dem behandelnden Hausarzt führen wir verschiedene Trainingsmaßnahmen durch. Insbesondere Schlucktraining und Trinktraining.	
• Der Bewohner leidet unter einem Tumor.	• Die Ernährung wird auf die aufzehrende Wirkung der Wucherungen angepasst, also insbesondere durch die Nutzung von hochkalorischen Speisen. • Wir achten darauf, dass schmerzlindernde Medikamente häufig den Appetit hemmen. • Wir rechnen stets mit dem Auftreten von depressiven Verstimmungen, die wiederum den Appetit mindern.	• Ein guter Ernährungszustand wird trotz Krebs so lange wie möglich aufrechterhalten.
• Der Bewohner leidet unter Erkrankungen des Verdauungstraktes, also etwa unter einem Ulkus oder Gastritis.	• Die Grunderkrankung wird in enger Kooperation mit dem Arzt behandelt. • Die in den Standards vorgesehenen Maßnahmen werden umgesetzt.	• Die Grunderkrankungen werden soweit behandelt, dass der Bewohner wieder Nahrungsmittel zu sich nehmen kann.
• Der Bewohner leidet unter Ödemen, Beinkrämpfen und Blutarmut als Folge des Eiweißmangels. • Der Bewohner leidet unter Rhagaden an den Mundwinkeln und Störungen des Nagel- und Haarwuchses als Folge des Eisenmangels.	• Der Bewohner wird dem Hausarzt vorgestellt. • Ggf. kann die Symptomatik durch Nahrungsmittelergänzungspräparate gemildert werden.	• Die Gesundheit des Bewohners wird geschützt.
• Der Bewohner ist bedingt durch das Untergewicht sehr anfällig für Druckgeschwüre.	• Alle Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe werden sorgfältig umgesetzt. Insbesondere die Lagerung von immobilen Bewohnern hat höchste Priorität.	• Der Bewohner wird vor einem Dekubitus geschützt. • Vorhandene

	Bei vorhandenen Wunden werden frühzeitig wirksame Wundauflagen genutzt, etwa auf Hydrogel-Basis.	Druckgeschwüre heilen trotz des Untergewichts schnell ab.
Das Gewicht des Bewohners schwankt häufig. Der Bewohner nimmt in kurzen Zeitabständen zu und wieder ab.	- Der Ernährungszustand des Bewohners wird engmaschig überwacht. - Die Hauswirtschaftskräfte dokumentieren die Art und Menge der konsumierten Speisen. - Wir berechnen wöchentlich den Body-Mass-Index. Bei gesundheitlichen Veränderungen wird diese Berechnung in noch kürzeren Zyklen durchgeführt.	- Die Ernährungssituation des Bewohners ist jederzeit bekannt. - Eine bedrohliche Veränderung wird schnell erkannt und angemessen behandelt.
Der Bewohner nimmt verschriebene Medikamente ein, zu deren Nebenwirkungen auch eine Appetitminderung zählt.	- Wir prüfen mit dem Hausarzt, ob alternative Wirkstoffe eingesetzt werden können. - Wenn dieses nicht praktikabel ist, lässt sich häufig der Einnahmezeitpunkt variabel anpassen; also versetzt zu den Mahlzeiten.	Der Appetit des Bewohners wird nicht durch Medikamente beeinträchtigt.
Essen und trinken		
Die Bewegungseinschränkungen führen dazu, dass der Bewohner eigenständig keine Nahrung zu sich nehmen kann. Die Hilfe durch die Pflegekraft wird ungern angenommen, lieber verzichtet der Bewohner trotz Hungergefühl auf das Essen.	- Die vorhandenen Ressourcen werden konsequent genutzt, um dem Bewohner eine eigenständige Nahrungsaufnahme zu ermöglichen. Wir nutzen dafür etwa spezielle Becher oder Besteck mit vergrößerten Griffflächen. - Der Bewohner wird ermuntert, die Hilfestellung anzunehmen. Dieses ist zunächst Aufgabe der Bezugspflegekraft. Nimmt der Bewohner die Unterstützung an, können nach und nach auch andere Pflegekräfte das Essen eingeben.	Der Bewohner nutzt das verbliebene Bewegungspotential, um möglichst selbständig zu essen.
Das Sättigungsgefühl setzt zu früh ein. Der Bewohner ist nach deutlich zu wenig Nahrung bereits satt.	- Wir trainieren mit dem Bewohner und animieren ihn, trotz vermeintlichem Sättigungsgefühl Nahrung zu sich zu nehmen. - Das Training wird so lange fortgesetzt, bis das Sättigungsgefühl erst nach einer hinreichenden Speisemenge einsetzt.	Das Sättigungsgefühl setzt erst ein, wenn der Bewohner ausreichend gegessen hat.
Der Tagesablauf des Bewohners folgt keinem festen Schema. In der Folge isst er zu unregelmäßigen Zeiten.	Wir helfen dem Bewohner bei der Entwicklung eines festen Tagesablaufes. Dabei spielen die Mahlzeiten als Orientierungspunkte die zentrale Rolle. Dieses kann etwa über bestimmte Rituale erfolgen, z.B. das obligatorische Frühstücksei	Der Bewohner lebt nach einem festen Tagesschema. Er isst zu festen Zeiten und dann gleich bleibende Mengen.

	jeden Morgen.	
Die Ernährungsvorlieben des Bewohners sind nicht bekannt.	- Die Ernährungsvorlieben des Bewohners werden beim Einzug erfragt und dokumentiert. Wir erfassen soweit möglich Nahrungsunverträglichkeiten und Allergien. - Dafür arbeiten wir ggf. eng mit den Angehörigen sowie dem Hausarzt zusammen. - Liebblingsgerichte der Bewohner werden soweit möglich auf der Speisekarte berücksichtigt. Wir beteiligen den Heimbeirat an der Planung. - Jeder Bewohner hat täglich die Wahl zwischen mindestens zwei verschiedenen Gerichten.	Der Bewohner erhält Speisen, die er mag und die er gut verträgt.
Der Kalorienkonsum ist zu gering.	- Wir stellen sicher, dass unsere Speisen an die Besonderheiten der Ernährung von Senioren angepasst sind: - o rund 15 Prozent Eiweißanteil - o höchstens 30 Prozent Fett - o rund 55 Prozent Kohlenhydrate - o vitaminreich - o frische Zutaten - o angenehme Präsentation - o leicht zu kauen - o gut verdaulich - Wir prüfen, ob der Bewohner Kuchen mag. Ggf. bieten wir in Maßen dem Bewohner dieses Süßgebäck an. - Wir bevorzugen Lebensmittel mit einem geringen Ballaststoffanteil, da diese sehr langsam ein Sättigungsgefühl auslösen. - Wir vermeiden Lebensmittel, die bei dem Bewohner zu unerwünschten Nebenwirkungen führen, wie ggf. Kohl, Hülsenfrüchte, Knoblauch usw. - Wir prüfen, ob der Bewohner ggf. kleinere Portionen wünscht, die dafür häufiger am Tag angeboten werden. - Es stehen zudem stets Zwischenmahlzeiten für den Bewohner bereit, etwa Obst, Jogurt oder Quark. Wir animieren den Bewohner, diese zu essen. - Wir erfragen die Liebesspeisen des Bewohners. Wir vermeiden es, dem Bewohner Nahrungsmittel anzubieten, die dieser nicht mag. - Wir suchen ggf. den Rat einer externen Ernährungsberaterin. - Soweit möglich wird die Flüssigkeitszufuhr vor den Mahlzeiten reduziert. Wir vermeiden damit, dass die Flüssigkeit allein	Der Bewohner erreicht Normalgewicht.

	bereits ein Sättigungsgefühl auslöst. • Wir geben Bewohnern die Möglichkeit, selbst etwas zu kochen oder zu backen. • Ggf. kann es sinnvoll sein, dem Bewohner einen Aperitif oder ein kleines Glas Wein anzubieten, um den Appetit anzuregen. • Bei untergewichtigen Bewohnern wird der Einsatz von hochkalorischer Nahrung erwogen und mit dem Arzt diskutiert.	
• Der Bewohner folgt Diätvorschlägen, die weder mit dem Hausarzt noch mit uns abgesprochen sind.	• Wir suchen den Dialog mit dem Bewohner und erläutern ihm die Risiken einer eigenmächtigen Diät. • Soweit die Motivation nachvollziehbar ist (etwa Nahrungskarenz während der kirchlichen Fastenzeit), suchen wir nach Wegen, die keine gesundheitliche Gefährdung mit sich bringen. • Der Nutzen von sog. "Vorsorgediäten", etwa gegen Demenz oder Krebs, ist gering. Die Vorteile dieser Diäten sind deutlich geringer als die Risiken der Mangelernährung. • Bei mangelnder Kooperation suchen wir den Kontakt zum Hausarzt und regen ein gemeinsames Vorgehen an.	• Die Gesundheit des Bewohners wird nicht durch übertriebene oder unangepasste Diäten gefährdet.
• Trotz intensiver Bemühungen und dem Ausschöpfen aller hier genannten Optionen nimmt der Bewohner weiter ab.	• Als allerletzte Möglichkeit erwägen wir die Implantation einer Magensonde. • Auch bei einer gelegten Magensonde überprüfen wir permanent, ob der Bewohner nicht doch wieder oral Nahrung zu sich nehmen kann. Letztlich kann häufig die Magensonde wieder entfernt werden.	• Ein Versterben des Bewohners aufgrund von Nahrungsmittelmangel wird vermieden (Ausnahme Sterbeprozess).
Ausscheiden		
• Der Bewohner leidet unter Blähungen oder Völlegefühl. Um diese Beschwerden zu vermeiden, schränkt er den Nahrungsmittelgenuss ein.	• Die Ursachen der Beschwerden sollten vom Hausarzt untersucht werden. Dieses ist insbesondere bei wiederholtes Sodbrennen zwingend erforderlich. • Bei einer leichten Symptomatik helfen entblähende Getränke wie Anis- oder Fencheltee. • Wir legen Wickel oder Auflagen auf den Bauch und regen damit den Stoffwechsel in den gastrointestinalen Organen an. • Ggf. kann ein Darmrohr starke Blähungen abmildern. • Der Bewohner sollte nach jeder Mahlzeit eine Ruhepause einlegen.	• Die Beschwerden klingen ab. Der Bewohner kann wieder ohne Angst essen.

Sich kleiden		
Der untergewichtige Bewohner friert leicht und ist anfällig für Infektionen.	Wir stellen sicher, dass der Bewohner stets angemessen bekleidet ist; insbesondere im Herbst und Winter.	Der Bewohner ist vor Infektionen geschützt.
Soziale Bereiche des Lebens sichern		
Der Bewohner wird durch die Tischgemeinschaft beim Essen gestört, etwa aufgrund von zwischenmenschlichen Spannungen.	- Wir prüfen, ob ein Wechsel der Tischgemeinschaft sinnvoll ist. - Der Bewohner sollte nach Möglichkeit nicht allein essen.	Der Bewohner fühlt sich wohl beim Essen und isst gerne.
- Der Bewohner hat im Speisesaal keinen Appetit, weil es ihm dort zu laut und zu unruhig ist. - Er steht unter Stress, weil er es aufgrund seiner Biographie gewöhnt ist, allein zu essen.	- Wenn alle Versuche scheitern, ihn an die Tischgemeinschaft zu gewöhnen, ist es besser, dass er sein Essen in seinem Zimmer zu sich nimmt. - Ggf. ist diese zurückgezogene Mahlzeit auch nur bei bestimmten Mahlzeiten notwendig. So könnte zumindest das Frühstück im Kreis der Gemeinschaft eingenommen werden.	Der Bewohner isst ausreichend.
Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
Der Bewohner leidet unter Kummer oder Depressionen. Er zieht sich zurück und schränkt auch den Nahrungskonsum ein.	- Die im Standard "Depressive Störungen und Suizidprävention" beschriebenen Maßnahmen werden durchgeführt. Dazu zählen insbesondere: - Depressionen werden frühzeitig im Dialog mit Bewohnern angesprochen. Dem Bewohner wird verdeutlicht, dass Depressionen keine normale und unausweichliche Alterskrankheit sind. - Angehörige und Betreuer werden auf etwaige Depressionen angesprochen und um weitere Informationen gebeten. Der Datenschutz wird dabei stets gewahrt. - Bei körperlichen Beeinträchtigungen wird immer auch deren Einfluss auf das Depressionsrisiko in Betracht gezogen. Etwa: Unterfunktion der Schilddrüse, Elektrolytstörung, Herzinsuffizienz usw.	Psychische Erkrankungen werden korrekt erkannt und behandelt, bevor sich diese deutlich auf den Ernährungszustand auswirken.
Der Bewohner verweigert	Die im Standard "Verhalten bei Nahrungsverweigerung" beschriebenen Maßnahmen werden	Der Bewohner beendet die Nahrungsverweigerung

die Nahrungsaufnahme.	durchgeführt. Dazu zählen insbesondere: ○ Im persönlichen Dialog mit dem Bewohner versuchen die Pflegekräfte und insbesondere die Bezugspflegekraft ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. ○ Wir machen dem Bewohner klar, welche körperlichen und seelischen Folgen eine anhaltende Nahrungsverweigerung auslösen kann. ○ Wir versuchen zu erkennen, mit welchen Maßnahmen wir den Bewohner unterstützen und zu mehr Lebensmut verhelfen können. ○ Wenn der Bewohner die Nahrungszunahme dauerhaft verweigert und sein Leben bedroht ist, werden der Arzt, Angehörige, Betreuer und ggf. das Amtsgericht informiert.	rung.
• Der Bewohner isst nicht aufgrund von religiösen oder weltanschaulichen Beschränkungen.	• Wir beachten religiöse Vorschriften hinsichtlich der Nahrungsauswahl und -zubereitung. Wenn wir in diesem Punkt nicht sicher sind, ziehen wir einen Geistlichen der entsprechenden Konfession zu Rate. Im Dialog mit dem Bewohner versuchen wir, versteckte Befürchtungen zu zerstreuen (etwa die Angst von Muslimen, dass ihnen Schweinefleisch angeboten wird). Genauso sensibel beachten wir die Wünsche etwa von Vegetariern.	• Der Bewohner isst wieder. Gleichzeitig werden seine weltanschaulichen und religiösen Ansichten ernst genommen.
• Der Bewohner nimmt das Risiko nicht ernst.	• Wir verdeutlichen, dass Untergewicht nicht einfach als normale Konstitution verharmlost werden kann. Auch wenn schon der Vater und Großvater sehr dünn waren, ist dieses keine Begründung für das eigene Untergewicht. • Wir erklären dem Bewohner, dass mit jedem dauerhaft verlorenen Kilo das Risiko steigt, dass sich die Pflegebedürftigkeit ausweitert. • Dem Bewohner wird dargelegt, dass extremes Untergewicht das Sterblichkeitsrisiko massiv erhöht und die Heilungsaussichten, etwa nach einem Schenkelhalsbruch deutlich verschlechtert.	• Der Bewohner erkennt, dass seine Gesundheit durch das Untergewicht gefährdet wird. Er ändert sein Verhalten.

Standardpflegeplan "Dehydratationsprophylaxe"

Der Mensch benötigt rund zwei Liter Flüssigkeit pro Tag, um den Verlust von Wasser durch Miktion (Wasserlassen), Defäkation (Stuhlentleerung), Transpiration (Schweiß) und Respiration (Atmung) zu kompensieren. Wird die dem Körper entzogene Flüssigkeit nicht ersetzt, kommt es zu einem Defizit im Wasser- und Elektrolythaushalt ("Dehydratation" oder "Exsikkose"). Vor allem Senioren sind gefährdet. Die Hauptgründe dafür:

- Das Durstgefühl älterer Menschen ist vermindert.
- Der Wasseranteil im Körper nimmt mit steigendem Lebensalter ab.

Weitere Faktoren erschweren es pflegebedürftigen Menschen, eigenständig zu trinken:

- Fixierungen, etwa aufgrund motorischer Unruhe oder Selbstgefährdung
- Lähmungen (Hemiplegie oder Fazialisparese)
- Schluckstörungen
- Sehbehinderungen
- mangelnde Einsicht, etwa in Folge dementieller Erkrankungen
- mangelnder Lebenswille

Eine Dehydratation hat gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit der Bewohner:

- stehende Hautfalten, "Pergamenthaut"
- trockene, belegte Zunge
- Appetitlosigkeit
- Verwirrtheit
- Obstipation
- Verlangsamung der Stoffwechselvorgänge
- Konzentrationsschwäche
- Antriebslosigkeit
- Abwehrschwäche
- unerwartete Neben- und Wechselwirkungen von bislang gut verträglichen Medikamenten.

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für die Dehydratationsprophylaxe. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
Sich bewegen		
• Der Bewohner will trinken, erreicht aber das Trinkgefäß aufgrund der eingeschränkten Mobilität häufig nicht. • Die notwendige Feinmotorik zum	• Wir prüfen, ob der Bewohner nicht doch in der Lage ist, selbständig zu trinken. Wir bieten ihm dafür Getränke in entsprechenden Gefäßen an, etwa ein Becher mit zwei Griffen bei einem Bewohner mit Tremor. • Wir nutzen keine Gefäße mit kleinen Schraubverschlüssen oder in Kartonverpackungen.	• Der Bewohner kann das Trinkgefäß erreichen und öffnen. Die vorhandenen Fähigkeiten werden erhalten und ausgebaut.

Öffnen von verpackten Getränken ist nicht mehr vorhanden.	- Wir füllen die Gefäße nicht bis zum Rand, da diese dann schwerer zu handhaben sind. - Wir achten konsequent darauf, dass das Trinkgefäß in Griffreichweite des Bewohners abgestellt wird. - Bei Bewohnern, die sich nicht mehr aufrichten können, nutzen wir Becher mit Rückschlagventil.	
Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten		
Der Flüssigkeitsmangel senkt die Elastizität der Haut.	Wir führen eine konsequente Dekubitusprophylaxe durch, da das Risiko bei Flüssigkeitsmangel deutlich steigt.	Der Bewohner ist vor Druckgeschwüren geschützt.
Die Schleimhäute des Atmungssystems trocknen aus.	Die Maßnahmen zur Pneumonieprophylaxe werden intensiviert, da die Selbstreinigungsfähigkeiten der Lunge beeinträchtigt sind.	Der Bewohner erleidet keine Lungenentzündung.
Der Bewohner leidet unter akuten Verwirrheitszuständen. Er droht zu stürzen.	Alle im Standard "Sturzprophylaxe" definierten Maßnahmen werden durchgeführt. Insbesondere erfolgt eine eindringliche Information über die Gesundheitsrisiken.	Der Bewohner erleidet keinen Sturz.
Eine Thrombose droht, da das Verhältnis zwischen flüssigen und festen Blutbestandteilen verschoben ist.	Wir achten auf eine fundierte Thromboseprophylaxe. Die Maßnahmen sind im entsprechenden Standard beschrieben.	Der Bewohner erleidet keine Thrombose.
Der Mundraum ist soweit geschädigt, dass der Flüssigkeitskonsum mit Schmerzen verbunden ist.	- Der Bewohner wird ggf. dem Hausarzt oder dem Facharzt vorgestellt. - Der Sitz der Zahnprothese wird überprüft. - Die Maßnahmen zur Mundpflege werden konsequent durchgeführt.	Der Bewohner hat keine Schmerzen bei der Flüssigkeitsaufnahme.
Der Bewohner hat starke Schmerzen (etwa in den Armen, Beinen usw.), die das Durstgefühl überlagern.	- Wir drängen beim Hausarzt auf eine angemessene Schmerzbehandlung. - Weitere Maßnahmen sind im Standard "Schmerzmanagement" beschrieben.	Die Schmerzbelastung ist soweit reduziert, dass der Bewohner den Durst wieder spürt.
Der Bewohner leidet an den Folgen eines Schlaganfalls, darunter auch Schluckstörungen.	- Der Bewohner erhält ggf. ein Schlucktraining. - Die Maßnahmen des entsprechenden Standards werden sorgfältig umgesetzt.	Der Bewohner nimmt trotz Schluckstörungen ausreichend Flüssigkeit zu sich.

• Der Bewohner leidet an massivem Erbrechen. • Der Bewohner schwitzt stark, weil er Fieber hat. • Der Bewohner leidet an Diarrhö (Durchfall). • Der Bewohner hat Blutungen, großflächige oder extrem nässende Wunden. • Der Bewohner leidet unter Stoffwechselstörungen, wie etwa einer nicht oder unzureichend behandelten Diabetes. • Die Niere des Bewohners kann Wasser nicht resorbieren (Diabetes insipidus).	• Die entsprechenden Grunderkrankungen müssen behandelt werden. Der Bewohner wird dazu frühzeitig einem Arzt vorgestellt. • Es wird eine genaue Krankenbeobachtung durchgeführt. • Verordnete Medikamente werden gewissenhaft verabreicht.	• Der Flüssigkeitsverlust durch Grunderkrankungen wird reduziert.
Essen und trinken		
• Der Bewohner verspürt auch bei Flüssigkeitsmangel kein Durstgefühl.	• Wir stellen einen Wecker, der den Bewohner im Stundentakt an das Trinken erinnert. • Pflegekräfte erinnern den Bewohner bei jedem Betreten des Zimmers daran, dass dieser trinken soll. • Soweit ein gutes Verhältnis zum Bettnachbarn besteht, bitten wir diesen, ebenfalls den Bewohner an das Trinken zu erinnern.	• Der Bewohner trinkt auch ohne Durstgefühl regelmäßig.
• Dem Bewohner sind die Risiken einer unzureichenden Flüssigkeitsversorgung nicht bewusst.	• Wir erläutern dem Bewohner die Zusammenhänge zwischen Stoffwechsel, Blutkreislauf, Nierenfunktionen und ableitenden Harnwegen.	• Dem Bewohner wird klar, welche Gesundheitsrisiken drohen.
• Der Flüssigkeitsbedarf kann durch trinken allein nicht gedeckt werden.	• Wir bieten dem Bewohner Gemüse und Obst mit hohem Wasseranteil an, etwa Wassermelonen, Mandarinen oder Orangen. • Der Bewohner erhält Milch-, Gemüse- oder Fleischsuppen. • Wir bieten dem Bewohner Götterspeise an, da diese fast komplett aus Wasser besteht.	• Die Nahrungszufuhr wird genutzt, um gleichzeitig auch die Flüssigkeitsversorgung zu sichern.
• Eine orale Flüssigkeitsversorgung ist trotz aller Anstrengungen nicht	• Wir prüfen die Notwendigkeit einer enteralen Versorgung per Sonde oder eine rektale Infusion. • Wir prüfen, ob Flüssigkeit über einen	• Es werden wirksame Alternativen zur oralen Flüssigkeitsversorgung gefunden und

möglich.	intravenösen oder subkutanen Zugang verabreicht werden muss.	genutzt.
Die Flüssigkeitsmenge, die der Bewohner zu sich nimmt, ist nicht bekannt.	- Wir legen ein Einfuhrprotokoll an. - Sofern der Bewohner dazu in der Lage ist, wird er aufgefordert, selbständig in das Protokoll einzutragen. - Wir vertrauen nicht ausschließlich auf die Werte des Einfuhrprotokolls, da in vielen Fällen unbemerkt getrunken wird. - Ggf. wird eine komplette Ein- und Ausfuhrbilanzierung durchgeführt.	Die konsumierte Flüssigkeitsmenge wird korrekt bestimmt.
Der Bewohner mag die angebotenen Getränke nicht und trinkt deshalb zu wenig.	- Wir erfragen die Vorlieben des Bewohners und berücksichtigen diese beim Getränkeangebot. - Wenn der Bewohner dementiell erkrankt ist, befragen wir dessen Angehörige. - Ideale Flüssigkeitslieferanten sind Wasser, Tee und verdünnte Fruchtsäfte. Große Mengen an schwarzem Tee sowie Alkohol sollten vermieden werden. - Vor allem den Konsum von Mineralwasser versuchen wir durch gezielte Information zu steigern. Es enthält wertvolle Minerale, während schädliche Zusatzstoffe wie Zucker oder Farbstoffe fehlen. - Abgestandene Getränke werden entsorgt und ersetzt.	- Dem Bewohner werden Getränke angeboten, die ihm schmecken und die er deshalb in größeren Mengen konsumiert. - Es werden hauptsächlich "gesunde" Getränke konsumiert.
Der Bewohner ist nicht motiviert, ausreichend zu trinken.	- Wir bieten dem Bewohner die Getränke ggf. in kleinen Portionen an, dann allerdings häufiger. - Wir animieren den Bewohner dazu regelmäßig zu trinken; dieses nicht nur im Rahmen der Hauptmahlzeiten, sondern auch davor und danach. - Wir lassen dem Bewohner ausreichend Zeit zum Trinken. Er soll sich nicht gehetzt fühlen. - Wir vermeiden es, mehrere Flaschen (gefüllt oder leer) auf dem Beistelltisch stehen zu lassen. Ein "Flaschen-Spalier" könnte abschreckend wirken. - Eine Überversorgung bei der Wahl des Gefäßes ist zu vermeiden. Wenn der Bewohner nicht zwingend eine Trinkhilfe benötigt, wird ihm auch keine angeboten. - Wir prüfen, ob der Bewohner kooperativer ist, wenn die Flüssigkeitszunahme mit der Einnahme von Medikamenten verbunden wird. Ggf. sollte die Medikamentenversorgung so umgestellt werden, dass Arzneien mit viel Wasser genommen werden müssen, etwa in Form von	Der Bewohner ist motiviert, die notwendige Flüssigkeitsmenge zu sich zu nehmen.

	Brausetabletten und mehreren kleinen Dosen statt einer großen. • Wir beziehen die Angehörigen und Freunde in unsere Versuche ein. Oftmals sind die Bewohner dann kooperativer. • Ggf. ist es sinnvoll, gemeinsam mit dem Bewohner zu trinken. Die Pflegekraft nimmt also ihre eigene Wasserflasche mit in das Bewohnerzimmer. • Wir achten darauf, ob Bewohner die angebotenen Getränke heimlich entsorgen (etwa in den Blumentopf oder eine Vase).	
• Der Bewohner will trinken, kann es aber aufgrund körperlicher Einschränkungen nicht allein. • Er will dem Pflegepersonal keine unnötige Arbeit machen und verzichtet auf das Trinken.	• Wir verdeutlichen dem Bewohner, dass es uns weniger Arbeit macht, ihm regelmäßig ein Getränk einzugeben, als später die Folgen der Dehydratation zu behandeln. • Bei sehr geschwächten Bewohnern bieten wir ggf. Getränke mit Strohhalm an. • Ggf. geben wir dem Bewohner die Flüssigkeit mit dem Löffel ein. • Bewohnern, die nicht mehr in der Lage sind selbständig zu trinken, bieten wir Getränke vor und nach jeder pflegerischen Maßnahme an.	• Der Bewohner weiß, dass wir ihm gerne bei der Flüssigkeitsaufnahme helfen.
• Der Bewohner hat Angst, sich zu verschlucken und reduziert aus diesem Grund seinen Flüssigkeitskonsum.	• Wir bieten dem Bewohner an, die Aspirationsprophylaxe zu intensivieren. • Wir verdeutlichen, welche Gefahren mit dem Verzicht auf Flüssigkeitszufuhr verbunden sind.	• Der Bewohner hat keine Angst vor dem Schlucken.
Ausscheiden		
• Der Bewohner trinkt zu wenig, weil er eine Inkontinenz oder eine Nykturie vermeiden will.	• Wir erklären dem Bewohner, dass er mit mangelhaftem Flüssigkeitskonsum im Gegenteil eine Inkontinenz auslösen kann, da konzentrierter Harn die Blasenwand reizen kann und eine Dranginkontinenz verursacht. • Wir erläutern dem Bewohner, dass Inkontinenz keine Erkrankung ist, derer man sich schämen müsste. Wir zeigen ihm, wie eine Inkontinenz im Fall der Fälle behandelt werden kann. • Wir erklären dem Bewohner, dass sich eine Nykturie durch das Trinkverhalten nur bedingt vermeiden lässt. Gleichwohl verlegen wir ggf. den Konsum großer Flüssigkeitsmengen auf den Morgen und den Mittag und reduzieren den Konsum zum Abend hin.	• Der Bewohner korrigiert sein Verhalten und trinkt ausreichend.

• Der Bewohner nimmt Diuretika (entwässernde Medikamente). • Der Bewohner nimmt Laxantien (Abführmittel), die dem Körper Flüssigkeit entziehen.	• Wir suchen den Kontakt mit dem Hausarzt. Gemeinsam wägen wir ab, ob der Nutzen der Diuretika den Verlust an Flüssigkeit aufwiegt. • Wir schlagen dem Bewohner vor, auf die Einnahme von Laxantien zu verzichten. Stattdessen führen wir eine fundierte Obstipationsprophylaxe durch.	• Der Bewohner nimmt nur solche Medikamente ein, deren Nutzung medizinisch indiziert ist.
• Der Bewohner hat einen Blasenverweilkatheter.	• Wir führen eine konsequente Inkrustationsprophylaxe durch. • Die Harnausscheidung wird konsequent überwacht.	• Die Nutzung des Blasenverweilkatheters verläuft komplikationsfrei.
• Der Bewohner läuft Gefahr, an einer Zystitis zu erkranken.	• Wir verdeutlichen dem Bewohner, wie er durch angemessenes Trinkverhalten die Gefahr einer Blasenentzündung reduzieren kann. • Wir setzen die im Standard "Zystitisprophylaxe" beschriebenen Maßnahmen sorgfältig um.	• Der Bewohner erleidet keine Zystitis.
Sich kleiden		
• Der Bewohner kleidet sich in den heißen Sommermonaten zu warm und schwitzt deshalb.	• Gemeinsam mit den Angehörigen wirken wir auf den Bewohner ein, damit sich dieser angemessen kleidet.	• Der Bewohner kleidet sich bei hohen Temperaturen sommerlich.
Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
• Der Bewohner verweigert die Flüssigkeitszunahme, da er den Lebensmut verloren hat.	• Wir überprüfen, ob eine Demenz, eine Depression oder eine Psychose vorliegen können. Ggf. wird der Bewohner einem Arzt vorgestellt. • Wir setzen die Maßnahmen um, die in den jeweiligen Standards beschrieben sind.	• Falls Krankheiten die Flüssigkeitsverweigerung auslösen, werden diese frühzeitig erkannt und angemessen behandelt.
• Der Bewohner liegt im Sterben und trinkt nicht mehr ausreichend.	• Wir versuchen, durch Hinwendung zumindest ein Minimum an Flüssigkeit einzugeben. • In den letzten Stunden des Lebens kann ggf. auf eine parenterale Flüssigkeitsversorgung verzichtet werden. Es kann ein Lungenödem entstehen, das den Sterbeprozess unnötig schmerzhaft macht.	• Der Bewohner kann ohne Schmerzen sterben.

Standardpflegeplan "Diabetes mellitus"	
Definition	Die Zuckerkrankheit ist die häufigste endokrine Störung. Es liegt eine Glukose-Stoffwechselstörung vor. Das gemeinsame Kennzeichen aller Typen ist ein absoluter oder relativer Mangel an Insulin. Die Weltgesundheitsorganisation unterscheidet verschiedene Typen. Die wichtigsten sind: Typ I: • Der insulinabhängige Diabetes mellitus: Es handelt sich überwiegend um schlanke Kinder und Jugendliche oder jüngere Erwachsene mit unzureichender Insulineigenproduktion oder absolutem Insulinmangel, so dass in jedem Fall Insulin zugeführt werden muss. • Ursachen: ○ Ein Zusammenspiel von Erbfaktoren, Virusinfekt (Mumps / Masern) und einer Autoimmunerkrankung wird angenommen. Die Ursachen sind bisher noch nicht abschließend geklärt. • Behandlung: ○ Insulininjektionen und diabetesgerechte Ernährung Typ II: • Der insulinunabhängige Diabetes mellitus: Diese Form tritt überwiegend bei Erwachsenen und besonders bei älteren Menschen auf - häufig, aber nicht zwingend in Verbindung mit Übergewicht. Gleichzeitig liegen daneben noch weitere Krankheiten wie etwa Fettstoffwechsel- und / oder Harnsäurestoffwechselstörungen sowie Hypertonie vor. • Die Ursache für Diabetes mellitus Typ II ist eine angeborene oder erworbene Insulinresistenz der Zielzellen mit einem relativen Insulinmangel, der wiederum zu einer gestörten Glukoseverwertung führt. • Behandlung: ○ diabetesgerechte Ernährung und Bewegung / Sport, wenn das nicht zum Erfolg führt, dann ○ orale Antidiabetika, wenn diese nicht ausreichen, dann ○ Insulininjektionen Risikofaktoren Typ II: • Adipositas (Übergewicht) • fett- und kohlenhydratreiches Essen • Bewegungsmangel • genetische Disposition zur Insulinresistenz Häufig haben Betroffene die Risikofaktoren in sich vereint: Im so genannten metabolischen Syndrom (auch das "tödliche Quartett" genannt). • stammbetonte Adipositas • Diabetes mellitus • arterielle Hypertonie • Hypertriglyceridämie (erhöhte Blutfettwerte) Leitsymptome aller Typen: • Hyperglykämie • Glukosurie • Polyurie

- Polydypsie
- Exsikkose
- Azeton im Urin
- gesteigerte Lipolyse (Fettstoffwechsel)
- Fettleber
- Gewichtsverlust

Die am häufigsten auftretenden Schädigungen und Spätfolgen:

- rezidivierende Harnwegsinfekte
- häufige Pilzinfektionen
- Arteriosklerose
- diabetische Neuropathie mit Parästhesien, nächtlichen Wadenkrämpfen, Blasenstörungen, Impotenz
- Necrobiosis lipoidica diabetorum (typische Hautveränderungen bevorzugt vor der Schienbeinkante mit gelblich-rötlichen bis braunen Verfärbungen, die ulzerieren können)
- Retinopathia diabetica (Mikroangiopathie des Augenhintergrundes, schlimmstenfalls droht die Erblindung)
- diabetische Mikroangiopathie (Verschluss der kleinsten arteriellen Gefäße)
- diabetische Nephropathie (Schädigung der glomerulären Kapillaren der Niere bei langjährigem bestehenden Diabetes mellitus) Folge ist häufig eine Niereninsuffizienz, die mit Dialysepflicht enden kann
- diabetische Makroangiopathie
- diabetisches Gangrän
- Gedächtnisschwäche
- Müdigkeit
- Leistungsabfall

Diabetisches Koma:

Bei dem diabetischen Koma handelt es sich um einen lebensbedrohlichen Zustand, bei dem der Blutzuckerwert extrem hoch ist. Unterschieden werden das ketoazidotische Koma (häufig bei Typ I Diabetikern) und das hyperosmolare Koma (häufig bei Typ II Diabetikern).

Das diabetische Koma tritt nicht sofort auf, sondern es entwickelt sich langsam über Tage. Es ist gekennzeichnet durch:

- Erbrechen
- Übelkeit
- Appetitlosigkeit
- gesteigerter Durst
- häufiges Wasserlassen
- Sehstörungen
- Kopfschmerzen
- Müdigkeit bis hin zur Somnolenz (schläfriger Zustand, Betroffener kann aber durch äußere Reize noch geweckt werden)
- Schwindel
- Atemnot
- Hypotonie
- Tachykardie
- metabolische Azidose (Übersäuerung) einhergehend mit Kussmaul-Atmung bei einem ketoazidotischen Koma
- Dehydratation: Haut und Schleimhäute ausgetrocknet, stehende Hautfalte
- Muskulatur schlaff
- Augäpfel sind weich

	Schock durch Unterzuckerung (Hypoglykämie): Von einer Hypoglykämie wird gesprochen, wenn der Zuckergehalt im Blut zu niedrig liegt (< 50 mg/dl). Bei einem hypoglykämischen Schock zeigen sich Schocksymptome wie etwa: • Eintrübung des Bewusstseins bis hin zur Bewusstlosigkeit mit Krampfneigung • feucht-blasse Haut • Neigung zum Schwitzen • Tachykardie mit Herzklopfen • ggf. unauffälliger Blutdruck Die Unterzuckerung entwickelt sich relativ schnell in wenigen Stunden.	
Pflegerische Maßnahmen:	Folgende Maßnahmen sind zu ergreifen nach Heimeinzug oder zu Beginn der Pflege: • Erstellen eines individuellen Pflegeplanes mit allen bei dem Betreffenden notwendigen grund- und behandlungspflegerischen Maßnahmen einschließlich der Prophylaxen • Information und Aufklärung des Bewohners / Patienten und seiner Angehörigen • Beschaffung von geeigneten Hilfsmitteln • Einbezug von Krankengymnasten, Ergotherapeuten und Logopäden • Informationsweitergabe an alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten	
Pflegeproblem:	Pflegemaßnahmen:	Pflegeziel:
AEDL: vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten		
	• Bewohner soll immer einen Notfallausweis bei sich tragen • Bewohner soll immer Traubenzucker bei sich tragen	• Leben retten • Folgeschäden minimieren bzw. vermeiden • ggf. erkennt der Bewohner selbst die Symptome einer Unter- bzw. einer Überzuckerung und greift rechtzeitig ein
Notfallmaßnahmen:		
• Bewohner erleidet ein diabetisches Koma unter Umständen ist Aceton im Urin nachweisbar	• Notarzt verständigen • sofern möglich bei Aceton im Urin Bewohner mit viel Flüssigkeit versorgen • ggf. stabile Seitenlage, freimachen und freihalten der Atemwege • ständige Vitalwerteüberwachung, RR, Puls und Atmung • Info an den Arzt über alle bisher abgelaufenen Maßnahmen sowie über die gemessenen Vitalwerte und zum Abschluss Dokumentation des Ablaufes	
• Bewohner erleidet einen Schock durch Unterzuckerung	• Bei einem Wert unter 80 mg/dl entsprechend des Diabetikertyps kein oder nur eine reduzierte Menge Insulin spritzen. Gefahr der Unterzuckerung. • Bewohner Traubenzucker oder ein Glas Saft geben und nach einer Viertelstunde BZ erneut messen. Im	

	Zweifel behandelnden Arzt fragen.	
Bewohner erleidet einen Schock durch Unterzuckerung	- BZ-Wert messen (in der Regel unter 40 mg/dl) - Bewohner ist handlungsunfähig, Bewusstsein kann eingetrübt sein bis hin zur Bewusstlosigkeit, Notarzt verständigen - Notarzt legt einen intravenösen Zugang für eine Glukoselösung - ggf. Krankenhauseinweisung	
Bewohner ist bewusstlos, Ursache unbekannt	- BZ-Wert messen - kein Insulin geben bei unklarer Ursache - reine Glukose also z.B. Traubenzucker in die Backentasche geben, Wirkung abwarten. (Es darf kein Würfelzucker bei einer Therapie mit Acarbose, z.B. Glucobay, verabreicht werden, dieser wird nicht vom Körper aufgenommen und ist damit unwirksam.) - bewusstlosen Bewohner niemals allein lassen - in der Zeit den Notarzt verständigen - Info: Insulin kann bei einer Unterzuckerung tödlich sein, bei einer Überzuckerung hingegen kann der verhältnismäßig wenige Traubenzucker keinen großen Schaden mehr anrichten.	
Bewohner benötigt Anleitung / Unterstützung bei der Messung des BZ und bei der Verabreichung der Injektion	- nach Anordnung regelmäßiges Messen des BZ - Verabreichung der Insulininjektionen nach ärztlicher Verordnung - auf ein ständiges Wechseln der Injektionsstellen achten, um Verhärtungen und Fettgewebswucherungen zu vermeiden. Am besten nach einem festgelegten Plan spritzen. - ggf. mit dem Bewohner die selbständige Handhabung des Blutzuckermessgerätes und des Pens (Spritze) einüben. - ggf. Bewohner über den Umgang mit dem Insulin informieren - Bewohner auf den Spritz-Ess-Abstand aufmerksam machen	- Der Blutzuckerspiegel soll ausgeglichen sein - Der Bewohner ist informiert über seine Krankheit und akzeptiert die Maßnahmen - Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit - Für eine gute Lebensqualität sorgen durch die bestmögliche Einstellung mit Medikamenten - Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken
Bewohner benötigt Hilfe und Anleitung bei der oralen Antidiabetikaeinnahme	- stellen und richten der Medikamente - ggf. Verabreichung der Medikamente - auf Regelmäßigkeit der Einnahme der Medikamente achten, das	- Sicherstellung der vom Arzt angeordneten Medikation - konsequente Einnahme der

	Essen zum richtigen Zeitpunkt bereitstellen • Beobachtung, Dokumentation und Bericht an den behandelnden Arzt über Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente • Einige Antidiabetika, z.B. aus der Gruppe der Sulfonylharnstoffe (Glibenclamid ©), haben eine Wechselwirkung mit anderen Substanzen und verstärken die Wirkung, wie etwa Marcumar, verschiedene Schmerzmittel, Betablocker, fiebersenkende Medikamente usw.	Tabletten gewährleisten • der Blutzuckerspiegel soll ausgeglichen sein • der Bewohner ist informiert über seine Krankheit und akzeptiert die Maßnahmen • Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit • für eine gute Lebensqualität sorgen durch die bestmögliche Einstellung mit Medikamenten • Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken
• Bewohner leidet unter einem Infekt mit hohem Fieber, dabei ist die Gefahr einer Stoffwechselentgleisung sehr hoch. (Gefährdet sind besonders Typ I Diabetiker. Sie entgleisen häufig schnell in eine Unterzuckerung. Der Bewohner braucht eine erhöhte Menge an Kohlenhydraten verursacht durch das hohe Fieber und deshalb ist der Insulinbedarf erhöht.)	• engmaschige BZ-Kontrollen durchführen, mindestens zweistündig • Immer mindestens die sonst übliche Insulindosis spritzen, auch wenn der Bewohner sehr wenig oder gar nichts gegessen hat. Das Insulin nie völlig weglassen • den täglichen Ernährungsplan möglichst einhalten • Wenn der Bewohner keinen Hunger hat, Kohlenhydrate z.B. in Form von Obst oder Fruchtsäften anbieten • den Flüssigkeitsverlust durch das Fieber ausgleichen, indem mehr Flüssigkeit angeboten wird	• Bewohner soll keine Stoffwechselentgleisung erleiden • Bewohner soll über die Besonderheit der Situation informiert sein und die Maßnahmen akzeptieren und umsetzen
AEDL: sich bewegen		
• Bewohner ist adipös, BMI > 25 und leidet deswegen an einem Typ II Diabetes	• Bewohner informieren über Zusammenhang zwischen Übergewicht und dem Blutzuckerspiegel, darüber aufklären, dass eine Gewichtsreduktion und Bewegung sich in jedem Fall positiv auf die Krankheit auswirkt. • Bewohner zur angemessenen körperlichen Aktivität motivieren und anleiten. • Bewohner z.B. Sitztanz anbieten, dabei aber auf eine Überforderung achten • Bewohner zu kleineren Spaziergängen am Tag ermutigen	• Der Bewohner soll sein Körpergewicht reduzieren • Senkung der Blutzucker- und Fettwerte • Senkung des Blutdruckes • Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken • Vermeidung oder Minderung der Folgeschäden
• Der Bewohner ist sturzgefährdet wegen der eingeschränkten	• nächtliches Tragen von Stoppersocken • Hindernisse beseitigen	• Stürze und ihre Folgeschäden vermeiden

Sehfähigkeit und Gangunsicherheit aufgrund der Retinopathie und der Polyneuropathie	• Bewohner bei den verschiedenen Gängen begleiten • ggf. Einsatz einer Hüftprotektorhose • Schwellen, Teppichkanten und auf der Erde liegende Elektrokabel beseitigen • Treppen vermeiden • Medikamente auf ihre sturzfördernde Wirkung prüfen, z.B. einige Benzodiazepine, Neuroleptika, trizyklische Antidepressiva sind sturzfördernd • Durch Beobachtung Einschätzung in die Sturzrisikokala, anhand des Ergebnisses einleiten entsprechender Maßnahmen, z.B. Versorgung mit einer Protektorhose • Förderung der Mobilität und Aktivität, z.B. Balancetraining durchführen • ggf. darauf achten, dass der Bewohner immer seine Brille oder ähnliches trägt	• Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit • Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl stärken • Bewegungsfreiheit ermöglichen
AEDL: sich pflegen		
• Bewohner neigt häufig zu Pilzinfektionen.	• tägliche Inspektion der Haut • gründliche Intimhygiene beim Bewohner durchführen mit einem geeigneten Pflegemittel. • regelmäßige Kontrolle des Mund- und Rachenraumes sowie regelmäßige Durchführung der Mund- und Zahnhygiene • zu atmungsaktiver Kleidung raten, es soll möglichst eine Kammerbildung, also feuchte Haut auf feuchter Haut vermieden werden. Dies begünstigt Pilze.	• der Bewohner soll eine intakte Haut haben • Folgeschäden sollen vermieden werden
• Bewohner leidet unter einer sehr trockenen Haut.	• pH-neutrale Waschlotion einsetzen • regelmäßiges Eincremen der Haut mit einer feuchtigkeitsspendenden Lotion	• der Bewohner soll eine intakte Haut haben • Folgeschäden sollen vermieden werden
• Bei dem Bewohner besteht eine große Gefahr einen diabetischen Fuß zu entwickeln, infolge der Polyneuropathie, der Mikroangiopathie und der allgemeinen Infektanfälligkeit (das so genannte diabetische Fußsyndrom). Der Bewohner neigt zu einer starken Verhornung und Mykosis an den Fußnägeln und -Zwischenräumen. Er hat	• tägliche Inspektion der Füße auf Druckstellen, kleine Risse, Blasen, Hornhaut usw. • auch kleinste Risse und Verletzungen sofort desinfizieren und den behandelnden Arzt zur weiteren Beobachtung informieren, da hier schnell Entzündungen und Nekrosen drohen • Bewohner, die die Inspektion selbständig durchführen, zeigen wie sie es sich mit einem Handspiegel erleichtern können • Füße täglich mit 37°C heißem Wasser nicht länger als 3 Minuten waschen. Dabei rückfettende	• Der Bewohner soll gepflegte Füße haben • Die Haut soll intakt sein • Folgeschäden wie etwa ein Gangrän sollen vermieden werden

rissige, trockene, warme, rosige Haut, sowie Hornhautschwielen und Druckstellen besonders an Stellen, die stark druckbelastet sind.	Waschlotion benutzen. Für die Wassertemperatur ein Thermometer verwenden, da der Betroffene mit hoher Wahrscheinlichkeit schon unter Sensibilitätsstörungen leidet und die Gefahr der Verbrennung besteht • Füße gut abtrocknen, besonders die Zehenzwischenräume • Trockene und rissige Haut mit einer fettreichen Creme einreiben • Wenn ein Bewohner die Fußnagelpflege selbständig durchführt: Zehennägel sollten grundsätzlich gerade geschnitten besser noch gefeilt werden. Die Zehennägelecken etwas abrunden. Hühneraugen und Hornhaut sollten mit einem Bimsstein entfernt werden. • ggf. Einschaltung einer medizinischen Fußpflege. Pflegekräfte dürfen hier keine Fußpflege durchführen.	
• Bewohner leidet unter Missempfindungen, Taubheitsgefühl und Parästhesien in den Füßen aufgrund des diabetischen Fußsyndroms	• auf zu enges Schuhwerk achten • ggf. geeignete weite Schuhe ohne Fußkappen zur Vermeidung von Druckstellen zur Verfügung stellen, bzw. Angehörige darauf aufmerksam machen • Schuhe sollten vor dem Anziehen auf kleine Steinchen oder ähnliches kontrolliert werden, um Druckstellen oder Verletzungen zu vermeiden • Bewohner zur Nacht hin warme Socken anziehen lassen, statt einer Heizdecke (Verbrennungsgefahr) • Empfehlung geben, nicht barfuss zu gehen	• Folgeschäden sollen vermieden werden • Bewohner ist informiert und akzeptiert die Maßnahmen
AEDL: essen und trinken		
• Bewohner hat eine stammbetonte Adipositas, BMI > 25 und leidet an einem Typ II Diabetes	Wenn der Bewohner schon stark unter Folgeerkrankungen leidet: • Den Bewohner informieren über den Zusammenhang zwischen der Ernährung und dem Blutzuckerspiegel. (Im Vordergrund soll hier eine kalorienreduzierte Ernährung stehen.) • gemeinsam einen vollwertigen Ernährungsplan aufstellen. • Bewohner über Zuckeraustauschstoffe informieren, z.B. Süßstoffe wie Aspartam, Saccharin, Cylamat usw. • Bewohner immer wieder motivieren zur Umstellung seiner Essgewohnheiten, dabei die Angehörigen mit einbeziehen • bei einer Therapie mit Antidiabetika	• Der Bewohner soll sein Körpergewicht reduzieren • Senkung der Blutzucker- und Fettwerte • Der Bewohner soll eine bedarfsgerechte Ernährung erhalten • fünf bis sechs Mahlzeiten sollen über den Tag verteilt werden

	müssen die Mahlzeiten in der richtigen Zusammensetzung und zum richtigen Zeitpunkt eingenommen werden, um eine Über- oder Unterzuckerung zu vermeiden • bei Bewohnern, die schon sehr alt sind und keine Folgeerkrankungen haben, steht die Lebensqualität im Vordergrund und es braucht keine strikte Einhaltung einer diabetesgerechten Kost. • ggf. Bewohner aufklären über den Unterschied zwischen einer konventionellen und einer intensivierten Insulintherapie	
• Dem Bewohner fällt es schwer, sich an sein Ernährungsplan zu halten, er ist ein Typ I Diabetiker	• gemeinsam einen diabetesgerechten Ernährungsplan aufstellen • Information über Austausch Tabellen (Information wie viel Gramm Nahrungsmittel 1 BE entsprechen und gegen welches andere Nahrungsmittel es ausgetauscht werden kann) • ggf. Bewohner ein Diabetikertagebuch führen lassen • ggf. eine erneute Schulung des Bewohners veranlassen • ggf. Bewohner aufklären über den Unterschied zwischen einer konventionellen und einer intensivierten Insulintherapie	• Bewohner ist informiert und akzeptiert die Maßnahmen • Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit
• Bewohner trinkt gerne Alkohol, dabei besteht die erhöhte Gefahr der Unterzuckerung.	• Bewohner aufklären über den Zusammenhang zwischen Alkohol und dem Blutzuckerwert. (Der Alkohol hemmt die Glukoneogenese in der Leber.) • Bewohner dazu raten, wenn überhaupt Alkohol zu trinken, dann in kleinen Maßen z.B. trockener Rotwein, klare Schnäpse und spezielles Diabetikerbier. Auf süße Weine, Sekt und Liköre sollte ganz verzichtet werden.	• Der Bewohner soll eine ausgeglichene Stoffwechsellage haben • Bewohner ist informiert und akzeptiert die Maßnahmen
• Der Bewohner leidet akut unter Durchfall und Erbrechen, aufgrund eines Magen-Darm-Infekts	• Die Ernährung kurzfristig auf leicht durch den Körper aufzunehmende Kohlenhydrate umstellen, z.B. Kartoffelbrei, Obst, Haferflocken, Obstsaft, gesüßter Tee • BZ alle zwei Stunden engmaschig kontrollieren, • Bewohner die Antidiabetika einnehmen, werden vom Arzt ggf. kurzfristig auf Insulininjektionen umgestellt, da die Tabletten in diesem Fall vom Körper nicht richtig aufgenommen werden können • Den Flüssigkeitsverlust	• Der Bewohner soll eine ausgeglichene Stoffwechsellage haben • Eine Unter- bzw. Überzuckerung soll vermieden werden • Bewohner ist informiert und akzeptiert die Maßnahmen

	ausgleichen, durch anbieten von mehr Flüssigkeit	
AEDL: Kommunizieren können		
Bewohner kann schlecht sehen, aufgrund der fortgeschrittenen diabetischen Retinopathie	- bei Begegnungen auf dem Flur oder in Gemeinschaftsräumen nennt die Pflegekraft stets ihren Namen - beim Betreten des Zimmers stellt sich die Pflegekraft mit Namen vor und erklärt den Zweck des Besuches - der Bewohner wird immer mit seinem Namen begrüßt - ggf. den Bewohner immer an seine Sehhilfe erinnern - die Zimmertür kann mit einem großen Symbol gekennzeichnet werden - Möbel im Zimmer werden ohne Zustimmung des Bewohners nicht umgestellt	- Bewohner soll wohl fühlen und am Gemeinschaftsleben teilhaben - Bewohner soll sich nicht isolieren - eine Verschlechterung der Retinopathie soll durch eine ausgeglichene Stoffwechsellaage vermieden werden
AEDL: ausscheiden können		
Der Bewohner leidet an einer Obstipation mit gelegentlich morgendlichen Diarrhöen aufgrund der Neuropathie	- Beratung zu geeignetem Inkontinenzmaterial - Beratung zu einer vollwertigen und ballaststoffreichen Kost geben - Nach ärztlicher Verordnung Gabe von Abführmitteln, um eine regelmäßige Stuhlentleerung zu ermöglichen - Bewohner darauf aufmerksam machen, dass er beim Stuhlgang möglichst nicht pressen sollte, da die Gefahr einer Gefäßblutung im Auge besteht	- Bewohner soll regelmäßig Stuhlgang haben - Bewohner ist informiert und akzeptiert das Inkontinenzmaterial - Folgeschäden sollen vermieden werden - Bewohner soll sich nicht isolieren
Der Bewohner leidet an einer Harninkontinenz aufgrund der Neuropathie. Dabei besteht die Gefahr erhöhter Harnwegsinfekte	- regelmäßige Kontrolle des Restharns durchführen lassen - für angemessenes Inkontinenzmaterial sorgen - Blasentraining durchführen bei Restharnbildung - ggf. Blasenkateterversorgung	- Bewohner ist informiert und akzeptiert das Inkontinenzmaterial - Folgeschäden sollen vermieden werden - Bewohner soll sich nicht isolieren
AEDL: für Sicherheit sorgen		
Bei dem Bewohner ist die Gefahr für diabetische Folgeerkrankungen erhöht, Bewohner nimmt unregelmäßig Vorsorgeuntersuchungen wahr	- Bewohner und Angehörige über Folgeerkrankungen informieren - Bewohner zur Wahrnehmung motivieren und ggf. Termine machen 2x jährlich eine Augenarztkontrolle zur Früherkennung einer Retinopathie - jährliche oder vierteljährliche Untersuchung der Füße auf	- Spätfolgen und Komplikationen vermeiden - Bewohner ist informiert und nimmt die Termine regelmäßig wahr

	Nervenschäden (Polyneuropathie) und • jährliche oder vierteljährliche Untersuchung der Beine auf Durchblutungsstörungen • jährliche oder vierteljährliche Untersuchung des Blutdrucks (24 Stunden Messung) und EKG • jährliche oder vierteljährliche Untersuchung Blutfette und Mikroalbuminurie • Angehörige informieren und mit einbeziehen	
• Bewohner leidet an einer orthostatischen Hypotonie, besonders morgens beim Aufstehen aufgrund der Neuropathie	• Bewohner morgens mindestens fünf Minuten sitzen lassen, bevor er aufsteht. (Der Griff zur Radialisarterie zur Überprüfung der Kreislaufsituation führt bei einem Diabetiker zu einer Fehleinschätzung, da das Herz nicht tachykard wird im Gegensatz zu einem Nichtdiabetiker.)	• Bewohner soll seine körperlichen Grenzen erkennen • Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit
AEDL: sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten		
• Bewohner leidet an Erektionsstörungen aufgrund der diabetischen Mikroangiopathie	• Gespräche anbieten • Kontakt zur Selbsthilfegruppe herstellen • Ggf. Überweisung an einen Urologen • Bewohner aufklären zwischen dem Zusammenhang des Diabetes mellitus und der Erektionsstörungen	• Bewohner versteht seine Erkrankung und die dabei auftretenden Folgeschäden • Bewohner fühlt sich ernst genommen und hat Vertrauen
AEDL: ruhen und schlafen		
• Bewohner neigt zur nächtlichen Unterzuckerung durch Unruhe und starkes Schwitzen. (Nächtliche Unterzuckerungen treten gehäuft zwischen 2.00 und 3.00 Uhr nachts auf. Eine Überzuckerung in der Nacht kann auch vorkommen, aber es ist eher selten, dass ein Bewohner innerhalb weniger Stunden in ein diabetisches Koma fällt.)	• Bewohner dazu anleiten zur Nacht hin ein Glas Saft oder Traubenzucker bereitstellen zu haben, um im Fall der Unterzuckerung schnell reagieren zu können • Pflegende sollten bei langjährigen Diabetikern auf z.B. nass geschwitzte Bettwäsche achten, da diese häufig trotz der Unterzuckerung weiterschlafen und ihren Zustand nicht bemerken • bei gehäuftem Auftreten Info an den behandelnden Arzt, ggf. muss der BZ stationär neu eingestellt werden. • der Bewohner sollte keine Schlafmittel einnehmen, da z.B. eine Benommenheit schwerer einzuordnen ist.	• Der Bewohner soll eine ausgeglichene Stoffwechsellage haben • Bewohner ist informiert und akzeptiert die Maßnahmen
• Bewohner klagt über anfallsartig brennende	• ggf. in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt eine Therapie,	• Bewohner soll eine schmerzfreie und

Beine (Burning-feet-Syndrom) besonders nachts. Ursache ist die Polyneuropathie.	z.B. Medikamente, prüfen • Bewohner über die Ursache informieren	erholsame Nacht haben • eine Verschlechterung soll vermieden werden • Bewohner ist informiert und akzeptiert die Maßnahmen
AEDL: mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
• Bewohner ist depressiv und zieht sich zurück.	• Bewohner Kontakt zu Selbsthilfegruppen vermitteln • für ausführliche Gespräche zur Verfügung stehen • Bewohner immer wieder beraten und anleiten	• Bewohner soll seine Erkrankung akzeptieren und lernen damit umzugehen • Bewohner soll sich nicht isolieren und am Gemeinschaftsleben teilhaben

Standardpflegeplan "Leberzirrhose"

- Eine Leberzirrhose ist eine chronische degenerative Erkrankung der Leber. Das für die Entgiftungsfunktionen wichtige Lebergewebe wird mehr und mehr in faseriges Bindegewebe umgewandelt. Die Leberlappen verfetten.
- Gewebeanteile, die bereits umgebaut wurden, bleiben funktionslos.
- Die wichtigsten Auslöser für eine Leberzirrhose sind Alkoholismus (jeder zweite Fall), chronische Hepatitis B oder C (jeder vierte Fall), autoimmune Hepatitis sowie diverse Stoffwechselerkrankungen.
- Der Altersgipfel für die Erkrankung liegt zwischen 50 und 60 Jahre. 70 Prozent der Erkrankten sind Männer.
- Typische Symptome sind Müdigkeit, Übelkeit, Obstipation, Anorexie, Gewichtsverlust, Flatulenz, Fettintoleranz sowie ein Druckgefühl unter dem rechten Rippenbogen.
- In späteren Phasen treten weitere Symptome auf: Naevus araneus (sog. "Gefäßspinne"), Weißnägel, Prurigo (Juckflechte), Lackzunge, Hautatrophie ("Pergamenthaut"), Palmarerythem (Rötung der Handinnenflächen), Caput medusae (sog. "Medusenhaut"), Dupuytren-Kontrakturen sowie eine fehlende Bauchbehaarung beim Mann (sog. "Bauchglatze"). Diese werden durch den Pfortaderhochdruck ausgelöst.
- Eine hepatische Enzephalopathie liegt vor, wenn aufgrund der Lebererkrankung zusätzlich auch neurologische oder psychopathologische Symptome auftreten. Aufgrund der reduzierten Filterleistungen reichern sich Giftstoffe im Blut an, die das Hirn schädigen.

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für Leberzirrhose. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
Sich bewegen		
• Der Bewohner ist immobil.	• Alle üblichen Prophylaxen werden durchgeführt, insbesondere gegen Dekubitus, Thrombose, Infektionen und Kontrakturen.	• Die Folgen der Immobilität werden minimiert.
• Durch eine hepatische Enzephalopathie ist der Gleichgewichtssinn gestört. Der Bewohner droht zu stürzen.	• Die Maßnahmen zur Sturzprophylaxe werden intensiviert. Insbesondere sollte der Bewohner auch in Innenräumen festes Schuhwerk tragen.	• Der Bewohner stürzt nicht.
Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten		
• Der Bewohner raucht.	• Wir legen dem Bewohner dringend nahe, das Rauchen einzustellen oder zumindest deutlich zu reduzieren. • Gemeinsam mit dem Bewohner suchen wir nach einer geeigneten Strategie, um Entzugserscheinungen erträglich zu machen.	• Der Bewohner stellt das Rauchen ein.

• Zusätzliche Medikamente belasten die Leber. • Der Bewohner greift zur Selbstmedikation.	• Gemeinsam mit dem Arzt prüfen wir, welche Medikamente absolut notwendig sind und welche Präparate abgesetzt werden können. • Wir stellen sicher, dass der Bewohner keine unverschriebenen Arzneien zu sich nimmt. Selbst sonst "harmlose" Medikamente wie Paracetamol können die Leber massiv belasten. • Wir raten dem Bewohner dringend von sog. "Leberschutzpräparaten" ab. Diese sind nutzlos.	• Eine durch Medikamente ausgelöste zusätzliche Belastung wird minimiert.
• Es droht eine hepatische Enzephalopathie.	• Wir nutzen verschiedene Tests zur Sprech- und Schreibfähigkeit. Dazu zählen der Zahlenverbindungstest sowie der Streichholzttest. • Wenn die Ergebnisse auf eine hepatische Enzephalopathie schließen lassen, wird umgehend der Arzt informiert.	• Eine hepatische Enzephalopathie wird rechtzeitig erkannt.
• Der Bewohner leidet unter Aszites.	• Der Bewohner sollte gut passende Kleidung tragen, die nicht einschnürt. • Die Flüssigkeitszufuhr wird auf einen bis eineinhalb Liter pro Tag reduziert. • Die Kochsalzzufuhr wird auf 6 Gramm pro Tag reduziert. • Um das Ausmaß der Aszites bestimmen zu können, wird täglich der Bauchumfang gemessen. Die Stelle sollte stets gleich gewählt werden. • Wir nutzen harntreibende Mittel, um das Wasser aus dem Bauchraum zu schwemmen. • Zur Atem erleichterung sollte der Bewohner in eine Oberkörperhochlagerung gebracht werden. Diese Position kann ggf. auch in der Nacht beibehalten werden. • Alternativ: Der Bewohner wird mit angezogenen Beinen gelagert. • Die Flüssigkeitszufuhr wird ggf. eingeschränkt. • Wir führen eine Flüssigkeitsbilanzierung durch. • Da Bewohner mit Aszites gehäuft an einer Pneumonie erkranken, werden die entsprechenden Prophylaxemaßnahmen sorgfältig durchgeführt. • Der Bewohner wird einmal in der Stunde dazu aufgefordert, tief durchzuatmen.	• Der Aszites wird überwunden. • Die gesundheitlichen Schäden werden minimiert.
• Der Bewohner leidet an Krampfadern in der Speiseröhre und in der Magenkuppel. Diese können jederzeit platzen und lebensbedrohliche	• Mit Betablockern lässt sich der Blutdruck und somit das Risiko senken. Wir sorgen dafür, dass der Bewohner die Medikamente regelmäßig einnimmt. • Der Bewohner erhält ggf. passierte Kost. • Wir verzichten auf eine intensive Würzung der Speisen. • Die Speisen werden wohl temperiert	• Ein Platzen der Krampfadern wird vermieden.

Blutungen auslösen.	serviert bzw. eingegeben. Der Bewohner soll starkes Husten vermeiden.	
Der Bewohner blutet aus der Speiseröhre.	- Wir prüfen die Vitaldaten, insbesondere Puls, Blutdruck und Atmung. - Der Bewohner wird mit leicht erhöhtem Oberkörper gelagert (20° bis 30°). - Wenn der Bewohner bewusstlos ist, wird er in eine stabile Seitenlage gebracht. - Eine eventuell vorhandene Zahnprothese wird entfernt. - Ein Notarzt wird gerufen. Wir bereiten die Verlegung in das Krankenhaus vor. - Falls sich der Bewohner erbricht, helfen wir ihm. Das Erbrochene wird aufgefangen und dessen Volumen ermittelt. - Hinweis: Bei einer Hepatitis-B-Infektion besteht Infektionsgefahr!	- Eine Aspiration von Blut wird vermieden. - Das Leben des Bewohners wird gerettet.
Der Bewohner erhielt eine Lebertransplantation. Es droht eine Abstoßung des Organs.	- Wir achten auf Symptome für eine Abstoßung, etwa: - Fieber - Kraftlosigkeit - Bauchschmerzen - Bei Hinweisen auf eine Abstoßung wird umgehend der Notarzt gerufen.	Eine Abstoßung des Organs wird rechtzeitig erkannt.
Das Risiko für Leberkrebs ist erhöht.	- Wir verdeutlichen dem Bewohner, dass eine Leberzirrhose das Risiko eines Leberkarzinoms deutlich erhöht. - Wir empfehlen dem Bewohner, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen vornehmen zu lassen.	Ein Leberkarzinom wird rechtzeitig erkannt.
Sich pflegen		
Zusätzlich zum Ikterus erleidet der Bewohner einen quälenden Juckreiz.	- Wir nutzen W/O-Lotion oder Calendula-Salbe. Wir sorgen für eine geschmeidige und gut gefettete Haut. - Wir lindern den Juckreiz mit kühlenden Abreibungen. - Ggf. nutzen wir juckreizstillende Puder.	Der Juckreiz wird minimiert.
Der Bewohner leidet unter eingerissenen Mundwinkeln (Mundwinkelrhagaden)	- Die Mundwinkel werden mehrmals täglich mit einer Heilsalbe versorgt. - Mit Hilfe geeigneter Pflegeprodukte erhalten wir die Elastizität der Haut im Mundbereich.	- Die Mundwinkel können ausheilen. - Neue Verletzungen werden vermieden.
Der Mangel an Gerinnungsfaktoren führt zu einer erhöhten Blutungsneigung.	- Die Haut- und Schleimhäute werden im Rahmen der Körperpflege engmaschig auf Verletzungen überwacht. - Die Ausscheidungen werden auf Blutbeimengungen überprüft.	- Verletzungen werden vermieden. - Die Folgen von Verletzungen

	- Für die Mund- und Zahnpflege nutzen wir weiche Zahnbürsten. - Der Bewohner wird mit einem Trockenrasierer rasiert.	werden minimiert.
Essen und trinken		
- Der Bewohner leidet unter Gewichtsverlust. - Der Bewohner leidet unter Blähungen. - Der Bewohner ernährt sich ungesund.	- Wir stellen die Ernährung um: - Der Bewohner erhält eine vitaminreiche, kochsalzarme und ausgewogene Mischkost. - Falls der Bewohner unter Vitaminmangelerscheinungen leidet, werden zusätzlich Vitaminpräparate zugeführt. Ggf. erhält der Bewohner parenteral fettlösliche Vitamine. - Bei einer hepatisch nicht-entzündlichen Hirnschädigung sollte die Eiweißzufuhr reduziert werden. - Die Obergrenze liegt dann bei 50 Gramm pro Tag, im Extremfall wird diese Ration auf 25 Gramm pro Tag reduziert. Nach dem Abklingen der hepatischen Enzephalopathie kann die Tagesdosis alle vier Tage um 10 Gramm pro Tag gesteigert werden. - Nahrungsmittel, die gehäuft Unverträglichkeiten hervorrufen, sollte der Bewohner nicht konsumieren. Dazu zählen etwa saure, blähende, stark gewürzte sowie sehr fette Speisen. - Die Verträglichkeit der Nahrung kann verbessert werden, wenn der Bewohner mehrere kleinere Mahlzeiten pro Tag zu sich nimmt.	Die Gesundheit des Bewohners wird durch eine ausgewogene Ernährung gefördert.
Der Bewohner konsumiert weiterhin Alkohol.	- Wir raten dem Bewohner zu einem konsequenten Verzicht auf Alkohol. - Abstinentes Verhalten wird von uns gelobt. - Wir beziehen die Angehörigen in unsere Bemühungen ein. - Wenn der Bewohner weiterhin Alkohol konsumiert, prüfen wir die Notwendigkeit einer Entzugstherapie.	Der Bewohner konsumiert keinen Alkohol mehr.
Ruhen und schlafen		
Der Bewohner überfordert seine Kräfte.	- Der Bewohner soll Stress meiden. - Bei der körperlichen Bewegung wägen wir ab, ob der Nutzen größer ist als die Risiken. Allgemein sollte der Bewohner körperliche Belastung meiden. - Ggf. empfehlen wir eine umfassende Schonung, i.d.R. also Bettruhe.	Der Bewohner verhält sich seiner Krankheit angemessen.

Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten		
• Die Potenz beim Mann lässt nach. • Die Libido beim Mann ist gestört. • Es kommt zu einer Brustbildung beim Mann. • Die Hoden schrumpfen. • Durch den Verlust der männlichen Sekundärbehaarung bildet sich eine sog. "Bauchglatze". • Bei Frauen ist die Menstruation gestört.	• Wenn sich der Bewohner aus Scham zurückzieht, motivieren wir ihn zur Teilnahme an Gemeinschaftsveranstaltungen. • Wir stehen dem Bewohner jederzeit für ein Gespräch zur Verfügung. Gleichzeitig suchen wir auch den Dialog mit dem Sexualpartner. • Ggf. empfehlen wir dem Bewohner, Kontakt mit einem Facharzt aufzunehmen. Heute stehen zahlreiche Medikamente zur Verfügung, um die Potenz wieder herzustellen.	• Die Auswirkungen der Leberzirrhose auf das Sexualleben werden minimiert.
Für eine sichere Umgebung sorgen		
• Der Bewohner leidet unter einer hepatischen Enzephalopathie. Im Zustand der Verwirrung gefährdet dieser sich selbst und andere.	• Der Bewohner wird engmaschig überwacht. • Bei einer akuten Gefährdung wird der Bewohner kurzzeitig fixiert. • Bei anhaltender Eigen- oder Fremdgefährdung prüfen wir die Überstellung in eine Fachklinik.	• Der Bewohner gefährdet weder sich selbst noch andere.
Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
• Der Bewohner liegt im Sterben.	• Wir führen eine würdevolle Sterbebegleitung durch. • Wir schützen den Bewohner vor Anfeindungen durch die Umwelt, insbesondere vor Vorhaltungen, dass dieser nun den Preis für jahrelangen Alkoholismus bezahle.	• Die Würde des Bewohners wird auch im Sterben gewahrt.

Standardpflegeplan "Belastungs- und Stressinkontinenz"

Eine Belastungs- oder Stressinkontinenz liegt vor, wenn die Harnröhre unzureichend verschlossen wird und gleichzeitig eine plötzliche Drucksteigerung im Bauchraum auftritt. In solchen Situationen kommt es zu einem tropfen- oder spritzförmigen Urinabgang.

Verursacht wird die Stressinkontinenz durch eine Schwächung des Schließmuskelsystems am Blasenaustritt.

Die Belastungsinkontinenz wird in drei Schweregrade eingeteilt:

- 1. Stadium: Harnabgang beim Lachen, Niesen oder Husten
- 2. Stadium: Harnabgang bei leichter körperlicher Belastung, etwa beim Aufstehen oder Bücken
- 3. Stadium: Harnabgang auch beim Stehen oder Liegen, also ohne konkreten Auslöser

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für die Stressinkontinenz. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
Sich bewegen		
• Der Bewohner verliert Harn, wenn er schwere Gegenstände anhebt. • Der Bewohner verliert Harn, wenn er Treppen steigt.	• Der Bewohner wird über die Zusammenhänge informiert. • Gemeinsam prüfen wir, bei welchen Bewegungen der Bewohner Harn verliert. Diese Bewegungen sollte der Bewohner ggf. meiden. • Wir empfehlen dem Bewohner den Aufzug zu nehmen. Der Bewohner wird mit geeigneten Vorlagen versorgt.	• Der Bewohner kennt die Bewegungen, bei denen er Harn verliert. Diese meidet er.
Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten		
• Der Bewohner nimmt Medikamente ein, deren Nebenwirkungen den Blasenschließmuskel schwächen oder auf sonstige Weise eine Stressinkontinenz begünstigen.	• Wir überprüfen, welche Medikamente die Inkontinenz auslösen könnten. In Frage kommen: ○ Schlafmittel ○ Beruhigungsmittel ○ Antidepressiva ○ Kalziumantagonisten ○ blutdrucksenkende Mittel ○ Medikamente gegen Allergien ○ Entwässerungsmittel ○ Herzmittel ○ Anticholinergika ○ Beta-Blocker • Gemeinsam mit dem Hausarzt	• Die Medikamentierung wird soweit angepasst, dass sie die Inkontinenz nicht zusätzlich begünstigt.

	suchen wir nach alternativen Wirkstoffen.	
- Die Bewohnerin leidet unter einem Mangel an Östrogen. - Die Bewohnerin erhält eine Östrogentherapie.	- Wir prüfen, ob eine Östrogentherapie sinnvoll wäre. Östrogene können als Zäpfchen, als Pflaster oder als Tabletten zugeführt werden. - Die Medikamente werden sorgfältig nach den Vorgaben des Arztes eingenommen. Etwaige Nebenwirkungen werden beobachtet und dokumentiert. Zu rechnen ist mit: - Hautreaktionen - Hautjucken - Schwindel - Depression - gastrointestinale Störungen - Gelbsucht - Ödeme - Gewichtszunahme	Der Östrogenmangel wird korrigiert.
Die Bewohnerin leidet unter einer Beckenbodenschwäche. Dieses etwa dann, wenn sie im Laufe ihres Lebens Kinder geboren hat.	- Die Bewohnerin wird über die Funktion des Beckenbodens beim Blasenverschluss informiert. - Der Bewohnerin werden Übungen zur Beckenbodengymnastik demonstriert. Wir fordern sie auf, diese mehrmals täglich durchzuführen und assistieren ggf. dabei. - Wir prüfen, ob ein Biofeedback-Training sinnvoll ist: Durch das Biofeedback wird das Beckenbodentraining kontrolliert. Die Bewegungen der Muskelgruppen werden hörbar oder sichtbar gemacht. Dieses erhöht den Lerneffekt. - Wir prüfen, ob eine Elektrostimulation sinnvoll wäre. Die Muskulatur des Beckenbodens wird mittels Elektroden stimuliert. Diese Technik steigert einerseits den Verschlussdruck und verbessert gleichzeitig die Kontrollfähigkeit der Schließmuskeln. Vor allem bei leichten bis mittelschweren Verläufen ist diese Technik sinnvoll. Innerhalb von einem bis zwei Monaten sollte eine spürbare Verbesserung der Symptomatik auftreten. - Wir prüfen, ob die Bewohnerin mit Gewichtsklonen trainieren sollte. Diese werden in die Scheide eingeführt. Durch die Muskelkraft soll die Bewohnerin nun ein Herausfallen der Gewichte verhindern.	- Eine Beckenbodenschwäche wird überwunden. - Ist dieses nicht möglich, wird zumindest ein Fortschreiten der Symptomatik gebremst.

- Die Lage der inneren Genitalorgane ist krankhaft verändert. - Die Bewohnerin leidet unter einem Uterusprolaps (Gebärmutter senkung) oder unter einem Abknicken der Harnleiter.	- Ggf. wird ein Pessar genutzt. Dabei wird ein Metall-, Gummi- oder Kunststoffkörper (meist ring- oder schalenförmig) in die Scheide eingesetzt. Das Pessar stützt die inneren Genitalorgane und korrigiert so deren Lage. Zudem wird im Stehen und beim Gehen der Beckenboden trainiert. - Häufig lässt sich die Kontinenz nur durch eine Operation wiederherstellen. Wir bereiten die Bewohnerin auf den Eingriff vor. Wir schützen sie gleichzeitig vor falschen Heilungsversprechen. Häufig werden von Kliniken Heilungschancen von 90 Prozent versprochen. Tatsächlich weisen aktuelle Studien eher auf einen Wert um die 50 Prozent hin.	Die Lage der inneren Genitalorgane wird korrigiert.
Sich pflegen		
Der Bewohner lehnt das Tragen von Inkontinenzmaterial ab. Die Haut des Bewohners ist angegriffen als Folge des häufigen Kontakts mit Urin.	- Nach jedem Urinkontakt wird die Haut schonend gereinigt. Wir nutzen dafür lauwarmes, klares Wasser. - Der Säureschutzmantel der Haut wird durch geeignete Wasserzusätze verstärkt. Wir nutzen dafür z.B. Essig oder Zitronensaft (1 EL pro Waschschißel). - Hautreinigungsmittel werden nur dann eingesetzt, wenn die Haut stark verschmutzt ist (etwa bei zusätzlicher Stuhlinkontinenz). - Waschlappen werden immer nur einmal genutzt. - Die Haut wird gründlich getrocknet, dabei aber nicht gerubbelt oder gefönt, sondern vorsichtig trocken getupft. - Die Hautpflege erfolgt vornehmlich durch W/O-Präparate. - Ggf. nutzen wir Hautprotektoren. - Wir nutzen keine Babypflegeartikel. - Wir nutzen keine abdeckenden Salben, Öle oder Pasten. Dieses vor allem, da sie die Hautbeobachtung behindern.	Die Haut des Bewohners bleibt trotz der Inkontinenz intakt und widerstandsfähig.
Essen und trinken		
Der Bewohner nimmt gegen die Harninkontinenz eigenständig Nahrungsmittelergänzungspräparate ein, die in Zeitschriften und im Fernsehen beworben werden.	Wir machen den Bewohner darauf aufmerksam, dass diese Mittel bei Stressinkontinenz keinen nachweisbaren Nutzen haben und letztlich Geldverschwendung sind.	Der Bewohner verschwendet keine finanziellen Ressourcen für wirkungslose Präparate.
Der Bewohner leidet an	Die Obstipation wird konsequent	Die Obstipation

Obstipation. Die Kotballen führen zu einer Überdehnung des Beckenbodens.	behandelt. Durch eine umfassende Obstipationsprophylaxe werden weitere Verstopfungen in Zukunft vermieden.	wird behandelt.
Der Bewohner leidet unter Übergewicht, das wiederum die Harninkontinenz begünstigt.	- Wir informieren den Bewohner über die Zusammenhänge zwischen Übergewicht und Harninkontinenz. - Der Bewohner erhält ggf. Reduktionskost. - Wir streben einen normalen BMI an.	- Der Druck auf die Blase wird reduziert. - Die Kontinenz wird wieder hergestellt.
Ausscheiden		
Der Bewohner verliert ungewollt Urin. Er nutzt kein Inkontinenzmaterial.	- Bei Männern kann ein Kondomurinal genutzt werden. In Kombination mit einem Unterschenkelholster kann die Inkontinenz vollständig verborgen werden. - Bei Frauen bleibt als letzte Möglichkeit die Nutzung eines Blasenverweilkatheters. Der Blasenkatheter wird über die Harnröhre in die Harnblase eingeführt. Der Urin kann über das Schlauchsystem abfließen. (Hinweis: Der Einsatz von Blasenverweilkathetern ist umstritten.) - Alternativ zum Kondomurinal und dem Blasenverweilkatheter können ggf. externe Urinableiter genutzt werden. Diese bestehen aus einer Basisplatte, einem Kunststoffbeutel und einem Anschluss für den Abflussschlauch. Der Urinableiter kann bei mobilen Frauen nicht genutzt werden. - Wir prüfen, ob die Bewohnerin einen Harnröhreneinsatz erhalten soll. Es handelt sich dabei um einen sterilisierten Schlauch mit blockbarem Ballon. Die Harnröhre wird damit für jeweils maximal sechs Stunden versperrt. Die Durchführung erfordert ein hohes Maß an Hygiene. (Hinweis: Der Einsatz von Hilfsmitteln zum Verschluss der Harnröhre ist umstritten.) - Bei Männern kann es sinnvoll sein, einen künstlichen Sphinkter (Schließmuskel) zu implantieren. Hierbei droht allerdings eine Abstoßungsreaktion.	Der Urin wird sicher aufgefangen.
Es ist nicht sicher, ob überhaupt eine	Eine Harnwegsinfektion muss ausgeschlossen werden. Dafür wird der Bewohner einem Facharzt vorgestellt (Frauenarzt / Urologe).	Eine Stressinkontinenz wird korrekt als solche

Stressinkontinenz vorliegt.	Wir führen im Vorfeld des Arzttermins über einen Zeitraum von mindestens drei Tagen ein Miktionsprotokoll. • Wir führen einen sog. "Stresstest" durch. ○ Die Bewohnerin soll viel Flüssigkeit zu sich nehmen und die Blase mit mindestens 200 ml füllen. ○ Die Bewohnerin stellt sich breitbeinig hin oder spreizt die Beine im Sitzen. ○ Die Pflegekraft spreizt die Schamlippen auseinander. Die Bewohnerin hustet einmal kräftig. ○ Wenn parallel zum Hustenstoß Harn austritt, liegt mit einiger Sicherheit eine Stressinkontinenz vor.	erkannt.
• Das Ausmaß der Stressinkontinenz ist nicht bekannt.	• Die Miktion wird sorgfältig überwacht. Wir sammeln Informationen: ○ Bei welchen Tätigkeiten oder Anlässen verliert der Bewohner Urin? ○ In welcher Menge verliert der Bewohner Urin? ○ Gibt es Tageszeiten, in denen die Symptomatik stärker ist?	• Das Ausmaß der Inkontinenz wird korrekt abgeschätzt.
• Der Bewohner geht selten auf die Toilette. Seine Blase ist daher häufig stark gefüllt. Schon geringe Auslöser (Niesen oder Husten) reichen dann, um ungewollt Harn zu verlieren.	• Wir erinnern den Bewohner regelmäßig an den Toilettengang. • Ähnlich wie beim Toilettentraining kann auch ein Wecker gestellt werden.	• Die Blase wird durch regelmäßige Toilettengänge entlastet.
• Der Bewohner meint, dass die ausgeschiedene Urinmenge das Tragen von Inkontinenzmaterial nicht rechtfertigt. Tatsächlich aber ist die Unterhose des Bewohners in unregelmäßigen Abständen durchfeuchtet.	• Wir verdeutlichen dem Bewohner, welche gesundheitlichen Gefahren von dieser Entscheidung ausgehen: ○ Die Haut wird durch den Kontakt mit dem Urin geschädigt. ○ Durch die Verdunstung des Urins wird der Intimregion Wärme entzogen und diese ausgekühlt. Es drohen Infektionen. ○ Ggf. akzeptiert der Bewohner zumindest die Nutzung einer deutlich kleineren Vorlage. Diese sind bei leichten Verlaufsformen zumeist ausreichend. ○ Die Akzeptanz wird gefördert, wenn der	• Der Bewohner akzeptiert das Inkontinenzmaterial.

	Bewohner in der Lage ist, die Vorlagen eigenständig zu wechseln. ○ Die Vorlagen sollten mit einem Klebehaftstreifen zur Fixierung in der Unterhose versehen sein. ○ Wichtig sind ein Gelkern zur Feuchtigkeitsaufnahme, ein seitlicher Auslaufschutz und luftdurchlässiges Material. • Bei Männern mit Stressinkontinenz ist häufig ein sog. "Tropfenfänger" ausreichend. Dieser wird über Penis und Hodensack gezogen und kann zwischen 50 bis 80 ml aufnehmen.	
Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten		
• Der Sexualpartner wird durch die Inkontinenz abgestoßen.	• Wir regen an, dass sich beide Partner zum Thema aussprechen. • Wir bieten an, dass wir die tägliche Intimwäsche in den Abend (und somit unmittelbar vor den Geschlechtsverkehr) verlegen.	• Das Intimleben und die Paarbeziehung bleiben intakt.
Soziale Bereiche des Lebens sichern		
• Der Bewohner hat Angst, dass Freunde und Mitbewohner die Inkontinenz bemerken (insbesondere riechen).	• Wir informieren den Bewohner über die Möglichkeiten moderner Inkontinenzversorgung. • Viele Vorlagen verwenden Geruchsbinder. Diese bremsen die bakteriellen Zersetzungsprozesse und reduzieren die Geruchsbildung deutlich. • Wir versprechen dem Bewohner, dass wir ihn rechtzeitig auf unangenehme Gerüche aufmerksam machen.	• Die sozialen Kontakte bleiben trotz der Inkontinenz erhalten.
Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
• Der Bewohner leugnet die Inkontinenz innerlich. • Der Bewohner entwickelt Schuldgefühle und Aggressionen gegen sich selbst.	• Der Bewohner erhält psychosoziale Betreuung und Beratung. • Wir bauen ein Vertrauensverhältnis zum Bewohner auf und setzen konsequent auf das System der Bezugspflege. • Wir achten auf die Wahrung der Intimsphäre bei allen Pflegemaßnahmen. • Der Bewohner sollte Pflegemaßnahmen nach Möglichkeit eigenständig vornehmen.	• Die psychische Belastung wird reduziert.

Standardpflegeplan "Stuhlinkontinenz"

- Stuhlinkontinenz ist die Unfähigkeit, den Stuhl willentlich zurückzuhalten und später gesteuert abzusetzen. Eine Stuhlinkontinenz kann verschiedene Ursachen haben, etwa eine Erkrankung im Verdauungssystem, Lähmungen oder Verletzungen. Häufig tritt diese Beeinträchtigung auch nach Operationen im Unterbauch auf.
- Rund 800.000 Menschen in Deutschland leiden unter Stuhlinkontinenz. Frauen sind etwas häufiger betroffen als Männer.
- Die Stuhlinkontinenz wird unterteilt in drei Schweregrade:
 - Teilinkontinenz 1. Grades. Es kommt zu geringen Stuhlabgängen bei Belastung und Diarrhö (Durchfall). Daraus resultieren geringe Verunreinigungen der Unterwäsche sowie unkontrollierter Gasabgang.
 - Teilinkontinenz 2. Grades. Hierbei tritt Inkontinenz für Winde und dünnen Stuhl auf. Diese führt zu häufigen Wäscheverschmutzungen und unkontrolliertem Abgang von Darmgasen. Mitunter kommt es auch zu einem Abgang von flüssigem Stuhl.
 - Totalinkontinenz. Diese liegt vor bei völligem Kontrollverlust. Der Abgang von Stuhl und Gasen kann nicht mehr gesteuert werden.

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für Stuhlinkontinenz. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
Sich bewegen		
• Der Bewohner schränkt seine körperliche Aktivität ein, da er fürchtet, an unpassender Stelle unwillkürlich ausscheiden zu müssen.	• Wir zeigen dem Bewohner, welche Versorgungsmöglichkeiten verfügbar sind. Insbesondere der Einsatz von rektalen Irrigationen, Tampons usw. ermöglicht ein ansatzweise normales Leben. Insbesondere kann der Bewohner körperlich aktiv bleiben.	• Der Bewohner kann sich in seinem Umfeld frei bewegen, ohne einen ungewollten Stuhlabgang zu befürchten.
Sich pflegen		
• Die Haut des Bewohners ist anfällig für Krankheiten. Er leidet häufig unter Hautauffälligkeiten, etwa Erythemen, Pilzinfektionen oder allergischen Ekzemen.	• Die Haut wird täglich auf Veränderungen überprüft. • Der Intimbereich wird sofort nach der Ausscheidung gesäubert. Dieses erfolgt möglichst schonend, also insbesondere mit alkali- und parfümfreier Seife. Danach wird die Seife restlos mit klarem Wasser abgewaschen. • Die Haut wird trocken getupft und nicht gerieben. • Besonders empfindliche Hautbereiche werden mit einer Wasser abweisenden Salbe geschützt.	• Die Haut wird vor Schädigungen geschützt. • Krankhafte Veränderungen werden rechtzeitig bemerkt. • Aufgetretene Hautschäden können abheilen.

	• Der Säureschutzmantel der Haut wird durch geeignete Wasserzusätze verstärkt. Wir nutzen dafür z.B. Essig oder Zitronensaft (1 EL pro Waschschüssel). • Waschlappen werden immer nur einmal genutzt. • Die Hautpflege erfolgt vornehmlich durch W/O-Präparate. • Ggf. nutzen wir Hautprotektoren. • Wir nutzen keine Babypflegeartikel. • Wir nutzen keine abdeckenden Salben, Öle oder Pasten. Dieses vor allem, da sie die Hautbeobachtung behindern.	
Essen und trinken		
• Der Bewohner ist adipös. Das Übergewicht ist mitverantwortlich für die Stuhlinkontinenz.	• Die Ernährung wird auf kalorienarme Kost umgestellt. • Der Bewohner soll sich im Rahmen seiner Fähigkeiten körperlich bewegen.	• Das Übergewicht wird abgebaut.
Ausscheiden		
• Der Ausscheidungsrythmus ist nicht bekannt. Dieses erschwert verschiedene Maßnahmen wie etwa das Toilettentraining. • Der Entleerungsrythmus des Darms ist unregelmäßig. Der Zeitpunkt der nächsten Stuhlentleerung lässt sich nicht abschätzen.	• Wir erstellen ein Ausscheidungsprotokoll. Dieses umfasst alle relevanten Beobachtungen, insbesondere: ○ Wann führt der Bewohner ab? ○ Wie gravierend ist die Stuhlinkontinenz gemäß der Gradeinteilung? ○ Nimmt der Bewohner den Stuhldrang rechtzeitig vor einem unkontrollierten Abgang wahr? Meldet er sich dann bei den Pflegekräften? Wie schnell erfolgt danach das Abführen? ○ Alternativ zum obigen Punkt: Meldet sich der Bewohner eigenständig, nachdem er seinen Darm unkontrolliert in die Vorlagen entleert hat? Oder bleibt er untätig, bis die Pflegekraft den Stuhlabgang bemerkt? ○ Welche Mengen an Stuhl führt der Bewohner ab? Wie ist die Konsistenz? ○ Hat der Bewohner Schmerzen beim Stuhlabgang? ○ Sind Blutverschmutzungen im Kot oder am After sichtbar?	• Der Ausscheidungsrythmus wird korrekt erfasst. Die Daten werden sinnvoll für das Toilettentraining oder das Kontinenztraining genutzt. • Der Darm wird soweit entleert, dass eine gewisse Zeitspanne vergeht, bis dieser wieder gefüllt ist. Innerhalb dieses Zeitraumes ist der Bewohner stuhlkontinent. • Das Verdauungssystem wird soweit trainiert, dass der Bewohner regelmäßig abführt.

	○ Wie häufig wird die Wäsche verschmutzt? • Wir führen ein (passives) Toilettentraining mit dem Bewohner durch. ○ Aus den Daten des Ausscheidungsprotokolls ermitteln wir den Durchschnittszeitpunkt, an dem erfahrungsgemäß mit dem nächsten Stuhlgang zu rechnen ist. ○ In den folgenden Tagen bieten wir dem Bewohner zu diesem Zeitpunkt ein Getränk an, das dieser zügig austrinken soll. In kreisenden Bewegungen wird nun sanft der Bauch massiert. Die Bewegungen folgen dem Verlauf des Magen-Darm-Traktes. ○ Ggf. wird dem Bewohner ein feuchter Waschlappen auf den Bauch gelegt. ○ Nun führen wir den Bewohner zur Toilette. Ihm wird ausreichend Ruhe zum Abführen gelassen. ○ Das Badezimmer sollte stets sauber, gut gelüftet und angenehm temperiert sein. ○ Nach der Umstellung auf die Sommerzeit oder auf die Winterzeit geben wir dem Bewohner Zeit, sich an die Veränderung anzupassen. • Wir führen alternativ ein (aktives) Kontinenztraining durch. ○ Basierend auf den o.g. Daten planen wir einen "Abführtag" ein. Dieser sollte alle ein bis drei Tage erfolgen. ○ Wenn am Abführtag keine spontane Darmentleerung erfolgt, verabreichen wir ein Klistier oder ein Klysma. Alternativ kann eine Darmirrigation durchgeführt werden. ○ Falls notwendig wird der Darm manuell ausgeräumt.	
• Der Bewohner hat unkontrollierte Stuhlabgänge mehrfach am Tag.	• Wir prüfen, welcher Auslöser für das Problem verantwortlich sein könnte. In Frage kommen Nervenschädigungen, Muskulatschwäche im Beckenboden oder psychische Faktoren. • Wir führen Beckenbodengymnastik durch. Diese besteht aus wiederholtem Anspannen und	• Der Auslöser für die Stuhlinkontinenz wird gefunden. • Der Bewohner führt nur noch einmal pro Tag ab. • Der Bewohner gewinnt die Kontrollfähigkeit über seine

	Lösen der Muskulatur im Bereich des Gesäßes und des Beckenbodens. ○ Beispiel: Der Bewohner stützt im Sitzen seine Arme auf einem Tisch auf. Die Beine stellt er fest auf den Boden und hebt nun lediglich das Gesäß vom Stuhl ab. Diese Übung sollte der Bewohner mehrmals täglich durchführen. • Wir prüfen, ob eine Elektrostimulation sinnvoll eingesetzt werden kann. Auf ärztliche Anordnung wird die Muskulatur des Schließmuskels zweimal täglich mit Elektroden stimuliert. Dieses führt dazu, dass der Bewohner die Muskulatur bewusster wahrnehmen kann. Zudem wird die Muskulatur gestärkt. • Wir prüfen, ob der Einsatz von Biofeedback sinnvoll ist. Biofeedback-Trainingsgeräte messen die Muskulaturanspannung. Sobald ein vorher definierter Wert erreicht ist, wird dieses durch ein akustisches oder optisches Signal angezeigt. • Wir machen dem Bewohner klar, dass alle oben genannten Maßnahmen erst nach mehrmonatiger Anwendung Erfolge zeigen werden. • Ggf. kann das Problem durch einen chirurgischen Eingriff gelöst werden.	Schließmuskulatur zurück.
• Der Bewohner ist immobil und scheidet dünnflüssigen Stuhl aus.	• Wir prüfen, ob der Einsatz eines Fäkalkollektors sinnvoll ist. ○ Dieser Sammelbeutel aus geruchsdichtem Kunststoff ähnelt dem Material zur Stomaversorgung. Mit einem Hafring wird das System über dem Darmausgang angebracht und fängt alle Ausscheidungen auf. Durch ein Ventil wird vermieden, dass Darmgase den Beutel aufblähen. ○ Ein Fäkalkollektor muss nach spätestens 24 Stunden gewechselt werden. Allerdings kann der Inhalt über ein Verschlussystem abgelassen werden.	• Die Haut wird vor Kontakt mit Stuhl geschützt. • Unangenehme Gerüche werden zurückgehalten.
• Der Bewohner ist mobil	• Wir prüfen den Einsatz eines	• Der Bewohner ist

und wünscht seine Stuhlkontinenz zumindest temporär wieder herzustellen.	Analtampons. Dieser wird (ggf. vom Bewohner selbst) eingeführt und später mit einem Faden wieder entfernt. Analtampons können für rund 12 Stunden im Enddarm verbleiben und unterbinden in dieser Zeit einen ungewollten Stuhlgang. • Wir erklären dem Bewohner den Nutzen dieser Maßnahme. In vielen Fällen wird ein Analtampon wegen des Fremdkörpergefühls abgelehnt. • Bei Durchfall ist diese Maßnahme wirkungslos.	zeitweilig wieder stuhlkontinent. • Eine Geruchsbelästigung wird vermieden.
• Der Bewohner leidet häufig unter einer verstopfungsbedingten Überlauf-Inkontinenz. Es fließt also dünner Stuhl oder Darmschleim um einen Kotstein oder einen harten Kotballen herum.	• Die aktuelle Stuhlverstopfung wird beseitigt, etwa mittels Ausräumung oder per Einlauf. • Gleichzeitig gilt es, zukünftig weitere Verstopfungen zu verhindern. • Wir achten darauf auf eine angemessene Flüssigkeitsversorgung und stellen ggf. die Ernährung um. • Der Bewohner wird aufgefordert, sich regelmäßig körperlich zu bewegen. Ist dieses nicht mehr möglich, wird er mehrmals täglich passiv durchbewegt. • Der Bewohner wird jeden Morgen zur gleichen Zeit zur Toilette begleitet. Ggf. kann die Stuhlentleerung mit einem Klistier oder der Eingabe von Laxanzien angeregt werden.	• Die Überlauf-Inkontinenz wird beseitigt. • Der Bewohner hat keine Schmerzen mehr und kann kontrolliert abführen.
• Der Bewohner leidet unter anhaltender Diarrhöe, die zu einer Stuhlinkontinenz führt.	• Gemeinsam mit dem Hausarzt wird die auslösende Grunderkrankung ermittelt und behandelt. • Der Bewohner sollte ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen. Die Einfuhr wird ggf. protokolliert. • Ggf. stellen wir einen Toilettenstuhl bereit. • Die Kleidung des Bewohners kann mittels Sliepeinlagen geschützt werden. • Der Intimbereich wird mehrfach täglich gereinigt. • Wir prüfen, inwieweit die Ernährung umgestellt werden muss, um die Symptomatik zu verbessern. • Wir stellen sicher, dass die Diarrhöe nicht die Folge von Diuretikamissbrauch ist. In diesem Fall drängen wir nachdrücklich auf eine Einstellung der eigenmächtigen Medikamenteneinnahme.	• Die Diarrhöe wird überwunden. Der Bewohner wird wieder stuhlkontinent.
• Es liegen Schäden an	• Wir nutzen den gastrokolischen	• Der Bewohner ist

den Nerven, den Muskeln oder dem Rückenmark vor. Der Bewohner leidet unter Multipler Sklerose, einem Schlaganfall oder einer Querschnittslähmung.	Reflex aus. Wenn dem Bewohner Nahrung zugeführt wird, kann dieses den Defäkationsreiz auslösen. Häufig reicht dafür auch ein warmes Getränk. Wir begleiten den Bewohner 5 bis 30 Minuten nach der Nahrungsaufnahme auf die Toilette. • Ggf. kann eine rektale Irrigation genutzt werden. Hierfür wird ein Konos in den Enddarm eingebracht, über den lauwarmes Leitungswasser einfließt. Nach 45 Minuten ist der Darm vollständig entleert. Der Bewohner muss in den folgenden ein bis zwei Tagen nicht mehr abführen. Die Durchführung orientiert sich an der Irrigation bei Stomatragern.	zumindest zeitweise wieder stuhlkontinent.
Sich kleiden		
• Die Kleidung des Bewohners erschwert den Stuhlgang, sobald der Stuhl drang einsetzt.	• Die Kleidung sollte einfach und schnell zu öffnen sein. • Hosen und Röcke können mit Gummizügen oder Klettverschlüssen ausgestattet werden. • Die Kleidung sollte bequem zu tragen sein und nicht einschnüren. • Hinderliche Kleidungsangewohnheiten sollte der Bewohner umstellen, etwa mehrere Unterhosen übereinander zu tragen.	• Der Bewohner wählt Kleidung, die er bei Stuhl drang schnell und selbständig öffnen kann.
Sich beschäftigen		
• Der Bewohner schmiert mit Kot.	• Vorwürfe gegen den Bewohner sind nutzlos. Er versteht sie nicht. • Der Bewohner wird gewaschen, geduscht oder gebadet. Vor allem die Finger und Fingernägel müssen sorgfältig gesäubert werden. • Die Kleidung und die Bettwäsche werden gewechselt. • Das Bett und die Umgebung des Bewohners werden gereinigt und die Oberflächen desinfiziert. • Wenn durch das Kotschmieren die Gesundheit des Bewohners gefährdet ist, prüfen wir die Notwendigkeit von Fixierungsmaßnahmen. • Wir prüfen inwieweit ein kotschmierender Bewohner am Gemeinschaftsleben teilnehmen kann. Die Ekelgefühle von Mitbewohnern werden bei der Abwägung ebenso berücksichtigt wie die Belange des Bewohners. • Empfehlenswert ist es, ein Ersatzobjekt für den Stuhl (= weich, warm und schmiegsam) anzubieten.	• Das Kotschmieren wird beendet. • Der Bewohner langweilt sich nicht mehr.

	Es eignet sich z.B. ein Plastikhandschuh mit Therapieknete zu füllen oder Gelkissen in einem stabilen Plastikbeutel zu reichen. Auch Kirschkernkissen sind ein Angebot, mit denen sich der Betroffene taktil auseinandersetzen kann. Achtung: Angebote erst immer unter Beobachtung in die Hände geben. • Des Weiteren eignen sich nach Rücksprache mit dem Hausarzt und den Betreuern geschlossene Schlafanzüge mit Reißverschluss oder Druckknöpfen. Auch diese sollten zunächst unter Beobachtung angezogen werden und das Verhalten des Bewohners beobachtet werden. (Achtung: Fixierungsproblematik!)	
Für eine sichere Umgebung sorgen		
• Der Bewohner hat häufig nachts plötzlichen Stuhldrang. Auf dem Weg zur Toilette besteht eine erhöhte Sturzgefahr.	• Wir bitten den Bewohner, bei Stuhldrang nach der Pflegekraft zu klingeln und nicht ohne Hilfe aufzustehen. • Wenn der Bewohner klingelt, leisten wir umgehend Hilfe. • Ggf. stellen wir einen Nachtstuhl neben das Bett.	• Der Bewohner stürzt nicht. • Der Bewohner weiß, dass wir ihm sofort helfen, wenn er in der Nacht klingelt.
• Der Bewohner leidet unter Demenz.	• Die Tür des Badezimmers wird gekennzeichnet, etwa mit einem großen roten Herz, der Aufschrift "WC" oder einem Toilettensymbol. • Ggf. wird auch der Weg zur Toilette "ausgeschildert", beispielsweise durch rote Pfeile innerhalb des Bewohnerzimmers oder des Wohnbereiches. • Wir entwickeln feste Rituale im Zusammenhang mit dem Toilettengang und dem Sitzen auf der Toilette. • Gemeinsam mit den Angehörigen suchen wir nach typischen nonverbalen Signalen, mit denen der Bewohner anzeigt, dass er Stuhldrang verspürt.	• Vorhandene Fähigkeiten werden wachgerufen. • Der Defäkationsvorgang wird gezielt in Gang gebracht.
Soziale Bereiche des Lebens sichern		
• Der Bewohner ist einsam oder er fühlt sich vernachlässigt. Die Stuhlinkontinenz wird willentlich oder unbewusst vorgetäuscht, um Aufmerksamkeit oder Zuwendung zu erfahren oder Macht über die	• Wir achten darauf, dass der Bewohner ausreichend Aufmerksamkeit erfährt. Dieses insbesondere, wenn er zusammen mit einem anderen inkontinenten Mitbewohner in einem Zimmer lebt. Er sollte nicht zu dem Schluss kommen, dass er "zu kurz kommt", nur weil er kontinent ist. • Wir prüfen, ob das vorsätzliche	• Der Bewohner täuscht keine Stuhlinkontinenz vor, um mehr Aufmerksamkeit zu erfahren. • Der Bewohner kann darauf vertrauen, dass er von uns die notwendige

Pflegekräfte auszuüben. • Der Bewohner klingelt bei Stuhldrang nicht rechtzeitig, da er sehr zurückhaltend ist und "keine Arbeit machen will".	Kotabsetzen auf ein gestörtes Verhältnis zwischen Pflegekraft und Bewohner zurückzuführen ist. Ggf. wird die Zuordnung im Rahmen der Bezugspflege geändert. • Wir binden den Bewohner verstärkt in unser Freizeit- und Beschäftigungsprogramm ein. • Wir ermuntern den Bewohner, uns bei Stuhldrang frühzeitig zu informieren.	Unterstützung und Zuwendung erhält.
Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
• Der Bewohner will über die Stuhlinkontinenz nicht reden, da ihm die Problematik sehr peinlich ist. • Der Bewohner bagatellisiert das Problem.	• Wir suchen den Dialog mit dem Bewohner. Der behandelnde Hausarzt und die Angehörigen werden daran beteiligt. • Wir verdeutlichen dem Bewohner, dass es heute zahlreiche Techniken und Pflegemittel gibt, die auch bei Stuhlinkontinenz ein normales Leben ermöglichen. • Wir stellen ggf. den Kontakt zu Mitbewohnern her, die ebenfalls stuhlinkontinent sind und den Bewohner mit ihrem Beispiel aufmuntern können.	• Wir finden eine gemeinsame Basis, um mit dem Bewohner über die Stuhlinkontinenz reden zu können.
• Der Bewohner zeigt depressives Verhalten als Folge der Stuhlinkontinenz.	• Wir setzen konsequent auf das System der Bezugspflege. • Im Umgang mit Angehörigen beachten wir, dass das Thema "Stuhlinkontinenz" brisant sein kann. Häufig brachte erst die einsetzende Stuhlinkontinenz die häusliche Pflege zum Scheitern. • Wir achten das Schamgefühl des Bewohners und sorgen dafür, dass die Intimsphäre gewahrt bleibt. Dazu zählt etwa, dass Besucher und nicht benötigte Pflegekräfte das Zimmer bei der Intimversorgung verlassen. Ggf. wird ein Raumtrenner aufgestellt. • Wir erfragen die individuellen Ausscheidungsgewohnheiten und Rituale (etwa Zeitung lesen auf der Toilette). Diese werden soweit möglich auch von uns beachtet.	• Das Selbstbewusstsein des Bewohners wird gestärkt. Er bleibt im sozialen Gefüge der Einrichtung integriert. • Die Lebensfreude bleibt erhalten.

Standardpflegeplan „Prostatahyperplasie“

- Bei einer benignen Prostatahyperplasie (kurz "BPH" oder "Altherrenkrankheit") handelt es sich um eine Vergrößerung der Prostata. Die BPH ist gutartig und nicht entzündlich. Da die Störung aber stetig fortschreitet, kann es letztlich zu einer Verlegung der Harnleiter kommen, die dem Betroffenen das Wasserlassen erschwert.
- Bei jedem Zweiten der über 50-Jährigen ist die Prostata vergrößert. In der Altersgruppe der über 80-Jährigen sind es neun von zehn. Jeder fünfte Betroffene muss sich wegen der BPH ärztlich behandeln lassen. Daher gilt die Prostatahyperplasie in Deutschland als Volkskrankheit.
- Als wahrscheinlichste Ursache für BPH gelten hormonelle Veränderungen, die das Wachstum der harnröhrennahen (periurethralen) Drüsenanteile auslösen. Insbesondere das in der Prostata gebildete Dihydrotestosteron (eine Variante des männlichen Geschlechtshormons Testosteron) scheint bei der Krankheitsentstehung ein wichtiger Faktor zu sein.

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für Prostatahyperplasie. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
Sich bewegen		
• Der Bewohner hat nachts Harndrang. Er muss eine Toilette aufsuchen. Dieses erhöht die Sturzgefahr.	• Wir lassen in der Nacht ein Nachtlicht brennen. • Wir fordern den Bewohner auf, nach einer Pflegekraft zu klingeln, damit diese ihn auf die Toilette begleitet. • Wir entfernen Stolperfallen, insbesondere auf dem Weg vom Bett in Richtung Toilette. • Wir prüfen die Versorgung mit Inkontinenzmaterial. • Alle weiteren Maßnahmen des Standards "Sturzprophylaxe" werden umgesetzt.	• Der Bewohner stürzt nicht.
Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten		
• Der Bewohner wurde aus dem Krankenhaus in das Pflegeheim entlassen. Die Wundheilungsvorgänge sind noch nicht abgeschlossen. Das innere Wundareal muss ruhig gestellt werden, um Nachblutungen zu vermeiden.	• Wir raten dem Bewohner von allen Bewegungen ab, die das Wundgebiet erschüttern könnten. • Der Bewohner sollte keine schweren Lasten tragen oder heben. • Der Bewohner sollte nicht Fahrrad fahren, da dadurch der Wundbereich bewegt wird. • Wir vermeiden Pflegemaßnahmen, die mit starken Temperaturschwankungen verbunden sind, etwa	• Der Wundbereich kann komplikationsfrei abheilen.

	Wechselbäder. Der Bewohner sollte auf heiße Bäder und auf den Besuch einer Sauna verzichten.	
Der Bewohner erleidet eine Blasenentzündung.	Alle im Standard "Pflege von Bewohnern mit Harnwegsinfektionen" beschriebenen Maßnahmen werden umgesetzt.	Die Blasenentzündung heilt schnell und komplikationsfrei ab.
Der Bewohner erhält Alpha-Rezeptorenblocker, um die glatte Muskulatur von Prostata und Harnröhre zu entspannen.	- Die Vitalwerte des Bewohners werden regelmäßig erfasst. Wir rechnen stets damit, dass ein Blutdruckabfall und Synkopen (Ohnmachtsanfälle) auftreten. - Vor allem am Morgen ist damit zu rechnen, dass dem Bewohner schwindelig werden kann. Wir intensivieren daher die Maßnahmen im Rahmen der Sturzprophylaxe. - Das Medikament sollte unzerkaut nach dem Frühstück eingenommen werden. - Wir rechnen stets damit, dass sich der Bewohner übergibt (Nebenwirkung des Alpha-Rezeptorenblocker). - Wir klären den Bewohner darüber auf, dass die Wirkung der Alpha-Rezeptorenblocker oftmals erst nach Wochen oder Monaten vollständig einsetzt. Wir ermuntern den Bewohner, die Therapie nicht aufgrund der Nebenwirkungen vorzeitig zu beenden. - Wir bitten den Hausarzt ggf. um die Verschreibung alternativer Wirkstoffe. Als gut verträglich gelten Alfuzosin (Alpha-1-Rezeptorenblocker) oder Tamsulosin (selektiver Alpha-1-Adrenozeptorantagonist). Sehr schonend ist erfahrungsgemäß auch Terazosin (Derivat des Prazosins und selektiver Alpha-1-Rezeptorenblocker). Diese Medikamente sind zumeist auch für die Langzeittherapie geeignet.	- Die Beschwerden schnell gelindert. - Komplikationen werden vermieden.
Der Bewohner erhält Finasterid.	- Wir klären den Bewohner darüber auf, dass die Wirkung oftmals erst nach zwei Wochen einsetzt. - Der Bewohner kann als Folge der Einnahme unter Impotenz oder einer Verminderung der Libido leiden. Häufig kommt es auch zu einer Gynäkomastie, also einer Vergrößerung der Brust. Wir erläutern dem Bewohner, dass diese Nebenwirkungen nach dem Absetzen des Präparates wieder	- Die Beschwerden werden schnell gelindert. - Komplikationen werden vermieden.

	- nachlassen werden. - Es ist damit zu rechnen, dass die Körperbehaarung zunimmt. Falls es der Bewohner möchte, wird unerwünschte Behaarung entfernt. - Wir sorgen dafür, dass ein Arzt stets über die Einnahme von Finasterid informiert wird. Der Wirkstoff senkt das sog. "prostataspezifische Antigen". Dieser Effekt erschwert die Diagnose eines sich ggf. entwickelnden Tumors.	
Der Bewohner verwendet ohne ärztliche Rücksprache Medikamente, die im Fernsehen oder in Zeitschriften beworben werden.	- Wir bitten den Bewohner nachdrücklich darum, dem behandelnden Arzt dieses mitzuteilen. - Wir machen den Bewohner auf die zahlreichen Nebenwirkungen und Wechselwirkungen aufmerksam.	Es kommt zu keinen unerwünschten Neben- und Wechselwirkungen.
Sich pflegen		
Der Bewohner vernachlässigt die Körperpflege und insbesondere die Intimpflege. Dieses Verhalten erhöht das Risiko von Infektionen im Harnwegssystem.	- Wir ermuntern den Bewohner zu einer angemessenen Intimpflege. Falls notwendig leiten wir den Bewohner entsprechend an. - Wenn der Bewohner zu einer eigenständigen Intimpflege nicht in der Lage ist, wird dieses ganz oder teilweise von uns übernommen.	- Die Körperhygiene ist sichergestellt. - Es kommt zu keinen Infektionen.
Essen und trinken		
Der Bewohner trinkt nicht ausreichend, da er glaubt, auf diese Weise den Harndrang reduzieren zu können.	- Wir verdeutlichen dem Bewohner die Wichtigkeit einer angemessenen Flüssigkeitsversorgung. - Ggf. führen wir ein Trinkprotokoll. - Die Angehörigen werden gebeten, entsprechend auf den Bewohner einzuwirken.	Die Flüssigkeitsversorgung ist sichergestellt.
Die Prostatahyperplasie wird durch unangemessenen Flüssigkeitskonsum verstärkt.	- Der Bewohner sollte es vermeiden, ungewöhnlich große Mengen an Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Dieses insbesondere in Kombination mit Alkohol. - Der Bewohner sollte den Genuss von sehr kalten Getränken reduzieren.	Ein akuter Harnverhalt wird vermieden.
Ausscheiden		
Der Bewohner wird mit einem Blasenverweilkatheter versorgt. Der Bewohner empfindet diesen als "unheimlich" oder	Wir klären den Bewohner über die Notwendigkeit und die Funktionsweise eines Blasenkatheters auf. Wir richten uns dabei stets nach den intellektuellen Fähigkeiten des	Der Bewohner akzeptiert den Blasenverweilkatheter.

bedrohlich. Der Bewohner ist irritiert, da er nach der Versorgung mit einem Blasenverweilkatheter nicht mehr wie gewohnt regelmäßig Harndrang verspürt.	Bewohners, die etwa aufgrund einer Demenz eingeschränkt sein können.	
- Der Bewohner führt nicht regelmäßig ab. - Der Bewohner leidet unter Verstopfungen, die den abdominellen Druck erhöhen.	- Wir achten darauf, dass sich der Bewohner ballaststoffreich ernährt. - Wir prüfen die Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie.	- Alle weiteren im Standard "Obstipationsprophylaxe" beschriebenen Maßnahmen werden umgesetzt. - Durch die regelmäßige Darmentleerung wird der abdominelle Druck reduziert.
Der Stuhl ist verhärtet. Der Darm kann nur durch die sog. "Bauchpresse" entleert werden. Dieses beeinträchtigt die Heilung im Wundbereich nach einer Prostataresektion.	- Wir empfehlen dem Bewohner, bei der Stuhlentleerung auf die Nutzung der Bauchpresse zu verzichten. - Wir achten auf eine konsequente Obstipationsprophylaxe.	Der Wundbereich kann komplikationsfrei abheilen.
Der Bewohner lässt nur unregelmäßig Wasser.	Wir achten darauf, dass der Bewohner regelmäßig die Toilette aufsucht, auch wenn er dann noch keinen zwingenden Harndrang empfindet.	Durch die regelmäßige Blasenentleerung wird einem Harnverhalt vorgebeugt.
Der Bewohner hat als Folge einer Prostataresektion Schmerzen beim Wasserlassen.	Wir informieren den Bewohner, dass die Beschwerden nach vier bis sechs Wochen nachlassen werden.	Der Bewohner akzeptiert die Beschwerden als Teil des Heilungsprozesses.
Der Bewohner leidet unter einer Prostatahyperplasie im Anfangsstadium. Er ist bereits leicht inkontinent.	Der Bewohner sollte Beckenbodentraining durchführen.	Die Durchblutung der Prostata wird verbessert.
Der Bewohner leidet unter einem akuten Harnverhalt	- Der Bewohner erhält für zwei bis drei Tage einen Katheter. Danach probieren wir, ob die Miktion (wie in vielen Fällen) wieder spontan erfolgt. - Wir ermuntern den Bewohner, die Blase regelmäßig zu entleeren. Wir applizieren dafür lokal Wärme, etwa mittels einer Wärmflasche. - Wegen der Gefahr des	Der Bewohner kann wieder Wasser lassen.

	Harnrückstaus in die Nieren kann kein Blasentraining durchgeführt werden.	
Der Bewohner klagt über ein "Nachtropfen." Kleinere Urinmengen treten unwillkürlich aus und verschmutzen die Kleidung.	Wir raten dem Bewohner dazu, flüssigkeitsabsorbierende Einlagen zu tragen. Etwaige Bedenken versuchen wir damit zu entkräften, dass wir auf die Unauffälligkeit dieser Hilfsmittel hinweisen (etwa bei einem sog. "Tropfenfänger").	- Die Kleidung des Bewohners wird vor Verunreinigungen geschützt. - Der Bewohner akzeptiert die Nutzung von Einlagen.
Sich kleiden		
Bei kalter Witterung kühlt der Unterbauch des Bewohners häufig aus. In der Folge steigt das Risiko von Infektionen im harnableitenden System.	- Wir achten auf eine angemessene Kleidung sowie auf ein den Jahreszeiten entsprechendes Verhalten. - Durchfeuchtete Kleidung, etwa als Folge einer Inkontinenz, wird zeitnah gewechselt.	Wir vermeiden eine Unterkühlung, da diese die Symptomatik verstärken kann.
Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten		
Der Bewohner ist sexuell aktiv. Dieses beeinträchtigt die Heilung im Wundbereich nach einer Prostataresektion.	- Wir raten dem Bewohner dazu, vorübergehend auf sexuelle Aktivitäten zu verzichten. Dazu zählt insbesondere Masturbation. - Auf Wunsch wird auch der (ggf. vorhandene) Sexualpartner in die Beratung einbezogen.	Der Wundbereich kann komplikationsfrei abheilen.
Der Bewohner muss Hormonpräparate einnehmen. Diese führen zu Veränderungen des Körpers, etwa zu einer Gynäkomastie (Brustvergrößerung). Der Bewohner akzeptiert dieses nicht.	- Wir stehen dem Bewohner jederzeit für ein persönliches Gespräch zur Verfügung. - Wir versuchen den Bewohner mit anderen Betroffenen in Kontakt zu bringen, etwa im Rahmen einer Selbsthilfegruppe.	Der Bewohner akzeptiert die Veränderungen.
Nach Entfernung der Drüsengeschwulst fehlt beim Orgasmus der Verschluss des Blasenausgangs. Beim Höhepunkt kommt es zu einer retrograden Ejakulation (sog. "trockener Orgasmus"). Der Samen entleert sich bei einem Orgasmus in die Harnblase. Der Bewohner akzeptiert dieses nicht.	- Wir erklären dem Bewohner die anatomischen Zusammenhänge, die zu diesem Effekt führen. - Wir verdeutlichen dem Bewohner, dass dieses keine Auswirkungen auf seine Sexualität hat. Insbesondere ist das Orgasmusgefühl nicht beeinträchtigt.	Der Bewohner fühlt sich trotz der retrograden Ejakulation als vollwertiger Mann.
Der Bewohner wird als Folge einer Prostataresektion impotent.	Wir erklären dem Bewohner, dass diese Störung häufig nur vorübergehend ist. Dieses ist etwa	Der Bewohner fühlt sich trotz einer Prostataresektion

• Der Bewohner soll sich einer Prostataresektion unterziehen und hat große Angst impotent zu werden.	dann der Fall, wenn die Prostata zu stark "ausgeschält" wurde. • Wir verdeutlichen dem Bewohner, dass neun von zehn Betroffenen langfristig potent bleiben.	als vollwertiger Mann. • Unnötige Ängste werden abgebaut. • Der Bewohner stimmt einem notwendigen Eingriff zu.
--	--	--

Standardpflegeplan "Herzinsuffizienz"

Herzinsuffizienz bezeichnet das Unvermögen des Herzens, Blut mit ausreichender Kraft durch das Gefäßsystem zu befördern. Die häufigsten Ursachen sind:

- Erkrankungen des Herzmuskels, etwa Entzündungen
- Fehlfunktionen der Herzklappen (Aortenstenose oder Mitralsuffizienz)
- Bluthochdruck (arteriell oder pulmonal)
- akuter Herzinfarkt
- koronare Herzkrankheit

Die Schwere der Herzinsuffizienz wird in vier Stufen unterteilt:

- Stadium 1: Der Bewohner verfügt über eine normale Leistungskraft, lediglich per Elektrokardiogramm oder Echokardiogramm sind Abweichungen festzustellen.
- Stadium 2: Die Leistungsfähigkeit ist leicht eingeschränkt. Spaziergänge bis zu fünf Kilometer sind möglich. Bei stärkeren körperlichen Belastungen hingegen treten Beschwerden auf, etwa beim Treppensteigen oder Tragen größerer Lasten.
- Stadium 3: Der Bewohner ist in seinem Leistungsvermögen deutlich begrenzt und meistert nur noch leichte Tätigkeiten, wie etwa langsames Gehen auf ebenem Untergrund.
- Stadium 4: Schon im Ruhezustand kommt es zu Beschwerden.

Die Medizin unterscheidet zudem zwischen der latenten und der klinisch manifesten Herzinsuffizienz. Eine latente oder kompensierte Herzinsuffizienz liegt vor, wenn der Bewohner erst unter körperlicher Belastung Beschwerden verspürt. Der Körper kann mit verschiedenen Regulationsmechanismen die Schwäche des Herzens ausgleichen. Atemnot in Ruhe, Ödeme und Zyanose sind Anzeichen für eine manifeste oder dekomensierte Herzinsuffizienz, dabei kann der Körper die Herzschwäche nicht mehr ausgleichen. Die Schwere der Herzinsuffizienz kann im Laufe der Zeit zu- oder abnehmen.

Je nach Schädigung der rechten oder linken Herzkammer unterscheidet man zwischen einer Rechts- oder Linksherzinsuffizienz. Falls beide Herzkammern betroffen sind, handelt es sich um eine Globalinsuffizienz.

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für Herzinsuffizienz. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
Sich bewegen		
• Die körperliche Leistungsfähigkeit des Bewohners ist herabgesetzt. • Der Bewohner ermüdet leicht. • Der Bewohner leidet bei Belastung unter einer deutlich erhöhten	• Der Bewohner wird im Rahmen seiner körperlichen Möglichkeiten mobilisiert und aktiviert. • Bei Überlastung fordern wir den Bewohner auf, sich zu schonen. • Der Bewohner sollte keine Gegenstände heben, die mehr als fünf Kilo wiegen. • Einkäufe sollte der Bewohner mit einer Tragekarre erledigen.	• Der Bewohner kennt die Grenzen seiner körperlichen Belastbarkeit und beachtet diese.

- Pulsfrequenz. - Der Bewohner überschätzt seine körperlichen Fähigkeiten. Mit seinen Aktivitäten überfordert er sein Herzkreislaufsystem.		
Beim Aufstehen oder beim Gehen wird dem Bewohner schnell schwarz vor Augen. Er droht zu stürzen.	- Wir helfen dem Bewohner beim Aufstehen und bleiben in jedem Fall bei ihm, bis er sich an die Lageveränderung gewöhnt hat. - Direkt neben dem Bett kann ein Sessel oder ein Stuhl platziert werden. Dort kann sich der Bewohner festhalten. Bei drohender Bewusstlosigkeit kann sich der Bewohner zudem in den Sessel fallen lassen.	- Stürze beim Aufstehen werden vermieden. - Der Bewohner ist in der Lage, selbständig sein Bett zu verlassen.
Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten		
- Das Ausmaß der Herzinsuffizienz ist nicht genau bekannt. - Die Vitaldaten des Bewohners sind schwankend.	- Wir erfassen regelmäßig die Vitaldaten des Bewohners, insbesondere Atmung, Puls und Blutdruck. - Bei Diuretika-Gabe kann eine tägliche Gewichtskontrolle erforderlich werden. Wir messen außerdem den Bauchumfang mit einem Maßband. - Wir ermitteln regelmäßig die Belastungsgrenzen des Bewohners. Diese werden durch die Atmung und den Puls bestimmt. Der Bewohner soll sich soweit körperlich betätigen, dass weder Luftnot noch Tachykardie auftreten. Treten die Beschwerden auf, wird der Bewohner zukünftig etwas weniger gefordert. Gleichzeitig prüfen wir regelmäßig, ob sich der Zustand des Bewohners gebessert hat. Dann wird die körperliche Aktivität intensiviert.	- Die Leistungsfähigkeit des Bewohners wird korrekt bestimmt. - Der Bewohner wird im Rahmen seiner körperlichen Belastbarkeit gefordert. Es kommt zu keiner Überbelastung.
Der Bewohner ist kurzatmig.	- Dem Bewohner wird verdeutlicht, dass die Atembeschwerden die Folge der Herzinsuffizienz sind. - Bei Atemnot wird der Bewohner unterstützt. Der Oberkörper wird halbhoch gelagert. Die Arme werden leicht erhöht auf einem Kissen abgelegt. Ggf. erhält der Bewohner nach ärztlicher Verordnung Sauerstoff über eine Nasensonde oder Sauerstoffbrille. - Wir raten dem Bewohner, bei Luftnot sofort nach einer Pflegekraft zu klingeln. Auf ein Rufzeichen wird von uns sofort reagiert. - Der Bewohner wird mehrmals täglich besucht. Nach einer Luftnot suchen wir den Bewohner mehrmals stündlich auf. - Der Zustand des Bewohners wird engmaschig überwacht. Wichtig sind insbesondere Atemfrequenz, die Atemtiefe. Wir achten auf Beschwerden, Atemgeräusche und auf eine mögliche Zyanose. - Wir beobachten, bei welchen Tätigkeiten	- Der Bewohner kann beschwerdefrei atmen. - Der Bewohner hat keine Angst zu ersticken.

	gehäuft eine Luftnot auftritt. Diese Handlungen sollte der Bewohner in Zukunft meiden oder zumindest dabei unsere Hilfe annehmen.	
• Aufgrund der flachen und beschleunigten Atmung besteht das Risiko einer Pneumonie.	• Alle im Pflegestandard "Pneumonieprophylaxe" beschriebenen Maßnahmen werden umgesetzt.	• Eine Pneumonie wird vermieden. • Eine Pneumonie wird rechtzeitig erkannt.
• Der Bewohner leidet unter Ödemen. • Die Flüssigkeitszufuhr wurde auf ärztliche Anweisung reduziert. Der Bewohner leidet deshalb unter ständigem Durstgefühl.	• Wir informieren den Bewohner über die Zusammenhänge zwischen Ödemen und der Flüssigkeitszufuhr. • Wir führen einen Trinkplan oder helfen dem Bewohner dabei, diesen selbst zu führen. Ggf. ist eine komplette Flüssigkeitsbilanzierung erforderlich. • Ggf. werden die Mundschleimhaut und die Lippen regelmäßig angefeuchtet. • Wir achten auf eine angemessene Mundpflege und untersuchen den Mundraum regelmäßig auf krankhafte Veränderungen. • Die erlaubte Trinkmenge sollte möglichst gleichmäßig über den Tag verteilt werden. • Ggf. erhält ein durstiger Bewohner Eiswürfel zum Lutschen. • Der Hautzustand und insbesondere der Hautturgor werden engmaschig, mindestens jedoch einmal täglich, überwacht. • Die Verlaufs- und Erfolgskontrolle erfolgt durch tägliches Wiegen des Bewohners unter jeweils gleichen Bedingungen. • Ggf. werden vor dem Aufstehen die Beine gewickelt. • Bei ausgeprägten Ödemen sollte auf die Nutzung von medizinischen Thrombosestrümpfen verzichtet werden. Diese können bei Ödemen leicht verrutschen und eine venöse Stauung als Folge einer Einschnürung auslösen.	• Die Ödeme bilden sich zurück. • Der Bewohner leidet nicht unnötig unter der Flüssigkeitsbegrenzung. • Eine Exsikkose wird rechtzeitig bemerkt.
• Der Salzkonsum wurde auf ärztliche Anweisung reduziert. Der Bewohner klagt über geschmacksarme Speisen.	• Die Speisen des Bewohners werden ggf. mit Küchenkräutern gewürzt. • Durch kurze Garzeiten kann oftmals ein großer Teil des Aromas bewahrt werden.	• Der Salzkonsum wird reduziert, ohne die Lebensqualität des Bewohners unnötig zu beeinträchtigen.
• Der Bewohner erleidet bei einer Flachlagerung gehäuft Atemnot, da es zu einer Verschiebung des Blutvolumens kommt.	• Der Bewohner wird mit leicht erhöhtem Oberkörper gelagert. • In schweren Fällen kann ein Herzbett genutzt werden. Hierbei werden der Oberkörper und die Knie hoch gelagert. Das Becken und die Unterschenkel jedoch werden tief gelagert. • Bei dieser Lagerungsform muss auf Druckgeschwüre geachtet werden, da	• Der Bewohner wird angemessen gelagert. • Das Herz wird entlastet, ohne dass es zu einem Dekubitus kommt.

	Umlagerungen unter diesen Umständen problematisch sind und oftmals vom Bewohner nicht toleriert werden. • Eine rechtsseitige Lagerung ist einer linksseitigen vorzuziehen, um die Herzbelastung zu minimieren.	
• Die verringerte Leistungsfähigkeit des Kreislaufes führt zu einer Minderversorgung der Körperperipherie mit Sauerstoff. Dieses steigert das Risiko eines Dekubitus. • Der Bewohner ist aufgrund der Herzinsuffizienz immobil. Es kann jederzeit ein Druckgeschwür auftreten.	• Alle Maßnahmen des Standards "Dekubitusprophylaxe" werden umgesetzt.	• Ein Dekubitus wird vermieden. • Die Entstehung eines Dekubitus wird rechtzeitig bemerkt.
• Durch die Immobilität des Bewohners entfällt die Wirkung der Muskelvenenpumpe. Das Risiko einer Thrombose steigt. • Die Ödeme lösen eine erhöhte Hämokonzentration aus und steigern so die Zähflüssigkeit (Viskosität) des Blutes.	• Alle Maßnahmen des Standards "Thromboseprophylaxe" werden umgesetzt. • Die Nutzung von speziellen Lagerungen, Bewegungsübungen oder Antithrombosestrümpfen wird stets kritisch geprüft. Es ist nicht immer sichergestellt, dass das Herz das vermehrte Blutvolumen aufnehmen und weiterpumpen kann. Dieses insbesondere bei massiven Ödemen oder gar Lungenödemen. • Isometrische Spannungsübungen sind zumeist auch bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz möglich. • Auf das Hochlagern und Ausstreichen der Beine sollte bei Herzinsuffizienz verzichtet werden. Damit würde das Blut in zu großer Menge zurück zum Herzen fließen und dieses zusätzlich belasten.	• Eine Thrombose wird vermieden. • Die Entstehung einer Thrombose wird rechtzeitig bemerkt.
• Der Bewohner erhält Digitalisglykoside, um die Kraft und die Geschwindigkeit der Herzmuskelkontraktion zu steigern.	• Wir achten auf die Symptome einer Überdosis. Diese sind: ○ Reizbarkeit und Verwirrungszustände ○ Schwindel und Gleichgewichtsstörungen ○ starke Kopfschmerzen ○ Beeinträchtigungen der Sehfähigkeit, insbesondere Farbflecken oder komplette "Einfärbung" des Sichtfeldes in Richtung Gelb, Rot oder Grün. ○ Arrhythmien und Extrasystolen • Wir achten auf eine durchgängige Versorgung mit Kalium. Dieses muss ausreichend verfügbar sein, da ein Kaliummangel bei gleichzeitiger Digitalis-Therapie das Herz massiv schädigen kann.	• Eine Überdosierung wird vermieden. • Eine Überdosierung wird rechtzeitig erkannt.

	Alle gesundheitlichen Veränderungen, die auf Leber- oder Nierenfunktionsstörungen zurückzuführen sein könnten, müssen umgehend dem Arzt gemeldet werden. Bei einer unbemerkten Funktionseinschränkung dieser Organe können sich ansonsten die Digitalisglykoside anreichern und eine toxische Konzentration erreichen.	
Der Bewohner nimmt ACE-Hemmer ein. Er leidet unter den Nebenwirkungen dieser Therapie.	- Es kann zu Geschmacksstörungen und Hautreaktionen kommen. Diese werden genau beobachtet. Wir machen dem Bewohner deutlich, dass diese Symptome zumeist nur vorübergehend sind. - Möglich sind auch ein starker Blutdruckabfall sowie eine Verschlechterung der Nierenfunktion. Derartige Veränderungen müssen dem behandelnden Arzt umgehend mitgeteilt werden.	Etwaige Risiken und Nebenwirkungen durch die Einnahme von ACE-Hemmern werden rechtzeitig bemerkt.
- Der Bewohner nimmt die Medikamente nicht regelmäßig ein. - Der Bewohner verweigert die Einnahme und begründet dieses Verhalten mit den starken Nebenwirkungen.	- Wir weisen den Bewohner darauf hin, dass die regelmäßige Einnahme der Medikamente lebenswichtig ist. - Wenn der Bewohner unter Gedächtnisproblemen leidet, können Tablettenboxen genutzt werden, die mit verschiedenen Wochentagen beschriftet sind. - Falls der Bewohner mit der Einnahme der Medikamente überfordert ist, wird dieses von den Pflegekräften sichergestellt. - Das Verhalten des Bewohners wird dem Hausarzt berichtet, ggf. kann ein Alternativmedikament verschrieben werden.	- Der Bewohner nimmt alle Medikamente rechtzeitig und regelmäßig ein. - Abweichungen werden von uns rechtzeitig bemerkt.
Sich pflegen		
Der Bewohner ist aufgrund seiner verringerten Leistungsfähigkeit nicht in der Lage, sich eigenständig zu waschen.	- Die Körperpflege wird von uns ganz oder teilweise übernommen. Wir überprüfen stets, ob der Bewohner einzelne Maßnahmen eigenständig durchführen kann. - Ggf. kann die Waschung unterbrochen werden, um dem Bewohner eine Pause zu verschaffen. - Im Bett sollten die Beine, der Rücken, das Gesäß und die Genitalien gesäubert werden. Die weiteren Körperregionen kann der Bewohner unter Anleitung mit Unterstützung vor dem Waschbecken i.d.R. selbst waschen. Der Bewohner erhält falls notwendig Pausen, um sich zu erholen. - Ein Vollbad darf nur von kurzer Dauer sein, etwa 10 Minuten. Das Wasser sollte nur rund 34° C warm sein und bis zum Bauchnabel reichen. Der Bewohner darf dabei nicht unbeobachtet bleiben. - Bei einer ausgeprägten Herzinsuffizienz wird die Körperpflege erst nach dem Frühstück durchgeführt. Der Bewohner hat dann zumeist mehr Kraftreserven.	- Die Körperpflege ist sichergestellt. - Der Bewohner beteiligt sich im Rahmen seiner Fähigkeiten an der Körperpflege.

Essen und trinken		
Der Bewohner raucht.	- Wir dringen nachdrücklich auf einen Nikotinverzicht oder zumindest auf eine deutliche Reduzierung des Tabakkonsums. - Wir bitten Ärzte und Angehörige, entsprechend auf den Bewohner einzuwirken.	- Der Bewohner kennt die Risiken, die durch das Rauchen ausgelöst werden. - Der Bewohner reduziert das Rauchen deutlich oder stellt es im Idealfall sogar ein.
Der Bewohner konsumiert zu viel Kaffee, schwarzen Tee oder Alkohol.	- Wir dringen nachdrücklich auf eine deutliche Reduzierung des Konsums. - Wir bitten Ärzte und Angehörige, entsprechend auf den Bewohner einzuwirken.	Der Bewohner reduziert den Konsum dieser Genussstoffe.
Der Bewohner hat keinen Appetit mehr und verliert Körpergewicht. Es droht Untergewicht.	- Der Bewohner erhält ggf. Wunschkost oder hochkalorische Nahrung. - Wir binden die Angehörigen in unsere Versuche ein, den Bewohner zum Essen zu motivieren. Ggf. können diese (salzarme!) Speisen von zuhause mitbringen.	Der Gewichtsverlust wird gestoppt. Der BMI normalisiert sich.
Ausscheiden		
Der Bewohner verspürt in der Nacht vermehrt Harndrang. Dieses beeinträchtigt die Nachtruhe. Die nächtlichen Toilettengänge erhöhen zudem die Sturzgefahr.	- Der Bewohner wird in die Nutzung eines Toilettenstuhles eingewiesen. - Der Bewohner wird gebeten, bei Harndrang nach einer Pflegekraft zu klingeln. - Rund zwei Stunden vor der Bettruhe sollte der Bewohner den Flüssigkeitskonsum drosseln. Der Flüssigkeitsbedarf sollte in der übrigen Zeit gedeckt werden.	- Der Bewohner kann nachts abführen, ohne dass er Gefahr läuft zu stürzen. - Der nächtliche Schlaf wird nicht unnötig beeinträchtigt.
Der Bewohner leidet unter Obstipation.	- Wir sorgen für eine angemessene Flüssigkeitszufuhr. - Der Bewohner soll sich im Rahmen seiner körperlichen Fähigkeiten bewegen und damit die Verdauung anregen. - Der Bewohner soll faser-, vitamin- und eiweißreiche Kost zu sich nehmen. Meiden sollte er fettreiche Speisen. - Bei Übergewicht sollte eine kalorienarme Ernährung gewählt werden und somit der BMI normalisiert werden. - Wir bieten dem Bewohner getrocknete Früchte an, sofern er diese toleriert. - Die drei Hauptmahlzeiten werden auf fünf oder sechs kleinere Mahlzeiten verteilt. - Zumindest einmal, besser zweimal in der Woche sollte der Bewohner einen Obst- und Reistag einlegen. - Bei einer Diuretikatherapie sollte eine kaliumreiche Kost verabreicht werden, also insbesondere Kartoffeln, Salate, Gemüse und Obst. Wichtig: Der Wasseranteil der	- Der Bewohner führt regelmäßig ab. - Der Bewohner hat beim Stuhlgang keine Schmerzen.

	Früchte muss bei der Flüssigkeitsbilanzierung angerechnet werden.	
Der Bewohner erhält Diuretika, um der Ödembildung entgegenzuwirken.	- Wir achten auf die häufigsten Nebenwirkungen und kompensieren diese ggf. - paralytischer Ileus - Verwirrheitszustände - Gangunsicherheiten, Gleichgewichtsstörungen - Einschränkungen der Sensibilität - Herzrhythmusstörungen - Krämpfe in den Waden - Muskelschwäche - Austrocknen der Mundhöhle, ständiges Durstgefühl - Aggressivität - Apathie, depressive Stimmungsbilder - allgemeiner Leistungsverlust - Senkung des Blutdruckes - Bei Immobilität besteht ein erhöhtes Risiko von Thrombosen. - Die Wirkung der Diuretika wird sorgfältig erfasst. Also insbesondere: - Wann und wie häufig geht der Bewohner auf die Toilette? - Belasten die häufigen Toilettengänge den Bewohner körperlich oder seelisch?	- Die Wirkungsweise der Diuretika auf den Bewohner wird korrekt erfasst. - Die Lebensqualität des Bewohners wird möglichst wenig durch die Nebenwirkungen beeinträchtigt.
Sich kleiden		
Der Bewohner wählt häufig unangemessene Kleidung.	- Wenn der Bewohner aufgrund der Herzinsuffizienz häufig über Schwindel klagt, raten wir ihm dazu, auch im Wohnbereich festes Schuhwerk zu tragen und damit die Sturzgefahr zu verringern. - Der Bewohner sollte bequeme Kleidung wählen, die nicht einschnürt. - Wenn der Bewohner Diuretika einnimmt, sollte er Kleidung wählen, die sich bei plötzlichem Harndrang schnell öffnen lässt. - Im Winter sollte der Bewohner tendenziell etwas wärmere Kleidung wählen, da er schneller friert als Gesunde, dieses aber häufig nicht rechtzeitig bemerkt. Ggf. erhält der Bewohner lockere Wollsocken oder eine zusätzliche Decke um die Füße.	Der Bewohner ist richtig gekleidet und wird insbesondere vor Auskühlung geschützt.
Ruhen und schlafen		
Der Bewohner findet aufgrund des Harndranges oder anderer Beschwerden in der Nacht nicht ausreichend Ruhe. Er ist am Tag schläfrig und	- Wir geben dem Bewohner am Tag die Möglichkeit, den Schlaf nachzuholen. Dieses allerdings nur in Maßen. Der Tagschlaf darf den Nachtschlaf nur ergänzen und nicht ersetzen. - Wir variieren die Vergabezeiten der Diuretika. Werden diese zu spät am Abend appliziert, werden in den folgenden Stunden weitere Toilettengänge erforderlich. - Der Bewohner sollte vor dem Schlafengehen	- Der Bewohner erhält ausreichende Ruhephasen. - Eine Umkehr des Tag/Nacht-Zyklus wird vermieden.

kraftlos.	keine schweren Mahlzeiten zu sich nehmen.	
Sich beschäftigen		
Die Möglichkeiten zur Freizeitbeschäftigung sind reduziert, da der Bewohner aufgrund der Herzinsuffizienz nur noch eingeschränkt körperlich belastbar ist.	- Wir stehen dem Bewohner jederzeit für ein Gespräch zur Verfügung. - Gemeinsam suchen wir Beschäftigungsmöglichkeiten, die den Bewohner nicht überlasten.	Der Bewohner findet neuen Lebensmut und neue Lebensinhalte.
Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten		
Der Bewohner befürchtet, dass sexuelle Aktivitäten sein Herz überlasten.	Wir suchen den Dialog mit dem Bewohner. Wir erläutern ihm, dass das Risiko eines Herzversagens bei sexuellen Aktivitäten sehr gering ist.	- Der Bewohner hat keine unnötigen Ängste. - Eine Partnerschaft erleidet keinen Schaden.
Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
- Der Bewohner ist aufgrund der Herzinsuffizienz verunsichert und vermeidet körperliche Aktivität. Dieses insbesondere aus Angst vor Stürzen. - Der Bewohner hat Angst vor einem Herzversagen. - Der Bewohner hat ein erhöhtes Sicherheitsbedürfnis.	- Wir gehen auf die Ängste des Bewohners ein. Unnötige Befürchtungen versuchen wir gemeinsam mit dem Hausarzt zu zerstreuen. - Wir aktivieren den Bewohner und verschaffen ihm Erfolgserlebnisse. Fortschritte werden von uns gelobt.	- Der Bewohner gewinnt das Selbstvertrauen und die Freude am Leben zurück. - Übermäßige Ängste werden zerstreut.

Standardpflegeplan "Hypertonie"

Eine Hypertonie liegt vor, wenn der Blutdruck dauerhaft einen Wert von systolisch 140 mmHg und diastolisch 90 mmHg überschreitet.

Die Hypertonie wird in die primäre und die sekundäre Hypertonie eingeteilt.

- Bei der primären Hypertonie lässt sich der Auslöser der Blutdruckregulationsstörung nicht klar bestimmen. Zumeist wird der Bluthochdruck durch verschiedene äußere Faktoren ausgelöst, wie etwa Alkohol, Übergewicht, Nikotin oder Stress. 90 Prozent aller Hypertonie-Fälle zählen zur primären Hypertonie.
- Bei der sekundären Hypertonie wird die Blutdruckerkrankung von einer anderen Grunderkrankung ausgelöst, wie etwa Arteriosklerose, Nierenerkrankungen oder Hormonstörungen.

Als Grenzwerte hat die WHO definiert:

- Optimal: Systolischer Blutdruck (mmHg) < 120 und Diastolischer Blutdruck (mmHg) < 80
- Normal: Systolischer Blutdruck (mmHg) < 130 und Diastolischer Blutdruck (mmHg) < 85
- Hochnormal: Systolischer Blutdruck (mmHg) 130-139 und Diastolischer Blutdruck (mmHg) 85-89
- Hypertonie Grad 1: Systolischer Blutdruck (mmHg) 140-159 und Diastolischer Blutdruck (mmHg) 90-99
- Hypertonie Grad 2: Systolischer Blutdruck (mmHg) 160-179 und Diastolischer Blutdruck (mmHg) 100-109
- Hypertonie Grad 3: Systolischer Blutdruck (mmHg) >180 und Diastolischer Blutdruck (mmHg) >110

Im Alter ist die Hypertonie häufig die Folge der sinkenden Elastizität der Aorta und der peripheren Blutbahnen. Dieses führt dann zu einer leichten bis mittelgradigen Steigerung des systolischen Wertes. Der diastolische Wert bleibt normal. 60 bis 70 Prozent aller Senioren über 65 Jahre leiden an Hypertonie.

Eine hypertensive Krise ist ein starker, plötzlich auftretender Anstieg des systolischen und meist auch des diastolischen Blutdrucks (systolischer Blutdruck (mmHg) >220 und diastolischer Blutdruck (mmHg) >120). Dieses kann zu einem Herzinfarkt oder zu Hirnblutungen führen.

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für Hypertonie. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
Sich bewegen		
• Der Bewohner ist körperlich inaktiv.	• Wir raten dem Bewohner zu mehr körperlicher Aktivität. Das Ausmaß der Bewegung ist abhängig vom aktuellen körperlichen Zustand. Möglich sind: Jogging, Walking, Fahrradfahren, ausgedehnte Spaziergänge. • Generell sollte sich der Bewohner körperlich bewegen, ohne sich anzustrengen. • Nach Möglichkeit sollte der Bewohner	• Der Bewohner intensiviert seine körperlichen Aktivitäten.

	dreimal wöchentlich je 30 Minuten trainieren.	
Nach körperlicher Aktivität klagt der Bewohner über Schwindel, Ohrensausen, Kopfschmerzen und Müdigkeit.	- Wir führen regelmäßig Puls- und Blutdruckkontrollen durch. Wir weisen den Bewohner in die Messtechnik ein, damit er diese Vitalwerte eigenständig ermitteln kann. - Wir passen die Trainingsübungen an die körperlichen Fähigkeiten des Bewohners an. Über- und Unterforderungen sollten vermieden werden. - Wenn dem Bewohner schwindelig wird, soll dieser die Übung abbrechen und pausieren. Bei der nächsten Trainingseinheit wird die Intensität entsprechend reduziert. - Der Bewohner soll bei Übungen eine Pressatmung vermeiden. Er sollte zudem eine Tieflagerung des Kopfes vermeiden.	Der Bewohner ist im Rahmen seiner Fähigkeiten körperlich aktiv.
Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten		
Das Ausmaß der Hypertonie ist nicht bekannt.	- Der Bewohner wird angeleitet, damit er die Messung eigenständig durchführen kann. - Der Blutdruck sollte dreimal täglich gemessen werden. Dieses immer zur gleichen Zeit und direkt vor der Einnahme der Antihypertonika. - Zusätzlich sollte der Bewohner bei auftretenden Beschwerden messen. - Die Ergebnisse sollte der Bewohner im Blutdruckpass mit Datum, Uhrzeit und einer Beschreibung seines subjektiven Befindens vermerken. Hinweis: Die selbständige Messung sollte nur dann erfolgen, wenn der Bewohner weder besonders ängstlich noch hypochondrisch ist. Ansonsten besteht die Gefahr, dass sich der Bewohner durch hohe Messergebnisse und daraus folgender Aufregung selber "hochschauelt".	Das Ausmaß der Hypertonie wird korrekt erfasst.
Der Bewohner leidet mutmaßlich unter "Praxishypertonie". Normalerweise ist der Blutdruck nicht signifikant erhöht. Erst die aufregende Messsituation löst die Hypertonie aus.	- Wir weisen den Bewohner in die Bedienung des Blutdruckmessgerätes ein. Er soll die Werte eigenständig ermitteln und in ein Protokoll eintragen. - Wir prüfen, ob eine 24-Stunden-Blutdruckmessung mit einem entsprechenden Messgerät sinnvoll ist.	Fehlmessungen aufgrund der situationsbedingten Aufregung werden vermieden.
Die Auswirkungen der Hypertonie auf das Wohlbefinden des Bewohners sind nicht erfasst.	Wir prüfen, welche Folgen der Bluthochdruck hat. Wichtige Kriterien sind etwa: - Herzklopfen - Nervosität - Sehstörungen - Atemnot - häufiges Nasenbluten - Gedächtnisstörungen	Uns ist jederzeit bekannt, wie sich die Hypertonie auf den Zustand des Bewohners auswirkt.

	Schlafstörungen	
- Der Bewohner verweigert sich trotz intensiver Aufklärung jeder Therapie. - Die Therapie wird durchgeführt, bleibt aber erfolglos.	Wir stellen uns darauf ein, dass der Bewohner entsprechende Spätfolgen erleidet. - Aufgrund von Gefäßveränderungen im Gehirn kann der Bewohner Gehirnleistungsstörungen erleiden. Bei einer Ruptur der Adern ist das Leben des Bewohners durch die Blutungen bedroht. - Die Gefäßveränderungen können zudem zu Schäden auf der Netzhaut führen, etwa Blutungen oder eine Ablösung. Daher ist eine regelmäßige Untersuchung des Augenhintergrundes erforderlich. - Der Bewohner wird letztlich eine koronare Herzkrankheit erleiden. Diese löst Angina pectoris, Herzinfarkt, Linksherzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen und akuten Herztod aus. Das Ausmaß der Schäden sollte durch Röntgenaufnahmen des Brustkorbes, EKG sowie durch Echokardiographie ermittelt werden. - Langfristig ist mit einem Leistungsabfall der Nieren zu rechnen. Dieses ist die Folge einer arteriosklerotischen Veränderung der Nierenarterien.	Auftretende Spätschäden werden rechtzeitig erkannt. Deren Auswirkungen auf die Gesundheit des Bewohners werden auf ein Minimum eingegrenzt.
Der Bewohner soll sich einer Hormonanalyse unterziehen. Damit kann eine hormonelle Ursache für die Hypertonie ausgeschlossen werden.	- Drei Tage vor der Hormonanalyse sollte der Bewohner auf den Genuss von Bananen, Vanille, Nüssen oder Zitrusfrüchten verzichten. - Der Bewohner nimmt keinen Käse, Kaffee oder schwarzen Tee zu sich. - Arzneimittel werden falls möglich und ärztlich angeordnet für diesen Zeitraum abgesetzt.	Die Hormonanalyse wird korrekt durchgeführt. Verfälschende Faktoren werden minimiert.
Der Bewohner leidet unter einer sekundären Hypertonie. Der Bluthochdruck ist also die Folge einer Primärerkrankung, etwa: - renale Hypertonie (etwa als Folge einer Nierenarterienstenose oder einer Pyelonephritis) - endokrine Hypertonie (etwa als Folge eines Hyperaldosteronismus oder bei Morbus Cushing) - medikamentöse Hypertonie (etwa als Folge der Verabreichung	- Die primäre Erkrankung wird in enger Kooperation mit dem Haus-/Facharzt behandelt. - Die symptomatische Behandlung ähnelt der der primären Hypertonie. Der Bewohner erhält etwa ACE-Hemmer oder Betablocker.	Der Blutdruck wird gesenkt.

- von Glukokortikoiden) • kardiovaskuläre Hypertonie (etwa als Folge einer Aorteninsuffizienz)		
• Bei dem Bewohner liegt eine Gefäßveränderung vor.	• Die Therapie sollte einschleichend begonnen werden. Erst wenn der Bewohner gut auf das Präparat reagiert, wird die Dosis Schritt für Schritt auf das letztlich gewünschte Maß erhöht. • Wenn die Therapie beendet oder abgebrochen werden soll, ist es sinnvoll, die Dosis im Verlauf mehrerer Tage auf null zu reduzieren. Ein abruptes Absetzen des Medikaments würde die Anpassungsfähigkeit der Blutgefäße überfordern.	• Die Hypertonie kann trotz Gefäßveränderungen durchgeführt werden.
• Es gelingt zwar den Blutdruck zu senken. Dieses führt aber dazu, dass das Herz und das Gehirn des Bewohners nicht mehr ausreichend versorgt werden.	• Wir streben zwar einen normalen bis grenzwertigen Blutdruckwert an. Wenn der Bewohner allerdings mentale Ausfallerscheinungen zeigt (etwa als Folge einer Minderdurchblutung im Hirn), bremsen wir die Absenkung des Wertes. • Wir beobachten und dokumentieren den Zustand des Bewohners. Wir wägen ab, in welchem Maße ein erhöhter Blutdruck hingenommen werden kann, um das Wohlbefinden des Bewohners zu erhalten.	• Der Blutdruck wird nur bis zu einem Wert gesenkt, der ihm ein akzeptables Befinden ermöglicht.
• Der Bluthochdruck lässt sich durch eine Umstellung der Lebensweise allein nicht senken.	• Der Bewohner wird medikamentös behandelt. • Zunächst wird lediglich ein Präparat verabreicht. Dabei handelt es sich abhängig vom Krankheitsbild um einen Kalziumantagonisten, einen ACE-Hemmer, einen Betablocker oder um ein Diuretikum. • Die Wirkung des Präparates wird laufend überprüft. Sollte die gewünschte Blutdruckreduktion ausbleiben, können zwei und letztlich auch drei Wirkstoffe kombiniert werden.	• Der Bewohner erhält eine wirksame medikamentöse Behandlung. • Die medikamentöse Behandlung wird angemessen überwacht.
• Der Bewohner ist körperlich in schlechter Verfassung. Eine zu rasche Senkung des Blutdruckes würde das Risiko von Komplikationen (vor allem Schlaganfall) erhöhen.	• Der Bewohner sollte möglichst eine Monotherapie (also nur ein Präparat) erhalten. • Die Dosis sollte so gering wie möglich gewählt werden. • Der Zustand des Bewohners wird vor allem im Anschluss an die Medikamentenverabreichung engmaschig überwacht. Dazu zählt insbesondere die Erhebung der Vitaldaten, also Puls, Blutdruck usw.	• Trotz schlechter körperlicher Verfassung wird der Blutdruck medikamentös reduziert.
• Der Bluthochdruck	Wir achten auf die häufigsten Nebenwirkungen der üblichen Präparate:	• Nebenwirkungen der

des Bewohners wird medikamentös behandelt. Nebenwirkungen könnten jederzeit auftreten.	• Thiazide (Diuretika): ○ Hypokaliämie (Elektrolytstörung mit Erniedrigung der Kaliumkonzentration im Blut) ○ Gichtschub ○ Blutzuckeranstieg • kaliumsparende Diuretika: ○ Störungen des Magen-Darm-Traktes • ACE-Hemmer: ○ Husten ○ Veränderungen im Blutbild ○ Schwindel ○ Hautveränderungen ○ Nierenfunktionseinschränkungen • Kalziumantagonisten ○ Herzrhythmusstörungen • Betablocker ○ Bradykardie ○ gastrointestinale Beschwerden ○ bei Diabetikern erhöhte Gefahr einer Hypoglykämie ○ Reizhusten Hinweise: • Der Bewohner sollte die Medikamente in keinem Fall eigenmächtig absetzen. In den meisten Fällen lassen die Nebenwirkungen nach wenigen Tagen nach. • Im fortgeschrittenen Alter sind viele Betroffene multimorbide und nehmen entsprechend viele Medikamente. Daher muss der Beipackzettel stets sorgfältig gelesen werden. • Die Wirkung der Medikamente wird genau erfasst. Wenn der Bewohner über Kopfschmerzen, Benommenheit oder Herzklopfen klagt, wird umgehend der Blutdruck gemessen. Bei zu hohen Werten wird dann umgehend der Arzt informiert.	medikamentösen Behandlung werden rechtzeitig erkannt und ihre Auswirkungen auf das Wohlbefinden des Bewohners minimiert.
• Der Bewohner leidet unter einer schweren oder schwer einstellbaren Hypertonie. • Der Blutdruck des Bewohners steigt häufig unvermittelt stark an.	• Wir bitten um eine Bedarfsmedikation vom Arzt. Grenzen und Dosierungen müssen von diesem schriftlich fixiert werden. • Die Bedarfsmedikation wird regelmäßig an den aktuellen Gesundheitszustand angepasst.	• Auch starke Schwankungsspitzen des Blutdruckes werden medikamentös kompensiert.
Essen und trinken		
• Der Bewohner ernährt sich zu kalorienreich. Er hat Übergewicht.	• Wir stellen gemeinsam mit dem Bewohner einen Diätplan auf, um das Übergewicht abzubauen. Durchschnittlich sollte er nur noch 70 bis 80 Gramm Fett pro Tag zu sich nehmen. • Der Bewohner wird von den Vorteilen eines	• Das Körpergewicht wird normalisiert. • Der Bewohner ernährt sich ausgewogen. Der

	normalen Körpergewichts überzeugt. • Einmal in der Woche wird der Bewohner gewogen. Er wird für Erfolge bei der Gewichtsreduktion gelobt. • Wir raten dem Bewohner, auf den Konsum von Süßwaren zu verzichten. • Parallel zum sinkenden Körpergewicht prüfen wir eine Reduktion der Medikamentierung.	Kalorienkonsum orientiert sich am Bedarf.
• Der Bewohner nimmt über das Essen zu viel Salz auf. Dieses steigert den Blutdruck zusätzlich.	• Der Bewohner sollte nicht mehr als fünf Gramm Salz pro Tag zu sich nehmen. • Wir raten dem Bewohner dazu, bei Tisch die Speisen nicht nachzusalzen. • Wir ersetzen Nahrungsmittel mit hohem Salzgehalt durch salzärmere Speisen. So sollte der Bewohner besser Kräuterquark statt Schnittkäse oder Pellkartoffeln statt Salzkartoffeln zu sich nehmen. • Der Bewohner sollte den Fleischkonsum reduzieren und dieses nur zweimal in der Woche zu sich nehmen. Dazu zählen insbesondere auch Wurstwaren. • Der Konsum von Käse sollte reduziert werden. • Der Bewohner sollte Fastfood-Produkte meiden. • In vielen Fällen lassen sich salzarme Gerichte durch Kräuter und Gewürze so zubereiten, dass sie dennoch schmecken. • Garmethoden, die den Eigengeschmack erhalten, sollten bevorzugt werden. Also etwa Grillen, Dünsten oder Dämpfen. • Die Speisen werden erst nach der Zubereitung gesalzen. (Hinweis: Der Einfluss von Salz auf den Blutdruck ist umstritten. Viele Mediziner bestreiten, dass sich durch eine Reduktion des Salzkonsums eine Hypertonie bekämpfen lässt.)	• Der Salzkonsum wird auf ein Minimum reduziert.
• Der Bewohner nimmt zu wenig Kalium zu sich. Der Blutdruck senkende Effekt von Kalium kann nicht genutzt werden.	• Wir raten dem Bewohner zu einer kaliumreichen Kost. Dazu zählt insbesondere der Konsum von Gemüse, Pilzen, Dörrobst, frischem Obst, Hülsenfrüchten, Nüssen und Samen.	• Der Bewohner nimmt ausreichend Kalium zu sich.
• Der Bewohner konsumiert viele Zigaretten.	• Wir raten dem Bewohner dazu, das Rauchen völlig einzustellen. Ist dieses nicht möglich, sollte der Nikotinkonsum deutlich reduziert werden.	• Der Bewohner kennt die Gefahren, die vom Nikotinkonsum ausgehen. • Der Bewohner stellt das Rauchen ein.
• Der Bewohner konsumiert große	• Wir raten dem Bewohner, den Alkoholenuss deutlich zu begrenzen. Bei Männern liegt die empfohlene Obergrenze bei 20 bis 30 Gramm, bei Frauen bei 10 bis 20 Gramm.	• Der Bewohner trinkt weniger

Mengen Alkohol.	Männer können also höchstens einen Drittel Liter Wein oder einen dreiviertel Liter Bier trinken. • Alkohol ist ein effektiver Energielieferant. Daher muss der Alkoholgenuss bei der Berechnung des täglichen Kalorienkonsums berücksichtigt werden. • Wenn der Bewohner Alkohol und blutdrucksenkende Medikamente gleichzeitig einnimmt, kann dieses die kognitiven Fähigkeiten einschränken. Die Sturzgefahr ist erhöht.	Alkohol.
• Der Bewohner konsumiert Kaffee oder schwarzen Tee in großen Mengen.	• Wir raten dem Bewohner dazu, Kaffee nur in Maßen und niemals zum Wachbleiben zu konsumieren. • Alternativ bieten wir dem Bewohner immer wieder koffeinfreien Kaffee an.	• Der Bewohner konsumiert Kaffee und schwarzen Tee in akzeptablen Mengen.
• Der Bewohner nimmt Rauschgifte ein, die den Blutdruck erhöhen, etwa Kokain oder Amphetamin.	• Wir machen dem Bewohner nachdrücklich deutlich, welche Gefahren von dem Genuss dieser Rauschgifte ausgehen. • Wenn wir mit dieser Suchtproblematik überfordert sind, prüfen wir die Überweisung in eine Fachklinik.	• Dem Bewohner sind die Risiken seines Handelns bekannt. • Er verzichtet auf den Konsum von Rauschgift.
Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
• Der Bewohner steht dauerhaft unter großem mentalem Stress. Dieser Stress ist (mit-)ursächlich für die Hypertonie.	• Wir vermitteln dem Bewohner verschiedene Entspannungsübungen. • Wir sorgen für einen geregelten Tagesablauf mit ausreichend Ruhepausen. • Ängste und Unruhe versuchen wir durch Vertrauensbeziehungen und Gesprächsangebote zu reduzieren. Wir setzen konsequent auf Bezugspflege. Letztlich prüfen wir, ob der Bewohner Beruhigungsmittel erhalten sollte.	• Die Stressbelastung wird soweit reduziert, dass sie keine Hypertonie mehr begünstigt.

Standardpflegeplan "Pflege von Senioren nach Frakturen"

Eine Fraktur ist eine traumatische Verletzung des Knochens, die diesen in mindestens zwei Bruchstücke zerteilt. Diese Schädigung kann auf verschiedene Ursachen zurückgehen:

- Eine einmalige direkte Gewalteinwirkung, die zeitgleich den Knochen brechen lässt (also etwa ein Schlag oder ein Stoß).
- Eine indirekte Gewalteinwirkung in einiger Entfernung zum Knochen, die diesen über eine Hebelwirkung brechen lässt.
- Eine dauerhafte Einwirkung von Mikrotraumen, die nach gewisser Zeit zu einem Ermüdungsbruch führt.
- Der Bruch von vorgeschädigtem Knochengewebe durch eine relativ schwache Gewalteinwirkung (sog. "pathologische Fraktur").

Frakturen werden in geschlossene und offene Frakturen unterteilt.

- Bei einer geschlossenen Fraktur bleiben Haut und Weichteile unverletzt.
- Bei einer offenen Fraktur kommt es zu teils ausgeprägten Weichteilverletzungen mit unterschiedlichem Ausmaß.
 - Grad 1: Die Haut wird von innen nach außen mit einem Knochenfragment durchstoßen.
 - Grad 2: Die Haut wird von außen nach innen durchrissen. Es kommt zu einer großen Hautwunde, die Weichteile bleiben jedoch weitgehend intakt.
 - Grad 3: Die Haut, Muskeln, Sehnen, Nerven und Blutgefäße werden breitflächig zerstört.
 - Grad 4: Es kommt zu einer kompletten oder teilweisen Amputation.

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für Frakturen. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
Sich bewegen		
• Aufgrund der längeren Ruhigstellung ist die Muskulatur der geschädigten Extremität atrophiert.	• Der Bewohner wird so früh wie möglich mobilisiert. • Wir beachten, dass die Leistungsfähigkeit der geschädigten Extremität über mehrere Wochen eingeschränkt sein wird. So ist etwa bei einem gehbehinderten Bewohner nach einem ausgeheilten Handbruch die Nutzung von Gehhilfen riskant, da ihm das Griffstück entgleiten könnte.	• Die Folgen der Atrophie werden begrenzt.
• Der Bewohner ist anfällig für Kontrakturen.	• Die benachbarten (gesunden) Gelenke werden mehrmals täglich bewegt. • Sofern der Bewohner dazu in der Lage ist, sollte er die notwendigen	• Kontrakturen werden vermieden.

	Bewegungsübungen eigenständig durchführen.	
Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten		
Der Bewohner wurde operiert. Es kommt zu einer Schwellung des Beines / des Armes.	- Die betroffene Extremität wird etwas erhöht gelagert. Wir nutzen dafür ggf. eine Lagerungsschiene oder ein Kissen. - Die Position der Schiene und der Extremität werden engmaschig überprüft. - Wir prüfen in kurzen zeitlichen Abständen die Durchblutung, Sensibilität und Beweglichkeit der Finger bzw. Zehen. - Soweit der Bewohner dazu in der Lage ist, wird er von uns angeleitet, die Kontrollen eigenständig durchzuführen und sich bei relevanten Beobachtungen zu melden.	Eine Schwellung wird rechtzeitig bemerkt.
Der Bewohner ist anfällig für Dekubitus.	- Wir informieren den Arzt noch vor dem Anlegen des Verbandes über das Risiko. Die gefährdeten Areale müssen besonders gut mit Vliespolsterwatte geschützt werden. - Wir achten auf eine lückenlose Sauberkeit. Es dürfen keine Fremdkörper unter den Gips geraten, da diese Druckstellen auslösen könnten. - Wir achten auf eine fundierte Dekubitusprophylaxe. Der Bewohner wird insbesondere regelmäßig umgelagert und frühzeitig mobilisiert.	Ein Dekubitus wird vermieden.
Der Bewohner ist anfällig für Thrombosen.	- Es ist uns bewusst, dass die Ruhigstellung einer Extremität ein erhebliches Thromboserisiko mit sich bringt. - Die im Prophylaxestandard beschriebenen Maßnahmen werden sorgfältig umgesetzt. Insbesondere wird der Bewohner frühzeitig mobilisiert. Beine und Arme werden hochgelagert und der Einsatz von gerinnungshemmenden Medikamenten wird erwogen.	Eine Thrombose wird vermieden.
- Der Bewohner ist in einem schlechten Allgemeinzustand. - Das Risiko von Komplikationen ist	Wir achten auf die typischen Symptome einer Komplikation, insbesondere Schmerzen, Schwellungen, Kälte- oder Wärmegefühl. Anzeichen einer Gefährdung sind ebenfalls eine Zyanose oder Blässe im Bereich	- Komplikationen werden vermieden. - Gesundheitsschäden werden zeitnah bemerkt.

erhöht.	der Finger und Zehen, sowie ein übler Geruch. • Wir prüfen engmaschig die Sensibilität und Beweglichkeit der Finger bzw. der Zehen. Wir fordern den Bewohner auf, die Finger oder Zehen zu bewegen. Zudem sollte geprüft werden, ob dieser Bereich auch auf Berührungsreize (Kitzeln) reagiert, nachdem der Bewohner die Augen geschlossen hat. • Der Bewohner wird aufgefordert, sich sofort bei der Pflegekraft zu melden, wenn er neue Beschwerden oder andere Veränderungen bemerkt, wie etwa eine Taubheit oder ein Kribbeln.	
• Der Bewohner klagt über Schmerzen.	• Wir sorgen für eine angemessene Versorgung mit Analgetika. • Gleichzeitig ist uns bewusst, dass Schmerzmittel andere Symptome überdecken können und die Erkennung von Komplikationen verzögern.	• Der Bewohner erleidet keine unnötigen Schmerzen.
• Der Bewohner wurde mit einem "Fixateur externe" versorgt. (Ein äußerer Spanner oder Festhalter, der insbesondere bei offenen Frakturen mit gravierenden Weichteilverletzungen genutzt wird.)	• Falls die Extremität anschwillt, nutzen wir eine Schaumstoffschiene oder ein Kissen für eine angemessene Hochlagerung. Wichtig: Die Schiene muss umfassend gepolstert werden. • Ggf. kann das Fußende etwas aufgestellt werden, um das Abschwellen des Beines zu fördern. • Wir nutzen Gelkissen für die Schmerzlinderung und das Abschwellen der Extremität. Die Kühdauer wird auf 15 Minuten begrenzt, um Kälteschäden zu vermeiden. • Das Fußgelenk wird in einer 90°-Stellung gelagert. Die Ferse wird frei gelagert, z.B. durch eine Polsterung im Bereich der Achillessehne. Beim gesunden Bein achten wir auf eine Spitzfußprophylaxe. • Der Fixateur wird falls nötig gepolstert, damit dieser das gesunde Bein nicht verletzen kann. Insbesondere können die Schraubenenden mit Kunststoffkappen versehen werden. • Wir achten auf die Durchblutung, Motorik und Sensibilität des geschädigten Armes oder Beines.	• Die Fraktur heilt aus. • Infektionen werden vermieden.

	• Wenn es zu Blutungen an den Ein- bzw. Austrittsstellen der Nägel kommt, wird umgehend der Arzt gerufen. • Der korrekte Sitz und die Stabilität des Fixateurs werden regelmäßig vom Arzt überwacht. • Der Verband wird täglich gewechselt. Die Wunden werden aseptisch versorgt. Die Eintrittsstellen werden mit einem Wundantiseptikum versorgt. Ggf. kann der Bereich mit steriler Ringerlösung gespült und danach mit sterilen Kompressen getrocknet werden. • Die Durchstichstellen werden regelmäßig auf Entzündungszeichen überwacht. • Wenn die Wunde keine Entzündungszeichen aufweist, kann der Bewohner ggf. sogar geduscht werden. Wichtig ist dabei, das Duschwasser einige Minuten laufen zu lassen, um eventuell vorhandene Bakterien ablaufen zu lassen. • Der Fixateur muss vor Sonneneinstrahlung geschützt werden, damit keine Metallerwärmung auftritt. • Oftmals ist der Bewohner nicht in der Lage, den Wundbereich einzusehen. Mit Hilfe eines Spiegels ermöglichen wir es ihm, sich ein eigenes Bild zu machen.	
• Die Fraktur wurde per Osteosynthese versorgt (operatives Verfahren unter Verwendung etwa eines Kirschner-Drahts)	• Durch geeignete Hautpflegemittel verringern wir die Narbenbildung. • Die Lymphdrainagen werden weitergeführt. • In der ersten Woche nach dem Eingriff sollte die Wunde nicht mit Wasser in Kontakt kommen. Der Bewohner sollte auf das Duschen verzichten. • Der Bewohner sollte den betroffenen Körperabschnitt zunächst schonen. • Wir nutzen Krankengymnastik, damit der Bewohner Kraft und Beweglichkeit zurückgewinnt.	
Sich pflegen		
• Das Areal um den Gips oder den Kunstharzverband ist verschmutzt und muss gereinigt werden.	• Wir schützen den Gipsverband vor Verschmutzungen. Tätigkeiten, bei denen der Bewohner mit Schmutz in Kontakt kommen könnte, werden von uns übernommen. • Die Hautstellen im Bereich des Gipses werden regelmäßig mit	• Die Körperpflege ist trotz Gips oder Kunstharzverband gesichert.

	einem feuchten Tuch gereinigt. Der Gips selbst darf mit Wasser nicht in Kontakt kommen. Falls der Bewohner geduscht werden muss, nutzen wir spezielle Plastikbeutel, die den Kunstharzverband wasserdicht verschließen.	
Sich beschäftigen		
Als Folge der langen Bettlägerigkeit kommt es zu Verwirrheitszuständen und Orientierungsverlust.	- Bei der täglichen Pflege achten wir darauf, dass der Bewohner nicht üerversorgt wird. Er soll sich im Rahmen seiner Fähigkeiten an allen Maßnahmen beteiligen. - Wir stehen dem Bewohner jederzeit für ein Gespräch zur Verfügung. - Wir schaffen geeignete Beschäftigungsangebote, insbesondere Lesen oder Vorlesen, Fernsehen oder Radio. - Wir regen Mitbewohner, Verwandte oder Freunde dazu an, den Bewohner regelmäßig zu besuchen. - Wir führen einmal täglich ein Realitäts-Orientierungs-Training durch. - Wir nutzen die basale Stimulation.	Der Bewohner wird trotz seiner Immobilität sinnvoll beschäftigt.
Für eine sichere Umgebung sorgen		
Die Fraktur wurde mit einem Gips versorgt.	- Der Gips wird regelmäßig auf Bruchstellen überprüft. - Bei relevanten Schäden wird umgehend der Arzt informiert.	Schäden am Gips werden umgehend festgestellt.
Der Bewohner ist mit dem Gewicht eines Gipsverbandes überfordert.	Wir regen beim Arzt an, die Fraktur mit einer Kunstharzbinde zu versorgen.	Wir nutzen Kunstharzbinden als sinnvolle Alternative zum Gipsverband.
- Der Bewohner führt am oder unter dem Gips Manipulationen durch. - Der Bewohner belastet den Frakturbereich über das zulässige Maß hinaus.	- Wir informieren den Bewohner über die gesundheitlichen Risiken seines Handelns. - Wenn wir den Verdacht haben, dass es zu einer gesundheitlichen Schädigung gekommen ist, wird umgehend der Arzt informiert.	Der Bewohner stellt das schädliche Verhalten ein.

Standardpflegeplan "Sturzprophylaxe"

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für die Sturzprophylaxe. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
AEDL: Sich bewegen		
• Der Bewohner reagiert in Stresssituationen hektisch.	• Der Bewohner wird zur Besonnenheit gemahnt. Hektische Bewegungen, etwa wenn das Telefon klingelt oder die Blase drückt, sind eine der Hauptursachen für Stürze.	• Der Bewohner vermeidet hektische Bewegungen.
• Der Bewohner bewegt sich zu wenig.	• Wir führen mit dem Bewohner regelmäßig Übungen durch, die das Sturzrisiko reduzieren. Etwa: • Hüftkreisen • Gewichtsverlagerungsübungen von einem Fuß auf den anderen • das Drehen des Kopfes bis zur Schulter • vorwärts gehen mit besonders großen Schritten, mit plötzlichen Stillständen, mit zusätzlichen Kopfbewegungen usw. • seitwärts gehen • Gehübungen mit einem Luftballon, einem Handtuch usw.	• Durch Bewegungsübungen wird die Sturzgefahr reduziert.
• Der Bewohner nutzt einen Rollstuhl, ist aber dennoch sturzgefährdet.	• Wir weisen den Rollstuhlfahrer auf besondere Sicherheitsmaßnahmen hin. Etwa: ○ Vor dem Ein- und Aussteigen werden alle Bremsen festgestellt. ○ Sollte eine Bremse einen Defekt haben, darf der Rollstuhl nicht mehr genutzt werden, bis eine Reparatur erfolgt. ○ Beim Transfer werden die Fußstützen weggeklappt. ○ Wenn der Rollstuhl beim Transfer häufig nach vorne wegkippt, wird er mit einer entsprechenden Kippsicherung oder mit Gewichten an der Rückseite ausgestattet. ○ Ggf. wird der Rollstuhl mit einer rutschfesten Sitzauflage ausgestattet. ○ Der Rollstuhlfahrer wird zum	• Der Bewohner kann sich sicher in seinem Rollstuhl fortbewegen.

	"Rollstuhlgehen" ermuntert, also dazu, den Rollstuhl mit den Beinen vorwärts zu bewegen (mit entfernten Fußstützen).	
Die Muskulatur und die Koordinationsfähigkeiten des Bewohners lassen nach.	- Wir legen dem Bewohner nahe, an unserem täglichen Sportprogramm teilzunehmen. Damit kann nicht nur die Körperkraft gesteigert werden, sondern auch die Koordinationsfähigkeiten. - Wir führen Geschicklichkeitsübungen durch, also etwa das Gehen auf einer Linie. - Es wird im Alltag genau darauf geachtet, welche Tätigkeiten dem Bewohner abgenommen werden. Eine Überversorgung ist zu vermeiden. - Wenn der Bewegungsmangel durch Schmerzen ausgelöst wird, regen wir eine wirksame Versorgung mit Analgetika an.	Der Bewohner besitzt genug Kraft und Koordinationsvermögen, um sicher zu gehen.
AEDL: Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten		
Abweichungen der Werte von Blutdruck und Blutzucker verursachen eine erhöhte Sturzgefahr.	- Der Bewohner wird über das richtige Verhalten nach dem Aufwachen und vor dem Aufstehen informiert. - Dazu zählen Übungen noch im Bett, um die Muskelpumpe in Gang zu setzen. Zudem sollte der Bewohner sich langsam aufsetzen und erst dann aufstehen, wenn er keinen Schwindel verspürt. - Medikamente, die Blutdruckregulationsstörungen verursachen, sollten falls möglich reduziert oder ausgetauscht werden. - Nach längerer Bettlägerigkeit wird stets unmittelbar vor dem Aufstehen der Blutdruck gemessen. Es wird stets ein Stuhl ans Bett gestellt und Bewegungsübungen durchgeführt. Nächtliche Hypoglykämien können durch Spätmahlzeiten vermieden werden.	Die Werte von Blutdruck und Blutzucker werden normalisiert.
Unerwünschte Medikamentenwirkungen erhöhen das Sturzrisiko.	- Wir beobachten die Wirkung von Medikamenten und dokumentieren die Ergebnisse. Ggf. wird der Arzt informiert. - Viele Medikamente können durch nichtmedikamentöse Behandlungen ersetzt werden. - Dieses gilt insbesondere bei der Therapie von Schlafstörungen.	Der Medikamentenkonsum wird auf ein Minimum reduziert.
AEDL: Sich pflegen		
Ungepflegte Füße erhöhen das Sturzrisiko.	Durch eine konsequente Fußpflege sorgen wir dafür, dass der Bewohner gut laufen kann. Warzen und Hühneraugen werden konsequent entfernt.	Die Haut der Füße ist gesund und belastbar.
AEDL: Essen und trinken		

Die Ernährung ist nicht an das erhöhte Sturzrisiko angepasst.	Die angebotenen Speisen sind reich an Calcium. Bei einem Bewohner, der sich nicht regelmäßig an der frischen Luft bewegt, sollte zusätzlich Vitamin D gegeben werden. Dieses Vitamin sorgt für eine verbesserte Aufnahme des Knochenminerals Calcium aus dem Dünndarm. Es wirkt folglich dem Knochenabbau entgegen.	Der Knochenabbau wird gebremst.
Der Bewohner trinkt zu wenig. Ihm ist oft schwindelig.	- Der Bewohner wird zum Trinken angeregt. - Bei Bedarf wird ein Trinkprotokoll angelegt.	Die Flüssigkeitsversorgung ist gewährleistet.
Der Bewohner isst zu wenig. Dieses macht ihn kraftlos.	- Die Wünsche des Bewohners bei der Speisewahl werden beachtet. - Wir bieten regelmäßig appetitliche Zwischenmahlzeiten an. - Der BMI wird engmaschig überwacht. - Der Bewohner wird regelmäßig beim Zahnarzt vorgestellt.	Der Bewohner isst ausreichend und hat genug Kraft für die Bewegung.
AEDL: Ausscheiden		
Der Bewohner geht nachts auf die Toilette und gerät dabei in Gefahr zu stürzen.	- Am Bett gibt es einen Lichtschalter (z.B. Nachttischlampe). Die Funktionsfähigkeit des Lichts wird regelmäßig überprüft. - In der Nacht wird das Nachtlit verwendet. - Der Bewohner wird angehalten, Hilfe herbeizurufen. Die Funktionsfähigkeit der Notrufanlage wird regelmäßig überprüft. Der Bewohner wird ggf. stets auf die Toilette begleitet.	Der Bewohner kann nachts auf die Toilette gehen, ohne dass er Gefahr läuft zu stürzen.
Der Bewohner ist inkontinent. Stuhl- oder Harndrang führen zu Hektik.	- Der Bewohner sollte Kleidung tragen, die sich schnell öffnen lässt. - Wir legen ein Miktionschema an und führen Kontinenztraining durch. Der Bewohner wird regelmäßig auf die Toilette begleitet, bevor der Stuhl- und Harndrang zu stark werden. - Ggf. wird der Bewohner mit Einlagen, Urinalkondomen usw. versorgt.	Der Bewohner erreicht sicher die Toilette.
Der Bewohner nutzt Diuretika und Laxanzien.	Es ist zu erwarten, dass der Bewohner in großer Eile versuchen wird, die Toilette aufzusuchen. Ggf. stellen wir einen Toilettenstuhl neben das Bett.	Der Bewohner erreicht sicher die Toilette.
AEDL: Sich kleiden		
Von der Kleidung geht ein erhöhtes Sturzrisiko aus.	- Eine Bewohnerin wird darauf hingewiesen, dass bei zu langen Kleidern eine erhöhte Sturzgefahr besteht. - Weite Ärmel, Morgenmäntel oder Schmuckgürtel können sich leicht irgendwo verhaken und einen Sturz auslösen.	Der Bewohner kleidet sich angemessen.
Trotz aller	Gefährdete Bewohner tragen einen	Durch einen

Maßnahmen bleibt ein Sturz wahrscheinlich.	"Hüftprotektor". Die dünnen Kunststoffschalen werden unter der Kleidung getragen und schützen die Knochen. Bei einem Sturz erleidet der Bewohner im schlimmsten Fall ein paar Blutergüsse. Ein Bruch aber ist sehr unwahrscheinlich. • Sollte das Tragen von Hüftprotektoren seitens des Bewohners auf Akzeptanzprobleme stoßen, kann ein Kompromiss gewählt werden. Also etwa das Tragen des Hüftprotektors nur während bestimmter risikoreicher Tageszeiten. Zudem wird der Bewohner ermuntert, die Kleidung so zu wählen, dass diese genug Platz für den zusätzlichen Protektor bietet. Die Sitzgelegenheiten sollen so weich gepolstert sein, dass man diese trotz Hüftprotektor bequem nutzen kann. • Wenn der Bewohner inkontinent ist, sollte ein Hüftprotektor gewählt werden, der das Wechseln der Vorlagen ermöglicht, ohne dass der Protektor ausgezogen werden muss. Diese Modelle haben dafür eine große Öffnung im Intimbereich. • Die Angehörigen werden über die Vorzüge des Hüftprotektors informiert. Diese können Einfluss auf den Bewohner nehmen und die Kooperationsbereitschaft deutlich steigern. • Der Sitz von Hüftprotektoren muss regelmäßig kontrolliert werden. Es drohen Druckstellen und letztlich die Entstehung eines Dekubitus. • Bei kachektischen Bewohnern ist ein Polsterprotektor einem Hartschalenprotektor vorzuziehen. • Bei häufigen und schweren Stürzen prüfen wir die Notwendigkeit eines Sturzhelms. Dieses insbesondere bei Epilepsiekranken.	Hüftprotektor wird der Bewohner vor den Folgen des Sturzes geschützt.
• Der Bewohner trägt nachts Strümpfe, die beim Gehen keinen Halt bieten. • Der Bewohner trägt kein sicheres Schuhwerk.	• Statt normaler Socken können auch Antirutschsocken angezogen werden. Das vermindert das nächtliche Sturzrisiko. • Der Bewohner ist am Tag grundsätzlich mit festem Schuhwerk unterwegs und nicht mit "Hausschlappen". Auch innerhalb des Hauses sollten nur feste Schuhe mit einer rutschfesten Sohle getragen werden. Die Schuhe sollten keinen oder nur einen flachen Absatz haben. • Im Winter sollte der Bewohner bei Spaziergängen im Schnee ggf. Schuhe mit Spikes tragen.	• Der Bewohner kann Socken tragen und gleichzeitig sicher gehen. • Vom Schuhwerk gehen keine Sturzgefahren aus.
AEDL: Ruhen und schlafen		
Der Bewohner ist beim Transfer aus dem Bett und in das Bett sehr unsicher und läuft Gefahr zu stürzen.	• Die Höhe des Bettes ist individuell an den Bewohner angepasst. Er muss leicht ein- und aussteigen können. • Wir wägen regelmäßig ab, ob die Vorteile einer Anti-Dekubitus-Matratze (Schutz vor Druckgeschwüren) die Nachteile überwiegen (ggf. höhere Sturzgefahr). Wir überprüfen regelmäßig, ob die verwendeten Matratzen das Sturzrisiko erhöhen (zu weiche und zu	• Von der Nutzung des Pflegebettes geht keine erhöhte Gefährdung aus.

	- stark nachgebende Matratzen). - Wir überprüfen regelmäßig, ob die Nutzung von Bettgittern eine angemessene Risikominderung erbringen könnte. Dieses ist zumindest bei dementen Bewohnern nicht der Fall, da diese oftmals das Gitter überklettern und dann umso tiefer stürzen. - Die Räder des Pflegebettes sind stets arretiert. - Das Bett wird nach Abschluss von Pflegemaßnahmen stets auf eine gleich bleibende "Standardhöhe" zurückgefahren. - Die Standardhöhe sollte vergleichsweise tief gewählt werden. Dieses erleichtert das Ein- und Aussteigen. Zudem reduziert dieses die Fallhöhe, falls doch ein Unfall passieren sollte. - Die Transferaktionen, etwa das Aufstehen aus dem Bett, werden regelmäßig geübt.	
AEDL: Für eine sichere Umgebung sorgen		
Der Bewohner ist sich des Risikos nicht bewusst.	- Der Bewohner sowie seine Angehörigen werden regelmäßig über das individuelle Sturzrisiko informiert. - Ein Bewohner, der das Sturz- und Verletzungsrisiko grundlegend falsch einschätzt, erhält eine intensivere Beratung. - Der Bewohner wird auf das richtige Verhalten nach einem Sturz hingewiesen: Ruhe bewahren. Nicht zu schnell aufstehen, besser um Hilfe rufen und auf das Eintreffen der Pflegekräfte warten. - Zusätzlich erhält der Bewohner ein entsprechendes Informationsschreiben.	Der Bewohner kennt das Risiko und passt sein Verhalten entsprechend an.
Der Bewohner nutzt die vorhandenen Hilfsmittel nicht oder falsch.	- Der Bewohner wird angehalten, die Handläufe zu verwenden. - Ein Bewohner mit hohem Sturzrisiko wird aufgefordert, nicht die Treppe sondern den Aufzug zu nutzen. - Die Funktionsfähigkeit von Stöcken, Rollstühlen, Beinprothesen, Schuhen, Brillen, Hörgeräten sowie anderen Hilfsmitteln wird regelmäßig überprüft. - Ggf. sollte der Bewohner Stühle mit erhöhter Sitzfläche nutzen. Zudem sollten die Stühle stabile Armlehnen haben, damit sich der Bewohner abstützen kann.	Die vorhandenen Hilfsmittel werden richtig genutzt.
Das Zimmer des Bewohners liegt abseits. Ein Sturz bleibt ggf. lange unbemerkt.	Bei der Belegung der Bewohnerzimmer wird ein Bewohner mit hohem Sturzrisiko nach Möglichkeit in der Nähe des Stationszimmers untergebracht.	Der Bewohner erhält schnell Hilfe, falls er stürzen sollte.
- Die Sehfähigkeiten des Bewohners lassen nach. - Der Bewohner hört	- Der Bewohner wird regelmäßig einem Augenarzt vorgestellt. - Die Glasstärken der Brille werden regelmäßig überprüft. - Die Brille wird regelmäßig gereinigt.	Vorhandene Seh- und Hörfähigkeiten werden genutzt, um Stürze zu

schlechter.	- Der Bewohner wird aufgefordert, eine vorhandene Brille auch zu nutzen. - Stark sehbehinderte Bewohner werden von der Bezugspflegekraft mit den Räumlichkeiten vertraut gemacht. - Wenn wir Defizite im Hörvermögen feststellen, regen wir eine entsprechende fachärztliche Versorgung an. - Der Bewohner wird gebeten, ein vorhandenes Hörgerät auch zu benutzen. - Die Funktionsfähigkeit des Gerätes wird regelmäßig überprüft.	vermeiden.
Im Lebensbereich des Bewohners finden sich zahlreiche Stolperfallen.	- Auf den Fluren und Bewohnerzimmern dürfen sich keine Hindernisse befinden (etwa: Wassereimer der Reinigungskräfte oder mittig geparkte Pflegewagen). - Instabile Einrichtungsgegenstände werden nach Möglichkeit entfernt (Schemel, leichte Blumensäulen usw.) - Verschüttete Flüssigkeiten werden sofort und vollständig aufgewischt und der Boden gründlich getrocknet. - Es gibt keine rutschigen Bodenbeläge oder lose Teppichkanten. - Bei beweglichen Möbelstücken auf Rollen werden die Räder entfernt. Ansonsten bieten sie keinen Halt, wenn der Bewohner das Gleichgewicht verliert. - Badewannen und Duschen werden mit rutschfesten Belägen ausgestattet. - Auf dem Boden liegen keine ungeschützten Kabel. - Stufenkanten werden mit Antirutschprofilen versehen und farbig markiert. - Der Fußboden ist so beschaffen, dass er nicht spiegelt und somit nass wirkt. - Der Raum wird so gestaltet, dass freie Gehflächen entstehen. - Wenn Veränderungen im Bewohnerzimmer notwendig sind, werden diese morgens vorgenommen. Dann hat der Bewohner den ganzen Tag Zeit, sich daran zu gewöhnen und an seine "innere Karte" anzupassen.	Der Lebensbereich des Bewohners ist sicher.
AEDL: Soziale Bereiche des Lebens sichern		
Der Bewohner hat Angst vor einem Sturz und verlässt deshalb sein Zimmer nur noch selten.	- Der Bewohner wird ggf. in den Aufenthaltsraum begleitet und auch wieder abgeholt. - Der Bewohner wird mit entsprechenden Mobilitätshilfsmitteln ausgestattet. - Wir versuchen, übermäßige Ängste durch entsprechende Mobilisierungsmaßnahmen abzubauen.	Der Bewohner nimmt wieder am sozialen Leben der Einrichtung teil.
AEDL: Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
Der Bewohner entwickelt eine große Sturzangst,	Wir machen dem Bewohner klar, dass er durch angepasstes Verhalten, Training und eine Umgestaltung des Wohnraumes das	Der Bewohner ist zwar vorsichtig, hat aber keine

nachdem er bereits einmal gestürzt ist.	Risiko deutlich senken kann.	übertriebene Angst.
---	------------------------------	------------------------

Standardpflegeplan "Pflege von Senioren nach Frakturen"

Eine Fraktur ist eine traumatische Verletzung des Knochens, die diesen in mindestens zwei Bruchstücke zerteilt. Diese Schädigung kann auf verschiedene Ursachen zurückgehen:

- Eine einmalige direkte Gewalteinwirkung, die zeitgleich den Knochen brechen lässt (also etwa ein Schlag oder ein Stoß).
- Eine indirekte Gewalteinwirkung in einiger Entfernung zum Knochen, die diesen über eine Hebelwirkung brechen lässt.
- Eine dauerhafte Einwirkung von Mikrotraumen, die nach gewisser Zeit zu einem Ermüdungsbruch führt.
- Der Bruch von vorgeschädigtem Knochengewebe durch eine relativ schwache Gewalteinwirkung (sog. "pathologische Fraktur").

Frakturen werden in geschlossene und offene Frakturen unterteilt.

- Bei einer geschlossenen Fraktur bleiben Haut und Weichteile unverletzt.
- Bei einer offenen Fraktur kommt es zu teils ausgeprägten Weichteilverletzungen mit unterschiedlichem Ausmaß.
 - Grad 1: Die Haut wird von innen nach außen mit einem Knochenfragment durchstoßen.
 - Grad 2: Die Haut wird von außen nach innen durchrissen. Es kommt zu einer großen Hautwunde, die Weichteile bleiben jedoch weitgehend intakt.
 - Grad 3: Die Haut, Muskeln, Sehnen, Nerven und Blutgefäße werden breitflächig zerstört.
 - Grad 4: Es kommt zu einer kompletten oder teilweisen Amputation.

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für Frakturen. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
Sich bewegen		
• Aufgrund der längeren Ruhigstellung ist die Muskulatur der geschädigten Extremität atrophiert.	• Der Bewohner wird so früh wie möglich mobilisiert. • Wir beachten, dass die Leistungsfähigkeit der geschädigten Extremität über mehrere Wochen eingeschränkt sein wird. So ist etwa bei einem gehbehinderten Bewohner nach einem ausgeheilten Handbruch die Nutzung von Gehhilfen riskant, da ihm das Griffstück entgleiten könnte.	• Die Folgen der Atrophie werden begrenzt.
• Der Bewohner ist anfällig für Kontrakturen.	• Die benachbarten (gesunden) Gelenke werden mehrmals täglich bewegt. • Sofern der Bewohner dazu in der Lage ist, sollte er die notwendigen	• Kontrakturen werden vermieden.

	Bewegungsübungen eigenständig durchführen.	
Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten		
Der Bewohner wurde operiert. Es kommt zu einer Schwellung des Beines / des Armes.	- Die betroffene Extremität wird etwas erhöht gelagert. Wir nutzen dafür ggf. eine Lagerungsschiene oder ein Kissen. - Die Position der Schiene und der Extremität werden engmaschig überprüft. - Wir prüfen in kurzen zeitlichen Abständen die Durchblutung, Sensibilität und Beweglichkeit der Finger bzw. Zehen. - Soweit der Bewohner dazu in der Lage ist, wird er von uns angeleitet, die Kontrollen eigenständig durchzuführen und sich bei relevanten Beobachtungen zu melden.	Eine Schwellung wird rechtzeitig bemerkt.
Der Bewohner ist anfällig für Dekubitus.	- Wir informieren den Arzt noch vor dem Anlegen des Verbandes über das Risiko. Die gefährdeten Areale müssen besonders gut mit Vliespolsterwatte geschützt werden. - Wir achten auf eine lückenlose Sauberkeit. Es dürfen keine Fremdkörper unter den Gips geraten, da diese Druckstellen auslösen könnten. - Wir achten auf eine fundierte Dekubitusprophylaxe. Der Bewohner wird insbesondere regelmäßig umgelagert und frühzeitig mobilisiert.	Ein Dekubitus wird vermieden.
Der Bewohner ist anfällig für Thrombosen.	- Es ist uns bewusst, dass die Ruhigstellung einer Extremität ein erhebliches Thromboserisiko mit sich bringt. - Die im Prophylaxestandard beschriebenen Maßnahmen werden sorgfältig umgesetzt. Insbesondere wird der Bewohner frühzeitig mobilisiert. Beine und Arme werden hochgelagert und der Einsatz von gerinnungshemmenden Medikamenten wird erwogen.	Eine Thrombose wird vermieden.
- Der Bewohner ist in einem schlechten Allgemeinzustand. - Das Risiko von Komplikationen ist	Wir achten auf die typischen Symptome einer Komplikation, insbesondere Schmerzen, Schwellungen, Kälte- oder Wärmegefühl. Anzeichen einer Gefährdung sind ebenfalls eine Zyanose oder Blässe im Bereich	- Komplikationen werden vermieden. - Gesundheitsschäden werden zeitnah bemerkt.

erhöht.	der Finger und Zehen, sowie ein übler Geruch. • Wir prüfen engmaschig die Sensibilität und Beweglichkeit der Finger bzw. der Zehen. Wir fordern den Bewohner auf, die Finger oder Zehen zu bewegen. Zudem sollte geprüft werden, ob dieser Bereich auch auf Berührungsreize (Kitzeln) reagiert, nachdem der Bewohner die Augen geschlossen hat. • Der Bewohner wird aufgefordert, sich sofort bei der Pflegekraft zu melden, wenn er neue Beschwerden oder andere Veränderungen bemerkt, wie etwa eine Taubheit oder ein Kribbeln.	
• Der Bewohner klagt über Schmerzen.	• Wir sorgen für eine angemessene Versorgung mit Analgetika. • Gleichzeitig ist uns bewusst, dass Schmerzmittel andere Symptome überdecken können und die Erkennung von Komplikationen verzögern.	• Der Bewohner erleidet keine unnötigen Schmerzen.
• Der Bewohner wurde mit einem "Fixateur externe" versorgt. (Ein äußerer Spanner oder Festhalter, der insbesondere bei offenen Frakturen mit gravierenden Weichteilverletzungen genutzt wird.)	• Falls die Extremität anschwillt, nutzen wir eine Schaumstoffschiene oder ein Kissen für eine angemessene Hochlagerung. Wichtig: Die Schiene muss umfassend gepolstert werden. • Ggf. kann das Fußende etwas aufgestellt werden, um das Abschwellen des Beines zu fördern. • Wir nutzen Gelkissen für die Schmerzlinderung und das Abschwellen der Extremität. Die Kühldauer wird auf 15 Minuten begrenzt, um Kälteschäden zu vermeiden. • Das Fußgelenk wird in einer 90°-Stellung gelagert. Die Ferse wird frei gelagert, z.B. durch eine Polsterung im Bereich der Achillessehne. Beim gesunden Bein achten wir auf eine Spitzfußprophylaxe. • Der Fixateur wird falls nötig gepolstert, damit dieser das gesunde Bein nicht verletzen kann. Insbesondere können die Schraubenenden mit Kunststoffkappen versehen werden. • Wir achten auf die Durchblutung, Motorik und Sensibilität des geschädigten Armes oder Beines.	• Die Fraktur heilt aus. • Infektionen werden vermieden.

	• Wenn es zu Blutungen an den Ein- bzw. Austrittsstellen der Nägel kommt, wird umgehend der Arzt gerufen. • Der korrekte Sitz und die Stabilität des Fixateurs werden regelmäßig vom Arzt überwacht. • Der Verband wird täglich gewechselt. Die Wunden werden aseptisch versorgt. Die Eintrittsstellen werden mit einem Wundantiseptikum versorgt. Ggf. kann der Bereich mit steriler Ringerlösung gespült und danach mit sterilen Kompressen getrocknet werden. • Die Durchstichstellen werden regelmäßig auf Entzündungszeichen überwacht. • Wenn die Wunde keine Entzündungszeichen aufweist, kann der Bewohner ggf. sogar geduscht werden. Wichtig ist dabei, das Duschwasser einige Minuten laufen zu lassen, um eventuell vorhandene Bakterien ablaufen zu lassen. • Der Fixateur muss vor Sonneneinstrahlung geschützt werden, damit keine Metallerwärmung auftritt. • Oftmals ist der Bewohner nicht in der Lage, den Wundbereich einzusehen. Mit Hilfe eines Spiegels ermöglichen wir es ihm, sich ein eigenes Bild zu machen.	
• Die Fraktur wurde per Osteosynthese versorgt (operatives Verfahren unter Verwendung etwa eines Kirschner-Drahts)	• Durch geeignete Hautpflegemittel verringern wir die Narbenbildung. • Die Lymphdrainagen werden weitergeführt. • In der ersten Woche nach dem Eingriff sollte die Wunde nicht mit Wasser in Kontakt kommen. Der Bewohner sollte auf das Duschen verzichten. • Der Bewohner sollte den betroffenen Körperabschnitt zunächst schonen. • Wir nutzen Krankengymnastik, damit der Bewohner Kraft und Beweglichkeit zurückgewinnt.	
Sich pflegen		
• Das Areal um den Gips oder den Kunstharzverband ist verschmutzt und muss gereinigt werden.	• Wir schützen den Gipsverband vor Verschmutzungen. Tätigkeiten, bei denen der Bewohner mit Schmutz in Kontakt kommen könnte, werden von uns übernommen. • Die Hautstellen im Bereich des Gipses werden regelmäßig mit	• Die Körperpflege ist trotz Gips oder Kunstharzverband gesichert.

	einem feuchten Tuch gereinigt. Der Gips selbst darf mit Wasser nicht in Kontakt kommen. Falls der Bewohner geduscht werden muss, nutzen wir spezielle Plastikbeutel, die den Kunstharzverband wasserdicht verschließen.	
Sich beschäftigen		
Als Folge der langen Bettlägerigkeit kommt es zu Verwirrheitszuständen und Orientierungsverlust.	- Bei der täglichen Pflege achten wir darauf, dass der Bewohner nicht üerversorgt wird. Er soll sich im Rahmen seiner Fähigkeiten an allen Maßnahmen beteiligen. - Wir stehen dem Bewohner jederzeit für ein Gespräch zur Verfügung. - Wir schaffen geeignete Beschäftigungsangebote, insbesondere Lesen oder Vorlesen, Fernsehen oder Radio. - Wir regen Mitbewohner, Verwandte oder Freunde dazu an, den Bewohner regelmäßig zu besuchen. - Wir führen einmal täglich ein Realitäts-Orientierungs-Training durch. - Wir nutzen die basale Stimulation.	Der Bewohner wird trotz seiner Immobilität sinnvoll beschäftigt.
Für eine sichere Umgebung sorgen		
Die Fraktur wurde mit einem Gips versorgt.	- Der Gips wird regelmäßig auf Bruchstellen überprüft. - Bei relevanten Schäden wird umgehend der Arzt informiert.	Schäden am Gips werden umgehend festgestellt.
Der Bewohner ist mit dem Gewicht eines Gipsverbandes überfordert.	Wir regen beim Arzt an, die Fraktur mit einer Kunstharzbinde zu versorgen.	Wir nutzen Kunstharzbinden als sinnvolle Alternative zum Gipsverband.
- Der Bewohner führt am oder unter dem Gips Manipulationen durch. - Der Bewohner belastet den Frakturbereich über das zulässige Maß hinaus.	- Wir informieren den Bewohner über die gesundheitlichen Risiken seines Handelns. - Wenn wir den Verdacht haben, dass es zu einer gesundheitlichen Schädigung gekommen ist, wird umgehend der Arzt informiert.	Der Bewohner stellt das schädliche Verhalten ein.

Standardpflegeplan "Pflege von Senioren mit einer künstlichen Hüfte (Totalendoprothese / 'TEP')"

Bei einer Totalendoprothese (abgekürzt "TEP") handelt es sich um ein künstliches Kugelgelenk, das ein geschädigtes Hüftgelenk ersetzt.

Die Hauptindikationen für eine Totalendoprothese sind:

- versteifte Hüfte
- schwere rheumatische Veränderungen des Hüftgelenks
- Osteoarthritis (vom Knochen auf ein Gelenk übergreifende Entzündung)
- dauerhafte starke Schmerzen im Hüftgelenk
- unzureichend verheilte Frakturen, insbesondere Oberschenkelhalsfrakturen
- sonstige Formen der Gelenksdegeneration

Eine TEP kann rund 15 Jahre genutzt werden und wird danach wegen Materialverschleiß ggf. ersetzt.

Es gibt zwei unterschiedliche Möglichkeiten, um eine Totalendoprothese in der Knochenstruktur zu verankern:

- Bei der zementierten TEP wird ein schnell härtender Kunststoff ("Knochenzement") für die Verankerung genutzt. Der zentrale Vorteil dieser Technik besteht in der schnellen Belastbarkeit des Gelenks. Der Patient ist schon wenige Tage nach dem Eingriff mobil, wenn auch zunächst mit einem Gehwagen und anschließend mit Unterarmstützen. Eine zementierte TEP lässt sich nur mit großem Aufwand wieder entfernen und durch eine andere Prothese ersetzen. Diese Technik wird zumeist nur bei Patienten über 65 Jahre verwendet, da bei dieser Altersgruppe ein Austausch der TEP nach 15 Jahren zumeist nicht mehr sinnvoll sein wird. Bereits nach zehn Jahren haben sich 20 Prozent aller zementierten Prothesen gelockert.
- Bei einer zementfrei implantierten TEP lässt sich das Gelenk in den ersten sechs Wochen nach dem Eingriff nur eingeschränkt belasten. Diese Prothese wird bei jüngeren Patienten implantiert, die eine mehrmonatige Teilimmobilität voraussichtlich gut überstehen werden.

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für Totalendoprothesen. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
Sich bewegen		
• Der Bewohner sitzt zu viel. • Die Sitzposition des Bewohners führt zu einer erheblichen Belastung des Hüftgelenks. • Der Bewohner hat Mühe, aus der Sitzposition wieder aufzustehen.	• Der Bewohner sollte nur eine halbe Stunde sitzen und sich danach wieder etwas körperlich bewegen, also etwa eine kurze Strecke gehen. • Der Bewohner sollte beim Sitzen seine Beine parallel nebeneinander auf den Boden stellen und auf das Übereinanderschlagen der Knie verzichten. • Der Bewohner sollte ausschließlich auf hohen Stühlen sitzen, aus denen er leicht wieder aufstehen kann. Beim Einsinken in weiche Sofas besteht das Risiko, dass es zu einer Hüftluxation kommt. Zudem wird für das Aufstehen viel Kraft benötigt. Grundsätzlich gilt: Eine Sitzposition ist ungünstig, wenn das Hüftgelenk tiefer liegt als die Kniegelenke.	• Der Bewohner belastet das Hüftgelenk im Sitzen so wenig wie möglich.

	• In vielen Fällen ist es sinnvoll, ein keilförmiges Sitzkissen zu verwenden. • Der Bewohner sollte sich beim Sitzen nicht zu sehr nach vorne beugen, sondern mit geradem Rücken sitzen. • Im Badezimmer des Bewohners wird eine Toilettensitzerhöhung montiert.	
• Die Fähigkeit zu gehen ist eingeschränkt.	• Die Füße sollten stets parallel nach vorne zeigen. Verdrehungen müssen vermieden werden. • Die Beine des Bewohners sollten nicht außergewöhnlich weit nach außen oder innen gedreht werden.	• Der Bewohner belastet das Hüftgelenk im Sitzen so wenig wie möglich.
• Der Bewohner droht zu stürzen.	• Der Bewohner sollte das Gehen auf glatten und unebenen Böden vermeiden. • Der Standard zur Sturzprophylaxe wird sorgfältig umgesetzt. Insbesondere sollte der Bewohner einen Hüftprotektor tragen. • Der Bewohner sollte auch in Innenräumen festes Schuhwerk mit flachen Absätzen tragen. Sandalen oder Pantoffeln werden vermieden. • Der Bewohner sollte Gehhilfen nutzen, also etwa Unterarmgehstützen oder einen Gehwagen. Im Dialog mit dem Bewohner versuchen Pflegekräfte etwaige Vorbehalte gegen die Nutzung auszuräumen. • Der Bewohner sollte auf die Nutzung von Treppen verzichten und stattdessen den Aufzug nutzen. • Wenn die Nutzung einer Treppe unvermeidlich ist, instruieren wir den Bewohner entsprechend. Beim Heraufsteigen einer Treppe setzt der Bewohner das gesunde Bein zuerst auf die nächst höhere Treppenstufe. Beim Herabsteigen setzt er das kranke Bein zuerst auf die nächst tiefere Treppenstufe.	• Der Bewohner stürzt nicht. Falls der Bewohner stürzt, werden die gesundheitlichen Folgen minimiert.
• Der Bewohner kann sich nicht bücken.	• Der Bewohner darf sich in den ersten Monaten nach dem Eingriff nicht bücken. Er erhält ggf. eine lange Greifzange, damit er Gegenstände vom Boden aufnehmen kann.	• Ein Sturz beim Bücken wird vermieden. • Der Bewohner wird in die Lage versetzt, Gegenstände vom Boden aufzunehmen.
• Die Fähigkeit zur körperlichen Bewegung ist eingeschränkt.	• Der Umfang der körperlichen Bewegung wird in enger Kooperation mit dem behandelnden Arzt festgelegt. • Bei einer zementfreien TEP liegt die Belastungsgrenze anfangs bei zumeist 10 bis 20 Kilogramm. Damit der Bewohner ein Gefühl für dieses Gewicht bekommt, kann er seinen Fuß auf eine Personenwaage stellen und diesen dann bis zum Erreichen dieser Grenze belasten. • Zumeist wurden dem Bewohner im Krankenhaus verschiedene Bewegungsübungen demonstriert. Wir stellen sicher, dass der Bewohner auch nach seiner Rückkehr in unsere Einrichtung das Training fortsetzt. Wir arbeiten eng mit dem	• Der Bewohner kann die Grenzen der eigenen körperlichen Leistungsfähigkeit einschätzen.

	Physiotherapeuten zusammen. • Wir animieren den Bewohner, auch nach der Implantation weiterhin unsere Gymnastikveranstaltungen zu besuchen. Insbesondere sollte der Bewohner an der Rückenschule teilnehmen. • Der Bewohner sollte in keinem Fall schwere Lasten tragen.	
• Der Bewohner hinkt.	• Wir machen den Bewohner darauf aufmerksam, dass dadurch die Haltbarkeit der Prothese beeinträchtigt wird. • Wir stellen sicher, dass der Bewohner die Physiotherapie erhält. • Der Bewohner wird immer wieder an das "richtige" Gehen erinnert, wenn eine Pflegekraft das Hinken bemerkt. • Wir bitten auch die Angehörigen und Mitbewohner darum, dass diese den Bewohner auf ein Hinken aufmerksam machen.	• Das Hinken bildet sich zurück. • Die Prothese wird nicht unnötig belastet.
• Der Bewohner wurde vor kurzer Zeit operiert. Das Gelenk ist nur sehr eingeschränkt belastbar.	• In den ersten 12 Wochen nach dem Klinikaufenthalt muss das Gelenk vor jeder Überbelastung geschützt werden. ○ Wir stellen sicher, dass jede Außenrotation des betroffenen Beines vermieden wird. Wir lagern das Bein stets in der Mittelstellung. (Hinweis: Häufig soll das Bein auch in einer leichten Abduktion gelagert werden.) ○ Eine Überstreckung im Liegen vermeiden wir, indem das Knie unterstützt wird. Die Pflegekraft achtet darauf, dass die Ferse druckfrei gelagert wird. ○ Bei einer Lageveränderung wird das Bein stabilisiert. Die Pflegekraft stellt sicher, dass sich das Bein nicht gegen die Körperachse verdreht. Der Bewohner kann sich schützen, indem er die Muskulatur des Beines anspannt und die Zehen "in Richtung Nase" anzieht. ○ Im Rahmen der Dekubitusprophylaxe kann der Bewohner in eine 15° und eine 30°-Lagerung gebracht werden. Ob dabei auch die operierte Seite genutzt werden kann, entscheidet der Arzt. ○ Eine 90°-Seitenlagerung ist nur auf der nicht operierten Seite möglich. Sie sollte zudem nur dann durchgeführt werden, wenn Umlagerungen aufgrund einer Dekubitusgefährdung zwingend erforderlich sind. Mit einem Kissen zwischen den Beinen vermeiden wir, dass sich beide Beine überkreuzen. ○ In den ersten Tagen nach der Operation darf das Kopfende des Bettes nur maximal um 45° angestellt werden. Wir prüfen, ob diese Beschränkung auch nach der Rückkehr in die Pflegeeinrichtung besteht.	• Das Gelenk erhält das Maß an Schonung, das für eine Abheilung erforderlich ist.
• Der Bewohner hat sich von	• Nach sechs bis zwölf Monaten kann der Bewohner ggf. verschiedene Sportarten betreiben. Zwei	• Durch ständiges

dem Eingriff erholt. Allerdings ist die körperliche Leistungsfähigkeit sehr eingeschränkt.	Kategorien kommen in Frage: ○ Sportarten mit geführten Bewegungen, bei denen es nicht zu ruckartigen und schlecht zu kontrollierenden Bewegungen kommen kann. Also etwa: Fahrradfahren mit erhöhtem Sattel und erniedrigtem Einstieg, Nutzung eines Heimtrainers, Wandern usw. ○ Wassersportarten, bei denen ein Großteil des Körpergewichts durch den Auftrieb kompensiert wird. Also etwa: Schwimmen (Kraulstil besser als Brustschwimmen), Wassergymnastik usw. ○ In jedem Fall sollte der Bewohner an der Sportgruppe teilnehmen, die regelmäßig in unserer Einrichtung stattfindet.	Training wird die körperliche Leistungsfähigkeit wieder hergestellt.
• Der Bewohner hat Probleme, aus dem Bett aufzustehen.	• Das Aufstehen erfolgt stets nach gleichem Muster: ○ Das Bett sollte relativ hoch gestellt werden. ○ Der Bewohner wird gebeten, sich mit den Armen abzustützen und sich hinzusetzen. ○ Ggf. wird das Kopfteil des Bettes höher gestellt. ○ Ggf. können noch im Bett die Schuhe angezogen werden. Das Bett kann mit einer Unterlage geschützt werden. ○ Ggf. hält sich der Bewohner mit einer Hand am Bettbügel fest. ○ Der Bewohner sollte stets über die betroffene Seite aus dem Bett aussteigen, also mit dem operierten Bein zuerst. Damit wird eine Innenrotation des Beines vermieden. ○ Der Bewohner dreht sich nun mit dem Becken in Richtung Bettkante. Die Pflegekraft führt ggf. das operierte Bein. ○ Eine zweite Pflegekraft steht bereit, um den Bewohner ggf. zu stabilisieren. Sie achtet darauf, dass sich der Bewohner nicht überanstrengt. Wenn die Kräfte des Bewohners nachlassen, wird dieser zurück in das Bett bewegt. ○ Beim Einsteigen sollte der Bewohner mit dem gesunden Bein zuerst in das Bett einsteigen. ○ Im Rahmen der ärztlichen Vorgaben können nun Steh- oder Gehübungen durchgeführt werden.	• Der Bewohner ist in der Lage, sein Bett mit möglichst wenig fremder Hilfe zu verlassen und wieder aufzusuchen.
Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten		
• Der Bewohner wurde vor kurzer Zeit operiert. Er darf nur auf dem Rücken liegen. • Das Dekubitusrisiko ist deshalb erhöht.	• Die Beine werden leicht abgespreizt und mit einem zwischen gelegten Kissen vor Verdrehungen und Überkreuzung geschützt. • Der Hautzustand des Bewohners wird engmaschig überwacht. • Bei einer entsprechenden Gefährdung prüfen wir die Notwendigkeit einer Weich-/ Superweichlagerung. • Alle im Prophylaxestandard beschriebenen Maßnahmen werden sorgfältig umgesetzt.	• Der Bewohner erleidet keinen Dekubitus. • Ein entstehendes Druckgeschwür wird rechtzeitig erkannt.

Der Bewohner ist aufgrund der Operationsfolgen immobil. Das Pneumonierisiko ist erhöht.	Alle im Prophylaxestandard "Pneumonieprophylaxe" beschriebenen Maßnahmen werden umgesetzt.	Der Bewohner erleidet keine Pneumonie.
- Der Bewohner hat starke Schmerzen als Folge der Operation. - Der Bewohner klagt über "wetterbedingte" Schmerzen".	- Wenn die Schmerzen erstmals auftreten, klären wir ab, ob diese die Folge einer Komplikation sind. - Sofern keine Gefahr besteht, bitten wir den Hausarzt um die Verschreibung einer geeigneten Bedarfsmedikation.	Der Bewohner hat keine Schmerzen.
Essen und trinken		
- Der Bewohner hat Übergewicht. - Die Prothese wird zu stark beansprucht.	- Wir drängen nachdrücklich darauf, dass der Bewohner seine Ernährung umstellt und Übergewicht abbaut. - Wir verdeutlichen dem Bewohner, dass sich Übergewicht nachteilig auf die Lebensdauer der Prothese auswirkt.	Der Bewohner reduziert sein Körpergewicht und schont die Prothese.
Ausscheiden		
Der Bewohner kann sich ohne Hilfe nicht auf die Toilette setzen oder allein aufstehen.	- Wir nutzen einen Toilettenaufsatz. - Wir bitten den Bewohner, dass er bei Harn- oder Stuhldrang nach einer Pflegekraft ruft. - Wir stellen sicher, dass der Bewohner das Klingelsystem auch im Badezimmer nutzen kann.	Der Bewohner kann ohne fremde Hilfe die Toilette aufsuchen und benutzen.
Sich kleiden		
Die Fähigkeit des Bewohners, die Kleidung eigenständig zu wechseln, ist reduziert.	- Der Bewohner sollte sich im Sitzen anziehen, damit er nicht auf einem Bein balancieren muss. - Wenn sich der Bewohner eigenständig anziehen möchte, legen wir alle Kleidungsstücke in seiner Reichweite ab. Wir vermeiden damit, dass der Bewohner Rumpf und das Becken verdrehen muss, um die Kleidung zu erreichen. - Der Bewohner kann einen Strumpfanzieher nutzen, um sich eigenständig Socken, Kniestrümpfe oder Strumpfhosen anzuziehen. Zum Ausziehen der Strümpfe sollte ein Schuhanzieher genutzt werden. Damit kann der Strumpf herunter geschoben werden, um ihn dann über die Ferse abzustreifen.	Der Bewohner kann sich mit möglichst wenig Hilfe an- und ausziehen.
Ruhen und schlafen		
Der Bewohner kann seine gewohnte Schlafstellung nicht	- In den ersten 6 Wochen sollte der Bewohner auf dem Rücken schlafen. Ggf. kann zwischen den Beinen ein Kissen platziert werden. - Danach kann er auch auf der nicht operierten Seite schlafen. Zwischen beiden Beinen liegt ein	Das Hüftgelenk wird auch in der Nacht vor Überbelastung

einnehmen.	Kissen. Die Nachtwache stellt durch regelmäßige Inspektionen sicher, dass das Kissen in der Nacht nicht verrutscht oder der Bewohner eine schädliche Schlafstellung einnimmt. Dieses ist insbesondere bei unruhigen Bewohnern notwendig.	geschützt.
Für eine sichere Umgebung sorgen		
Der Bewohner kann aufgrund der Operationsfolgen sein Bett noch nicht verlassen. Dieses erschwert das Bettenmachen.	- Wir gehen beim Bettenmachen besonders vorsichtig vor. Je nach Krankheitsbild erfolgt das Bettenmachen von oben nach unten oder von der Seite. - Beim Bettenmachen von der Seite wird der Bewohner in die Seitenlage gebracht, damit das Bettlaken unter ihm gewechselt werden kann. Eine Pflegekraft hebt das operierte Bein vom Bett ab. Das Bein soll eine Linie mit der Hüfte bilden oder leicht abduziert sein. Es darf nicht in eine Innenrotation kommen. In der Seitenlage kann das Bein ggf. durch ein ausreichend hohes Kissen unterstützt werden. - Beim Bettenmachen von oben nach unten wird der Bewohner gebeten, seinen Oberkörper aufzurichten. Vom Rücken in Richtung Füße wird das alte Bettlaken aufgerollt und durch ein neues ersetzt. Wenn das Gesäß erreicht ist, nutzt der Bewohner den Patientenaufrichter, um den Körper kurz anzuheben. In dieser Zeit werden die Bettlaken unter ihm hindurchbewegt. (Hinweis: Diese Maßnahmen sind im Standard "Bettenmachen bei immobilen Senioren" genauer beschrieben.)	Das Bettlaken des Bewohners wird gewechselt, ohne dass dieser übermäßig belastet wird.
Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
Der Bewohner ist deprimiert. Er ist nicht motiviert, sich an der eigenen Gesundheit zu beteiligen.	- Wir versuchen den Bewohner zu motivieren. Wir vermitteln ihm, dass es sich lohnt, wieder "auf die Beine" zu kommen. - Wir binden seine Angehörigen in unsere Bemühungen ein. Gleichzeitig nutzen wir die Informationen über seine Biografie.	Der Bewohner ist motiviert, sich aktiv einzubringen.

Standardpflegeplan "Rheumatische Erkrankungen"

- Unter Rheumatismus wird eine Reihe von Krankheiten zusammengefasst, die mit entzündlichen Veränderungen der Muskeln, Bänder, Gelenke oder Schleimbeutel verbunden sind. Ein gemeinsames Merkmal dieser Krankheiten ist ein fließender, ziehender Schmerz sowie Einschränkungen der Bewegungsmöglichkeiten. In vielen Fällen führen die Krankheiten letztlich zur Degeneration von Muskeln, Sehnen und Knochen.
- In der Pflege von Senioren ist der degenerative Rheumatismus (Arthrose) von besonderer Bedeutung. Bedingt durch Abnutzung oder traumatische Schäden werden die Gelenkknorpel zerstört, und die Innenschicht der Gelenkkapseln entzündet sich. Dieses kann letztlich zur vollständigen Einsteifung des Gelenks führen. Häufig betroffen vom degenerativen Rheumatismus sind Hüft- und Kniegelenke.
- Degenerativer Rheumatismus ist nicht heilbar, der Verlauf lässt sich durch professionelle Pflege und gesunden Lebenswandel bremsen und abschwächen. In schweren Fällen kann eine gelenkerhaltende Operation oder die Implantierung einer Gelenkprothese notwendig werden.
- Mehr als Zweidrittel aller Menschen über 70 Jahre leiden an Arthrose. Frauen sind häufiger betroffen als Männer.

Es gibt verschiedene Rheumaformen:

- entzündlich-rheumatische Erkrankungen (autoimmunbedingt), wie etwa Rheumatoide Arthritis oder Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew)
- degenerative ("verschleißbedingte") rheumatische Erkrankungen, wie etwa Arthrosen
- extraartikuläre rheumatische Erkrankungen (Weichteilrheumatismus)

Wichtige Hinweise:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für rheumatische Erkrankungen. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
Sich bewegen		
• Die Bewegungsfähigkeit der Gelenke ist eingeschränkt. • Gelenke sind deformiert.	• Der Bewohner wird im Rahmen der Pflege aktiviert. Er soll einen möglichst großen Anteil der Maßnahmen selbst erbringen oder sich bei der Durchführung beteiligen. Er darf nicht unterfordert werden. • Der Bewohner wird über technische Hilfsmittel informiert, die seine Bewegungsfähigkeit unterstützen können. Also etwa Klettverschlüsse an der Bekleidung, elektrische Zahnbürsten, Essbesteck mit besonderen Griffstücken usw.) • Die Gelenke werden passiv durchbewegt. • Bei ganz oder teilweise immobilen Bewohnern ist das Dekubitusrisiko erhöht. Daher werden die im entsprechenden Prophylaxestandard	• Der weitere Verfall der Bewegungsfähigkeit wird verlangsamt. • Der Bewohner lernt, die ihm verbliebenen Fähigkeiten etwa durch entsprechende Hilfsmittel besser einzusetzen.

	genannten Maßnahmen sorgfältig umgesetzt. • Der Bewohner sollte darauf verzichten, schwere Lasten zu heben oder Treppen zu steigen. • Der Bewohner sollte beim Aufstehen etwa aus einem Sessel immer die Kraft der Arme mitnutzen. Auf diese Weise werden die Knie entlastet. • Der Bewohner sollte nicht längere Zeit in einer bestimmten Position verharren, also nicht übermäßig lange sitzen oder stehen.	
• Die Bewegungsfähigkeit des Bewohners schwankt im Tagesverlauf deutlich.	• Wir planen den Tagesablauf des Bewohners so, dass aktive Phasen auf die Tageszeiten verlegt werden, in denen die geringsten Beschwerden auftreten. So sollte ein Bewohner, der unter Morgensteifigkeit leidet, ggf. erst am Vormittag gewaschen werden.	• Die Schmerzbelastung wird reduziert.
• Die Hände und Finger sind in ihrer Bewegungsfähigkeit eingeschränkt.	• Eine etwaige Morgensteifigkeit kann durch ein Handbad in lauwarmem bis warmem Wasser gelöst werden. • Im späteren Tagesverlauf wird der Bewohner animiert, die Finger möglichst viel zu bewegen, etwa mittels eines Knetballs.	• Die Bewegungsfähigkeit der Hände und der Finger bleibt möglichst lange erhalten.
• Muskeln des Bewohners sind zurückgebildet. • Der Bewohner leidet unter Kontrakturen.	• Der Bewohner wird einem Physiotherapeuten vorgestellt. Wir unterstützen den Bewohner beim täglichen Bewegungstraining. • Wir führen aktive Bewegungen zur Stärkung der Muskulatur durch. Wir motivieren den Bewohner, sich selbst aktiv zu bewegen. • Die im Standard "Kontrakturenprophylaxe" genannten Maßnahmen werden sorgfältig umgesetzt. Insbesondere: ○ Mindestens zweimal am Tag (auch am Wochenende) werden alle Gelenke durchbewegt. Dieses sollte der Bewohner nach Möglichkeit selbst aktiv durchführen, ggf. assistiert die Pflegekraft dabei oder führt die Bewegung passiv durch. Nach und nach sollten passive Bewegungen durch aktive Bewegungen ersetzt werden. ○ Im Wasser, also etwa beim Baden, lassen sich viele Gelenke leichter bewegen. ○ Beim Durchbewegen nutzen wir grundsätzlich beide Hände. Eine Hand umfasst die Gliedmaße knapp unterhalb des Gelenks,	• Die Ausbildung von Kontrakturen wird vermieden.

	während die andere Hand den Bereich oberhalb greift und das Gelenk durchbewegt. Bei allen Übungen wird also rumpfnah (proximal) festgehalten und körperfern (distal) durchbewegt. Das Gelenk darf nicht durchhängen, da dieses die Gelenkkapsel schädigen könnte. Zudem schützt die korrekte Durchführung die Muskeln vor Rückbildung. ○ Die Gelenke werden immer nur bis zum Erreichen der Schmerzgrenze oder eines Widerstandes bewegt. Schmerzäußerungen werden stets beachtet. Insbesondere demente Bewohner können sich ggf. nicht artikulieren, daher achten wir genau auf deren Reaktionen. Bei Schmerzen wird die Intensität der Maßnahme entsprechend reduziert.	
• Die Gelenke werden häufig falsch gelagert.	• Bereits eingesteifte Gelenke werden nicht mit Gewalt in die gewünschte Position gebracht. • Wir beschaffen Lagerungsschienen, um Fehlstellungen zu korrigieren. • Die Lageposition des Bewohners wird engmaschig überwacht. Wenn dieser Arme oder Beine falsch lagert, machen wir ihn auf die Fehlstellung aufmerksam. Nach Möglichkeit sollte er lernen, diese selbständig zu erkennen und dann zu korrigieren. • Soweit nicht anders verordnet, werden Gelenke in der Neutral-Null-Stellung gelagert, also in der physiologischen Mittelstellung.	• Durch eine schonende Lagerung werden die Gelenke vor Schädigungen bewahrt.
Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten		
• Aufgrund der starken Schmerzen ist die Atmung des Bewohners flach.	• Der Zustand des Bewohners wird beobachtet. Wir führen ggf. mit ihm Atemübungen durch.	• Eine Pneumonie durch Flachatmung wird vermieden.
• Der Bewohner leidet unter Anlaufschmerzen. • Der Bewohner leidet unter Belastungsschmerzen. • Der Bewohner leidet unter Ruheschmerzen.	• Wir vermitteln dem Bewohner ein Gefühl für die Grenzen seiner Belastbarkeit. Bis zu diesen sollte er sich körperlich mobilisieren. • Bei einer bestehenden Morgensteifigkeit sollte der Bewohner seine körperliche Aktivität schrittweise steigern. • Der Bewohner sollte sich mehrfach am Tag mit maßvoller Intensität bewegen. Dieses ist sinnvoller, als	• Die Schmerzbelastung wird reduziert.

	nur einmal am Tag zu trainieren, dann aber mit hoher Intensität. Wir bitten den Hausarzt um eine wirksame Schmerzmedikamentierung.	
Der Bewohner leidet unter Schmerzen, die sich durch Kälteanwendungen lindern lassen.	- Wir kühlen mehrmals täglich das Gelenk mit tiefgekühlten Gelbeuteln. Die Anwendungsdauer beträgt bei Hand- und Fingergelenken höchstens 5 Minuten. Hüft- und Kniegelenke werden maximal 15 Minuten behandelt. - Schmerzende Gelenke können alternativ mit Heilerde gekühlt werden. Sofern der Bewohner dieses toleriert, kann die Anwendung auch nachts fortgesetzt werden. Wichtig sind nach Abschluss der Maßnahme eine Reinigung und gute Hautpflege. - Eine Kühlung sollte insbesondere vor allen belastenden Tätigkeiten durchgeführt werden, also etwa vor dem morgendlichen Waschen oder vor der Physiotherapie. (Hinweis: Kontraindikationen laut Standard beachten!)	Wir nutzen Kälteanwendungen, um die Schmerzbelastung des Bewohners zu reduzieren.
Der Bewohner leidet unter Schmerzen, die sich durch Wärmeanwendungen lindern lassen.	- Wir nutzen warme Wickel, um die morgendliche Gelenksteifigkeit vor allem in Fingern und Zehen zu lindern. - Nach der Anwendung tragen wir eine pflanzliche Rheumacreme auf und lassen diese vollständig einziehen. - Die Wärmemaßnahmen können ggf. mit Bewegungsübungen kombiniert werden. Dadurch können insbesondere Gelenkkontrakturen abgemildert werden. - Sofern der Bewohner über einen belastbaren Kreislauf verfügt, prüfen wir die Anwendung eines Stangerbades. Also die Kombination aus einem Vollbad mit stimulierenden Elektroimpulsen. Wichtig ist eine anschließende Ruhephase für den Bewohner. - Zusätzlich werden je nach Krankheitsbild temperaturansteigende Teilbäder oder ein Heublumensack genutzt. (Hinweis: Kontraindikationen laut Standard beachten!)	Wir nutzen Wärmeanwendungen, um die Schmerzbelastung des Bewohners zu reduzieren.
Der Bewohner leidet unter Schmerzen, die sich durch Krankengymnastik lindern lassen.	- Der Bewohner trainiert regelmäßig mit einer Krankengymnastin. Diese Übungen setzt der Bewohner auch an den übrigen Tagen fort. - Zusätzlich absolviert der Bewohner einmal in der Woche Unterwasserbewegungsübungen. Im annähernd körperwarmen Wasser	Wir nutzen Krankengymnastik, um die Schmerzbelastung des Bewohners zu reduzieren.

	wird das Körpergewicht durch den Auftrieb kompensiert.	
Der Bewohner erhält eine Kortisontherapie.	- Das Kortison sollte früh morgens gegen 7 Uhr appliziert werden. - Parallel zur Medikamentenvergabe sollte der Bewohner eine kleine Mahlzeit zu sich nehmen. - Wir prüfen, ob der Bewohner zusätzlich ein Magenschutzpräparat erhalten sollte. - Bei kurzfristigen Anwendungen ist die Kortisontherapie gut verträglich. Wir stellen unsere Pflege auf die zahlreichen Nebenwirkungen bei dauerhafter Nutzung ein: - Das Infektionsrisiko ist erhöht, etwa das einer Pilzinfektion. - Die Gefahr, dass der Bewohner an einem Magen-Darm-Geschwür erkrankt, ist erhöht. - Die Wundheilung wird verlangsamt. - Das Blutbild kann sich verändern, insbesondere die Anzahl der Leukozyten. - Es kann zu psychischen Veränderungen kommen. Möglich sind sowohl stimmungsaufhellende Effekte wie auch die Ausbildung einer Depression. - Der Bewohner kann an einer Steroidakne erkranken. - Die Entwicklung einer Osteoporose wird beschleunigt. - Eine latente Epilepsie kann manifestiert werden. - Bei hoher Dosierung kann das Cushing-Syndrom ausgelöst werden. - Die Therapie sollte nicht plötzlich abgesetzt werden. Stattdessen wird die Dosierung im Verlauf mehrerer Tage schrittweise reduziert.	Die Nebenwirkungen der Kortisontherapie werden auf ein Minimum reduziert.
Die Kortisontherapie hat einen steroidinduzierten Diabetes mellitus ausgelöst.	- Die Ernährung des Bewohners wird auf Diabeteskost umgestellt. - Die ärztlichen Vorgaben werden präzise ausgeführt. - Bei einer zusätzlichen Lebererkrankung ist mit einem schwereren Verlauf zu rechnen.	
Die Immobilität und die Kortisontherapie führen zu einem deutlich erhöhten	Die im Standard "Thromboseprophylaxe" benannten Maßnahmen werden sorgfältig	

Thromboserisiko.	umgesetzt.	
Der Bewohner erhält eine Therapie mit nichtsteroidalen Antirheumatika.	- Soweit nicht anders verordnet, erhält der Bewohner jeweils morgens und abends die verordnete Dosis. Der Wirkstoff sollte in Verbindung mit einer kleinen Mahlzeit (Frühstück, Spätimbiss) eingenommen werden. - Alternativ kann der Bewohner das Medikament auch schon früh morgens einnehmen, etwa um sechs Uhr in Kombination mit einem Stück Brot. Er schläft dann eine Stunde weiter und ist beim Aufwachen schmerzfrei und weitgehend beweglich. - Der Oberkörper von immobilen Bewohnern wird vor der Applikation in eine aufrechte Lage gebracht. Damit kann eine Reizung der Speiseröhre als Folge eines Reflux verhindert werden. - Der Bewohner sollte während der Therapie ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen. - Bei langfristiger Anwendung müssen Blut und Stuhl im Labor überprüft werden, um Magenschädigungen auszuschließen. - Wir achten auf die häufigsten Nebenwirkungen. Insbesondere Bluterbrechen, Teerstuhl, Appetitlosigkeit, Atemnot und Ödeme.	Die Nebenwirkungen der Therapie mit nichtsteroidalen Antirheumatika werden auf ein Minimum reduziert.
Der Bewohner erhält säurebindende Magenmittel.	- Die Medikamente werden zwischen den Hauptmahlzeiten eingenommen. - Es sollte ein möglichst großer Zeitabstand zur Einnahme anderer Medikamente gewählt werden.	Die säurebindenden Magenmittel werden wirksam eingesetzt.
- Die Erkrankung bzw. die Medikamente können sich auf die Funktion der Augen auswirken: - Der Bewohner klagt über trockene Augen und ein Fremdkörpergefühl aufgrund einer Unterfunktion exokriner Drüsen. - Das Auge des Bewohners ist gerötet und entzündet.	Der Bewohner wird umgehend einem Augenarzt vorgestellt. Dieser wird über die rheumatische Erkrankung informiert, da die Symptomatik dadurch ausgelöst werden könnte.	Die Sehfähigkeit des Bewohners wird von der Erkrankung so wenig wie möglich eingeschränkt.
Der Bewohner leidet	Wir achten auf Anzeichen für eine	Wir reagieren

unter einer rheumatoiden Arthritis mit unvorhersehbarem Verlauf.	Verschlechterung des Zustandes. ○ Der Bewohner klagt über Frösteln, Mattigkeit und Fieber. Dieses sind Symptome eines polyarthritischen Schubs. ○ Vom Kopf und vom Nackenbereich gehen Schmerzen aus. ○ Die Gelenke sind geschwollen. ○ Der Bewohner klagt über Schmerzen in Händen und Füßen. • Wenn es hinreichende Anzeichen für einen Schub gibt, wird umgehend der Arzt informiert.	schnell und richtig auf die Folgen einer rheumatoiden Arthritis.
Sich pflegen		
• Der Bewohner kann sich aufgrund der Bewegungseinschränkungen nicht selbstständig pflegen.	• Der Bewohner erhält die notwendigen Hilfsmittel, etwa speziell geformte Bürsten mit langem Stiel, spezielle Haarkämme usw. • Die Dusche des Bewohners wird mit rutschfesten Duscheinlagen und einer Einstiegshilfe ausgestattet. • Die Badewanne wird mit einer hydraulischen Einstiegshilfe versehen. Der Bewohner sitzt damit sicher in der Wanne und kann aus dieser ohne Probleme wieder aussteigen.	• Der Bewohner nutzt seine verbliebenen Fähigkeiten, um sich selbst zu pflegen.
• Die Hautbeschaffenheit ist aufgrund der langjährigen Medikamenteneinnahme verändert. • Die Kortisoneinnahme trocknet die Haut aus, macht sie spröde und trocken. • Es bilden sich Rheumaknoten an den Streckseiten des Ellenbogens. • Am Kopf, Haaransatz, Ellenbogen und Knie bildet sich eine schuppige Effloreszenz. • Die Haut in Gesicht und an den Fingern verhärtet sich und schrumpft. • Die Finger und Zehen werden blass. • Es zeigen sich netzartige, bläuliche Hautveränderungen.	• Ggf. wird der Bewohner einem Hautarzt vorgestellt. • Wir ermitteln anhand des Hauttyps die passende Hautcreme. Wir wählen unter Wasser-in-Öl- oder Öl-in-Wasser-Präparaten. • Wir nutzen alkalifreie Seifen, da diese den Hautschutzmantel der Haut nicht schwächen. • Die Haut wird sorgfältig aber schonend abgetrocknet.	• Wir vermeiden Hautschäden.
• Die Finger oder Zehen	• Wir trocknen die Areale ggf. mit einem	• Auch schlecht

sind deformiert. Es ist schwer, diese Hautbereiche zu trocknen.	Watteträger. Dieser kann falls notwendig mit einer Mullkompressen umwickelt werden.	erreichbare Hautbereiche werden getrocknet.
- Die Fingernägel sind verformt. Der Bewohner hat Probleme beim Greifen. - Die Fußnägel sind verformt und behindern den Bewohner beim Gehen.	Wir führen eine angemessene Nagelpflege durch. Dieses ist Aufgabe einer dafür fortgebildeten Fachkraft.	Verformte Fuß- und Fingernägel werden soweit gepflegt, dass diese den Bewohner nicht unnötig behindern.
Essen und trinken		
Der Bewohner kann aufgrund der Bewegungseinschränkungen nicht selbständig essen.	- Der Bewohner erhält die notwendigen Hilfsmittel, etwa spezielles Essbesteck, ergonomisch geformte Tassen usw. - Flaschenverschlüsse, Marmeladendeckel usw. werden für den Bewohner geöffnet, falls er diese auch mit Hilfsmitteln (Gummilappen) nicht selbst lösen kann. - Getränke werden in ein Gefäß umgefüllt, dass der Bewohner leicht greifen kann. - Sofern der Bewohner sein Brot nicht selbst schneiden und belegen kann, übernehmen wir diese Aufgabe.	Der Bewohner nutzt seine verbliebenen Fähigkeiten, um selbständig zu essen.
Die Ernährung des Bewohners ist dem Krankheitsbild nicht angemessen.	- Der Bewohner soll sich vitaminreich ernähren. Wichtig ist auch eine angemessene Versorgung mit Antioxidanzien, wie etwa Vitamin E. - Wir streben eine Normalisierung des BMI an. Ein Abbau von Übergewicht entlastet die Gelenke. - Der Bewohner sollte sich weitgehend vegetarisch ernähren und somit (die in tierischen Produkten vorkommende) Arachidonsäure meiden. Der Verzicht sollte neben Fleisch auch Wurstwaren, Eier und Milchprodukte umfassen. - Der Bewohner sollte gezielt Lebensmittel mit Alpha-Linolensäure zu sich nehmen. Diese ist in Weizenkeimen, Soja, Walnüssen, Leinsamen und Fisch zu finden. - Der Bewohner wird dazu ermuntert, bei der Ernährung gezielt darauf zu achten, welche Beschwerden einzelne Speisen auslösen. - Sofern der Bewohner dazu körperlich in der Lage ist, sollte ein Heilfasten in Betracht gezogen werden. Mit dieser Methode kann ein beträchtlicher Heilerfolg erzielt werden. - Der Bewohner sollte eine ausreichende Flüssigkeitsmenge zu	Der Bewohner passt seine Ernährungsgewohnheiten an die Erkrankung an.

	sich nehmen, um eine Ablagerung von Harnsäure in den ableitenden Systemen zu verhindern. • Wenn sich der Bewohner einer Kortisontherapie unterziehen muss, ist ggf. eine 24-Stunden-Bilanzierung notwendig. • Der Bewohner sollte auf Alkoholkonsum verzichten.	
• Der Bewohner leidet aufgrund seiner Krankheit oder als Folge von medikamentösen Nebenwirkungen unter mangelndem Appetit.	• Der Bewohner erhält Wunschkost und ggf. hochkalorische Speisen. • Die im Standard "Kachexie" beschriebenen Maßnahmen werden sorgfältig umgesetzt.	• Der Bewohner wird vor Unterernährung geschützt.
Ausscheiden		
• Der Bewohner kann aufgrund der Bewegungseinschränkungen nicht selbständig ausscheiden.	• Wir installieren eine Toilettensitzerhöhung. Diese erleichtert das Hinsetzen und das Aufstehen. Wichtig ist dieses vor allem bei Rheumakranken, deren Kniegelenke befallen sind. • Die Türen zum Badezimmer werden mit großen Griffen ausgestattet, damit der Bewohner diese eigenständig öffnen kann. • Wir beachten, dass der Bewohner beim Reinigen der Intimregion Hilfe benötigen wird. Insbesondere bei einer Schädigung der Wirbelsäule sind viele Betroffene nicht in der Lage, sich nach hinten zu drehen und den After zu säubern. • Ggf. sollte der Bewohner feuchtes Toilettenpapier oder falls vorhanden ein Bidet nutzen.	• Der Bewohner nutzt seine verbliebenen Fähigkeiten, um selbständig auszuscheiden.
Sich kleiden		
• Der Bewohner ist aufgrund der Bewegungseinschränkungen nicht in der Lage, sich eigenständig an- und auszukleiden.	• Wir empfehlen dem Bewohner, bei der Beschaffung der Kleidungsstücke verschiedene Kriterien zu beachten: ○ Klettverschlüsse sind deutlich einfacher zu öffnen als kleine Reißverschlüsse. ○ Geeignet ist auch Kleidung mit großen Knöpfen. ○ Der Bewohner sollte Nachthemden, Hemden und Blusen mit einem weiten Halsausschnitt wählen.	• Der Bewohner nutzt Kleidung, die er ohne Hilfe an- und wieder ausziehen kann.
• Der Bewohner leidet unter einer Hüftarthrose. • Die Knie des Bewohners sind	• Wir raten dem Bewohner, sich Laufschuhe zu kaufen. Diese sind weich gefedert und bieten einen guten Gehkomfort. Allerdings kann das permanente Tragen dazu führen, dass sich an den Zehen Mykosen	• Durch angemessene Schuhe und Hilfsmittel werden die Gelenke vor Überlastung

geschädigt.	- bilden ("Fußpilz"). - Ggf. sollte der Bewohner einen Gehstock benutzen, um gezielt ein Kniegelenk zu entlasten.	geschützt.
Der Bewohner leidet unter Arthrose. Er reagiert empfindlich auf Kälte, Nässe, Nebel und Wetterwechsel.	- Vor allem im Bereich der erkrankten Gelenke sollte der Bewohner warme Kleidung tragen. - Ggf. sollte der Bewohner frühzeitig Handschuhe tragen, um die Finger- und Handgelenke vor Auskühlung zu schützen.	Die Gelenke werden vor den schädigenden Umwelteinflüssen geschützt.
Ruhen und schlafen		
- Der Bewohner kann aufgrund seiner Beschwerden häufig nicht einschlafen. - Der Bewohner hat in der Nacht große Schmerzen, die ihn wecken und insbesondere am frühen Morgen aus dem Bett zwingen.	- Der Bewohner wird zum Schlafen gelagert. Dafür können ggf. speziell angepasste Schienen genutzt werden. - Oftmals haben Erkrankte im Laufe der Jahre eigene Strategien entwickelt, um dem Schmerz zu begegnen. Soweit diese sinnvoll und wirksam sind, sollte der Bewohner diese auch im Pflegeheim weiterhin anwenden. - Viele Erkrankte schlafen besser, wenn Schaffelle unterlegt werden oder der Betroffene Angorawäsche trägt. - Wir bitten den Hausarzt um eine wirksame Schmerzmedikation. Es sollten lang anhaltende Wirkstoffe mit Depotfunktion gewählt werden.	Die Schmerzbelastung wird soweit reduziert, dass der Bewohner wieder schlafen kann.
Der Bewohner leidet an einer Cox-Arthrose. Die Schmerzen verhindern einen ausreichenden Schlaf.	- Während der Nachtruhe wird die Hüfte des Bewohners entlastet, etwa indem dieser auf das Liegen auf der erkrankten Seite verzichtet. - Wenn der Bewohner auf der gesunden Seite liegt, kann ein Kissen zwischen die Knie geschoben werden. - In der Rückenlage sollte der Bewohner darauf verzichten, die Knie mit einem Kissen zu unterstützen, da dieses Kontrakturen auslösen kann.	
Sich beschäftigen		
Der Bewohner kann seinen langjährigen Hobbys nicht mehr nachgehen, da die veränderten Gelenke keine präzisen Bewegungen mehr zulassen.	- Häufig können Hilfsmittel einen Teil der Beweglichkeit erhalten, wie etwa Malpinsel mit verdicktem Griff. - Bei Hobbys, die eine gewisse Fingerfertigkeit erfordern, kann der Bewohner gelenkstabilisierende Schienen etwa für das Handgelenk nutzen. - Ggf. kann Ergotherapie helfen, Funktionseinschränkungen der Hände zu verringern. - Bei zu großen Einschränkungen	Der Bewohner kann seinen Hobbys zumindest teilweise weiterhin nachgehen.

	suchen wir nach alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten.	
Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten		
• Der Bewohner findet sich aufgrund der deformierten Gelenke abstoßend. • Der Lebenspartner geht auf Distanz zum Bewohner.	• Wir ermuntern den Bewohner, wie gewohnt weiterhin seinen Körper zu pflegen und insbesondere auch Kosmetika zu nutzen. • Bei der Wahl der Kleidung sollte der Bewohner nicht ausschließlich auf die Funktionalität, sondern auch auf den Schick achten. • Im Dialog mit dem Bewohner und seinem Partner versuchen wir Unsicherheiten abzubauen.	• Der Bewohner bewahrt sich eine positive Einstellung zum eigenen Körper.
Für eine sichere Umgebung sorgen		
• Der Bewohner ist sturzgefährdet.	• Alle im Standard Sturzprophylaxe genannten Maßnahmen werden umgesetzt. • Der Bewohner erhält feste Schuhe mit rutschfester Sohle. Ggf. werden die Schuhe mit Einlagen ausgestattet.	• Ein Sturz wird vermieden. • Die Auswirkungen eines Sturzes werden minimiert.
Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
• Der Bewohner hat Angst vor einer weiteren Verschlechterung seines Zustandes. • Die Stimmung des Bewohners ist aufgrund der Erkrankung häufig eingetrübt.	• Gemeinsam mit dem Hausarzt informieren wir den Bewohner über die Krankheit, über mögliche Heilmethoden und die gesundheitliche Prognose. • Wir versuchen das Selbstwertgefühl des Bewohners zu stärken, indem wir auch kleine Fortschritte loben.	• Der Bewohner behält eine positive Lebenseinstellung.

Standardpflegeplan "Schwerhörigkeit / Gehörlosigkeit"

- Eine Schwerhörigkeit kann sowohl angeboren sein als auch erworben werden. Es gibt zwei Formen der Schwerhörigkeit:
 - Eine eingeschränkte Weiterleitung des Schalls innerhalb des Ohres löst eine Schallleitungsschwerhörigkeit aus. Diese Störung kann etwa durch Zerumen (sog. "Ohrenschmalz") oder eine Mittelohrentzündung ausgelöst werden.
 - Wenn das Innenohr geschädigt ist, liegt eine Schallempfindungsschwerhörigkeit vor. Ursachen dafür sind z.B. ein Hörsturz, ein Schalltrauma oder eine Menière-Krankheit.
- Die Schwerhörigkeit wird in fünf Stufen unterteilt:
 - Bei einer geringfügigen Schwerhörigkeit kann der Bewohner das Ticken einer Armbanduhr nicht wahrnehmen.
 - Bewohner mit einer mittleren Schwerhörigkeit können nur noch dann mit einem anderen Menschen kommunizieren, wenn dessen Gesicht für sie sichtbar ist.
 - Bei einer hochgradigen Schwerhörigkeit kann der Betroffene seinen Gesprächspartner trotz Blickkontakt nicht mehr verstehen.
 - Bei einer Schwerhörigkeit an der Grenze zur Taubheit, können nur noch sehr laute Geräusche wahrgenommen werden. Eine Identifizierung der Geräusche ist aber nicht mehr möglich.
 - Bei einer Taubheit sind die Ohren nicht mehr fähig, Geräusche wahrzunehmen.

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für Schwerhörigkeit / Gehörlosigkeit. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
Kommunizieren		
• Der Bewohner ist von Geburt an hörbehindert oder gehörlos. Seine Sprache ist für Pflegekräfte und Mitbewohner schwer zu verstehen. • Der Bewohner nutzt vornehmlich Gebärdensprache, um sich zu verständigen. • Der Bewohner hat gelernt, vom Mund abzulesen.	• Wir fördern den Kontakt zu anderen Gehörlosen, insbesondere wenn diese ebenfalls die Gebärdensprache verstehen. • Wir stellen uns darauf ein, dass die Sprache des Bewohners monoton klingt und zunächst oftmals unverständlich bleibt. Wir setzen daher konsequent auf das System der Bezugspflege. Im Laufe der Monate wird es der Bezugspflegekraft zunehmend besser gelingen, den Bewohner zu verstehen. • Beim Sprechen sollte der Bewohner die Mundbewegungen und das Gesicht des Sprechenden gut sehen können. Dazu kann es auch notwendig sein, z.B. das Licht anzuschalten. Dieses gilt insbesondere für die Nachtwache. • Pflegekräfte sollten beim Sprechen die Mundpartie nicht	• Zwischen Bewohner und Pflegekraft entwickelt sich eine funktionierende Kommunikation.

	mit einer Hand verdecken. • Brüllen hat meistens keinen positiven Effekt, sondern verschlechtert sogar das Mundbild. • Wir beachten, dass das Ablesen vom Mund mental sehr anstrengend ist. Daher sollte der Bewohner regelmäßig eine Pause einlegen. • Männliche Pflegekräfte beachten, dass ausgeprägter Bartwuchs das Ablesen vom Mund massiv erschwert.	
• Die Hörbehinderung ist auf einer Seite deutlich stärker als auf der anderen. • Der Bewohner verfügt nur über ein einzelnes Hörgerät. • Der Bewohner schaltet eines seiner beiden Hörgeräte ab, etwa um die Batterien zu schonen.	• Der Bewohner wird immer von der besser hörenden Seite angesprochen. Wir empfehlen Mitbewohnern und Angehörigen, dieses ebenso zu handhaben.	• Die verbleibenden Hörfähigkeiten werden für eine funktionierende Kommunikation genutzt.
• Der Bewohner kann Gesprächen mit Pflegekräften und Mitbewohnern schwer folgen.	• Vor einem Gespräch werden alle unnötigen Geräuschquellen ausgeschaltet, wie etwa der Fernseher, das Radio usw. • Die Pflegekraft macht auf sich aufmerksam, wenn sie dem Bewohner etwas mitteilen möchte. Sie könnte zum Beispiel winken oder das Licht kurz an- und ausschalten. • Die Pflegekräfte sollten kurze, nicht verschachtelte Sätze formulieren. Ggf. werden wichtige Sätze wiederholt. Wichtig: Es sollte stets der gesamte Satz wiederholt werden und nicht lediglich das letzte Wort. • Wenn der Bewohner trotz Wiederholung einen Satz nicht versteht, sollte die Pflegekraft die Satzstellung oder die Wortwahl verändern. • Nichtverstandene Worte kann die Pflegekraft ggf. aufschreiben, insbesondere Eigennamen, Adressen usw. • Der Einsatz von Fremdworten sollte vermieden werden. • Pflegekräfte sollten entweder Hochdeutsch reden oder im gleichen Dialekt wie der Bewohner. • Es ist wichtig, langsam, mittellaut und gut artikuliert zu sprechen. Mit einem Kaugummi im Mund ist	• Zwischen Bewohner und Pflegekraft entwickelt sich eine funktionierende Kommunikation.

	das nicht möglich. • Der Bewohner wird ermuntert, stets nachzufragen, wenn er etwas nicht versteht. • Wir bitten den Bewohner, dass er wichtige Aussagen noch einmal wiederholt. Wir gehen damit sicher, dass wir ihn richtig verstanden haben. • Die Pflegekraft sollte keine Gespräche über eine größere räumliche Distanz führen, also etwa über einen längeren Flur hinweg. Eine kurze Sprechdistanz ist die wirkungsvollste Kommunikationshilfe für Hörgeschädigte. • Mimik und Gesten können dem Bewohner das Verstehen erleichtern. • Wir setzen zudem je nach Krankheitsbild und eventuell vorhandenen dementiellen Erkrankungen weitere Hilfsmittel ein: ○ Bildtafeln und Wortkarten ○ Tafel und Kreide ○ Schreibblock und Stift • Wichtige Informationen können gut leserlich auf einem Notizzettel vermerkt werden. Dieser wird dem Bewohner ausgehändigt oder ggf. auf seinen Beistelltisch geklebt. • Viele komplizierte Sachverhalte lassen sich durch eine Zeichnung besser erklären. • Lange Kommunikation ermüdet den Bewohner. Es ist wichtig, für ausreichende Pausen zu sorgen. Die Erstellung der Bewohnerbiographie etwa sollte auf mehrere Sitzungen verteilt werden. • Gerade in der Lernphase mit neuen Hörgeräten kann sich die Konzentrationsfähigkeit des Bewohners rasch erschöpfen. Hören und Verstehen braucht viel Kraft. Wir erzwingen daher nie eine Konversation.	
Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten		
• Der Bewohner hat in der Vergangenheit bereits einen Hörsturz erlitten. Dieser kann jederzeit erneut auftreten.	• Wir achten auf die entsprechenden Symptome wie etwa Hörverlust, Schwindel, Drehgefühle oder Ohrensausen. • Wenn es hinreichende Anzeichen für einen Hörsturz gibt, wird der Bewohner umgehend einem HNO-Arzt vorgestellt. Ein zeitnahes	• Ein Hörsturz wird zeitnah bemerkt und angemessen therapiert. • Das Ausmaß der Folgeschäden wird auf ein Minimum reduziert.

	Handeln ist entscheidend für den Therapieverlauf.	
Der Bewohner hat einen Hörsturz erlitten und wurde wieder in die Einrichtung entlassen.	- Der Bewohner sollte zunächst Bettruhe halten. Wir sorgen für eine ruhige Umgebung. - Wir halten Stress konsequent vom Bewohner fern. - Wir sorgen dafür, dass der Bewohner die ärztlich verordneten Medikamente konsequent einnimmt. Es handelt sich dabei zumeist um gefäßerweiternde Wirkstoffe, Antibiotika, Cortisonpräparate oder Vitamine.	- Die ärztlich angeordnete Therapie wird in unserer Einrichtung fortgesetzt. - Die Schäden am Hörvermögen werden minimiert.
Der Bewohner leidet unter Gleichgewichtsstörungen. Deshalb ist die Sturzgefahr erhöht.	Alle im Standard "Sturzprophylaxe" beschriebenen Maßnahmen werden umgesetzt. Insbesondere achten wir auf ein festes und sicheres Schuhwerk.	- Der Bewohner stürzt nicht. - Die gesundheitlichen Folgen eines Sturzes werden minimiert.
Das Hörvermögen des Bewohners scheint sich rapide zu verschlechtern. Der Bewohner will aber keinen Arzt aufsuchen.	- Wir sorgen dafür, dass die Ursache für die Schwerhörigkeit fachärztlich geklärt wird. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Hörstörungen unerwartet und plötzlich auftauchen. - Wir drängen auf eine zeitnahe Versorgung mit Hörgeräten, da jede nicht genutzte Woche das Kommunikationsvermögen schwinden lässt.	- Auslösende Erkrankungen werden zeitnah identifiziert und therapiert. - Ein möglichst großes Resthörvermögen wird bewahrt.
Der Bewohner leidet unter Ohrgeräuschen.	- Wir sorgen dafür, dass der Bewohner die ärztlich verordneten Medikamente konsequent einnimmt. Es handelt sich dabei zumeist um gefäßerweiternde Wirkstoffe, Beruhigungsmittel sowie Phytotherapeutika. - Alle weiteren angeordneten Therapiemaßnahmen werden konsequent durchgeführt, etwa Nutzung eines Hörgerätes, Akupunktur, Elektrostimulation usw. - Wir raten dem Bewohner zu einem ruhigeren Lebensstil. Er soll Überlastungen vermeiden und Stress etwa durch autogenes Training abbauen. - Wir prüfen, ob eine Psychotherapie geeignet wäre, um die Symptomatik zu lindern. - Wir raten dem Bewohner dazu, therapieresistente Ohrgeräusche als Teil des Lebens	- Der Bewohner hat keine Ohrgeräusche mehr. - Die Auswirkungen der Ohrgeräusche auf die Lebensqualität des Bewohners werden auf ein Minimum reduziert.

	anzunehmen.	
• Der Bewohner war Giftstoffen ausgesetzt. • Der Bewohner nimmt Medikamente ein, deren Nebenwirkungen zu Schwerhörigkeit führen können.	• Wir prüfen, welche Medikamente die Hörstörung auslösen könnten (Ototoxizität) . Etwa: Aminoglykosid-Antibiotika, Schleifendiuretika, Salizylate, verschiedene Lokalanästhetika, Zytostatika oder Tuberkulostatika. • Gemeinsam mit dem behandelnden Arzt suchen wir ggf. nach alternativen Präparaten. • Im Rahmen der Biografiearbeit erfassen wir, ob der Bewohner in einem Beruf arbeitete, der ihn mit Giftstoffen in Kontakt brachte. Etwa: Blei, Fluor, Kohlenmonoxid, Nitrobenzol oder Quecksilber.	• Die auslösenden Medikamente und Giftstoffe werden identifiziert. • Die gewonnenen Informationen werden genutzt, um ein möglichst großes Resthörvermögen zu bewahren.
• Die Hörfähigkeit des Bewohners ist aufgrund eines Ohrschmalzpfropfens eingeschränkt. • Der Bewohner versucht, den Gehörgang mit einem Wattestäbchen oder einer Stricknadel selbst zu reinigen.	• Wir raten dem Bewohner dringend von eigenmächtigen Manipulationen am Ohr ab, da das empfindliche Trommelfell und die Gehörgangshaut verletzt werden können. Verletzungen an der Gehörgangshaut können starke Blutungen auslösen und sind sehr schmerzhaft. Letztlich können sich Entzündungen und Furunkel bilden. • Wir empfehlen dem Bewohner, einen HNO-Arzt aufzusuchen, da dieser eventuell vorhandene Schäden am Trommelfell erkennen kann. • Wir machen den Bewohner darauf aufmerksam, dass die Entfernung des Ohrschmalzes durch den HNO-Arzt schmerzlos ist, da heute verschiedene schonende Behandlungsmethoden existieren, wie etwa das Absaugen.	• Der Ohrschmalzpfropfen wird zeitnah und ohne Verletzungsgefahr entfernt. • Das Hörvermögen verbessert sich wieder.
• Der schwerhörige Bewohner hat Schwierigkeiten, Gesprächsinhalte gleichzeitig zu verstehen und deren Inhalte abzuspeichern. Dieses führt zu Gedächtnisstörungen. Der Bewohner kann sich schon wenige Minuten nach einem Gespräch an den Inhalt nur noch lückenhaft erinnern.	• Wir achten darauf, langsam und gut verständlich zu sprechen. • Wir achten auf die Mimik des Bewohners. Wenn dieser den Inhalt des letzten Satzes offenbar noch mental verarbeitet, machen wir eine kurze Pause. • Abrupte Themenwechsel sind zu vermeiden. Ggf. sollten unterschiedliche Themen mit zeitlichem Abstand besprochen werden.	• Der Bewohner versteht den Inhalt des Gesprächs. • Die gewonnenen Informationen kann er in seinem Gedächtnis abspeichern und später abrufen.

Für eine sichere Umgebung sorgen		
Der Bewohner ist schwerhörig und sehbehindert.	Wir lassen die Knopfbatterien nicht offen liegen. Der Bewohner könnte sie mit Tabletten verwechseln und verschlucken.	Der Bewohner verschluckt keine Knopfbatterien.
Der Bewohner erschrickt sich häufig, wenn er von einer Pflegekraft aufgesucht wird.	- Die Pflegekraft betätigt kurz den Lichtschalter, wenn sie den Raum betritt. - Wir nähern uns dem Bewohner stets von vorne und nicht von hinten.	Der Bewohner erschrickt sich nicht.
Soziale Bereiche des Lebens sichern		
- Der Bewohner ist nicht in der Lage, Gesprächen mit anderen Bewohnern zu folgen. Die sozialen Kontakte reduzieren sich. - Der Bewohner neigt zu Misstrauen. Er hat Angst, dass andere unbemerkt über ihn reden. - Das Lachen von anderen Menschen bezieht er auf sich und glaubt, ausgelacht zu werden.	- Wir ermuntern den Bewohner dazu, sich aktiv am gesellschaftlichen Leben der Einrichtung zu beteiligen. Ideal dabei sind Gesellschaftsspiele, die nicht auf verbaler Kommunikation basieren. Etwa: Brettspiele, Kartenspiele usw. - Bei Beschäftigungsangeboten achten wir darauf, dass sich Hörbehinderte daran beteiligen können. Also etwa Bastelarbeiten, Bewegungsspiele, hauswirtschaftliche Tätigkeiten. - Wir schreiten ein, wenn Mitbewohner einen Schwerhörigen als geistig behindert ausgrenzen. - Wir ermöglichen es schwerhörigen Bewohnern, per Fax mit Freunden und Verwandten zu kommunizieren. - Ein guter Kontakt zu den Angehörigen ist wichtig, da diese bei fortgeschrittener Schwerhörigkeit oftmals noch am besten mit dem Bewohner kommunizieren können. - Wenn sich zwei Pflegekräfte in Gegenwart des Bewohners über diesen unterhalten, so wird der Bewohner in das Gespräch einbezogen. Alles andere würde Misstrauen auslösen oder fördern.	- Der Bewohner bleibt im sozialen Leben der Einrichtung integriert. - Mitbewohner können sich gegenüber dem Bewohner verständlich machen.
Der Bewohner ist schwerhörig und dementiell erkrankt.	Betroffene suchen oftmals Körperkontakt zu Bezugspersonen. Pflegekräfte sollten auf diese "Ersatz-Kommunikation" eingehen.	Die Kommunikation zwischen Pflegekraft und Bewohner bleibt erhalten.
Der Bewohner stellt den Fernseher, das Radio	Wir bitten den Bewohner um die Verwendung von Kopfhörern. Wir	Das Umfeld des Bewohners wird vor

oder die Musikanlage so laut ein, dass das Umfeld dadurch gestört wird.	achten darauf, dass wir den Bewohner nicht erschrecken, wenn der die Kopfhörer trägt. Wir beschaffen ausschließlich Fernseher, die Untertitel einblenden können.	Lärmbelästigung geschützt.
- Der Bewohner hat die Hörgeräte nur zeitweise eingeschaltet, da er die Batterien schonen will. - Der Bewohner schaltet das Hörgerät aus, um sich von der Umwelt abzuschotten und seine Ruhe zu haben.	- Wir prüfen, welche Auswirkungen das Abschalten auf das Leben des Bewohners hat. Vor allem unruhige Bewohner können vom Ausschalten akustischer Reize profitieren, etwa bei Verkehrslärm, einem schnarchenden Lebenspartner usw. - Wir verabreden, dass der Bewohner das Hörgerät zumindest bei wichtigen Anlässen wieder anschaltet, etwa bei Gemeinschaftsveranstaltungen oder im Straßenverkehr.	Beeinträchtigungen der Hörfähigkeit aus falscher Sparsamkeit werden vermieden.
- Der Bewohner ist mit der Handhabung seines Hörgerätes überfordert. - Der Bewohner hat Angst, mit dem teuren Gerät zu hantieren. Er befürchtet, dieses fallen zu lassen.	Wir leiten den Bewohner an, die Handhabung und die Reinigung des Hörgerätes eigenständig zu leisten. Ist dieses nicht möglich, wird diese Aufgabe teilweise oder ganz von uns übernommen.	Der Bewohner verliert die Angst vor der Nutzung eines Hörgerätes.
Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
- Der Bewohner akzeptiert ein Hörgerät nicht. - Der Bewohner ist verbittert über den fortschreitenden Verfall seiner Hörfähigkeiten. - Der Bewohner versucht, seine Schwerhörigkeit zu verbergen.	- Wenn spürbar wird, dass der Bewohner unter seiner Schwerhörigkeit leidet, bietet insbesondere die Bezugspflegekraft stets ein Gespräch an. - Wir erklären dem Bewohner, dass moderne Hörgeräte das Leben deutlich erleichtern. Viele Probleme, die bei Geräten in den 70er- und 80er-Jahren auftraten, sind gelöst oder zumindest deutlich gemildert. Dazu zählt etwa das laute Piepsen als Folge einer Rückkopplung.	Der Bewohner akzeptiert die Einschränkungen, die Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit mit sich bringen.

Standardpflegeplan "MRSA"

- Der "Staphylococcus aureus" ist ein häufig beim Menschen anzutreffendes Bakterium, das in den meisten Fällen zu keinen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt. 10 bis 40 Prozent aller Erwachsenen gelten als Keimträger, im Krankenhausbereich steigt diese Quote auf bis zu 80 Prozent.
- Aufgrund genetischer Mutationen wurden einige Stämme resistent gegen verschiedene Antibiotika, insbesondere gegen die Wirkstoffgruppen der Penicilline, Cephalosporine und Carbapeneme. Die noch wirksamen Antibiotika bieten keinen vollständigen Ersatz, da diese Wirkstoffe teilweise per i.v.-Injektion verabreicht werden müssen, oftmals sehr teuer sind und zudem viele Nebenwirkungen aufweisen.
- Diese neuen Bakterienstämme werden "Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus" kurz "MRSA" genannt. Bei Resistenz gegen den Nachfolgewirkstoff "Oxacillin" spricht man auch von "Oxacillin-resistenter Staphylococcus aureus" kurz "ORSA".
- MRSA besiedelt bevorzugt die Nasenvorhöfe, den Rachen, die Achseln, den Darm sowie Hautfalten (z.B. zwischen den Oberschenkeln und unter den Brüsten).
- MRSA wird vor allem über die Hände übertragen. Weitere Infektionswege sind Kontaminationen etwa am Kittel.
- Übertragungen sind in seltenen Fällen auch aerogen (per Tröpfcheninfektion) möglich, etwa durch ausgeprägtes Husten, Erbrechen oder Absaugen von Trachealsekret.
- Der MRSA-Keim ist in der Lage, mehrere Monate auf Pflegeartikeln, Geräten, Oberflächen oder Möbeln zu überleben.

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für MRSA. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten		
• Das Immunsystem des Bewohners ist geschwächt. Der Bewohner bleibt anfällig für MRSA und die Krankheiten, die der Keim auslösen kann.	• Wir achten auf eine vitaminreiche Ernährung. Wichtig ist auch eine gute Versorgung mit Spurenelementen wie etwa Zink. • Wir streben eine Normalisierung des BMI (Body-mass-Index) an. • Wir leiten den Bewohner zu mehr körperlicher Aktivität an. • Der Bewohner soll ausreichend schlafen. • Der Bewohner sollte den Genuss von Alkohol und Nikotin deutlich reduzieren.	• Das Immunsystem wird gestärkt.
• Es liegt eine nasale Besiedelung durch MRSA vor.	Der Bewohner wird über die notwendigen Vorsichtsmaßnahmen informiert: • Er soll sich nach jedem Naseputzen die Hände gründlich waschen. • Es werden ausschließlich Einmalhandschuhe genutzt. • Genutzte Taschentücher werden sofort in einem Abwurfbehälter mit verschließbarem	• Eine Keimübertragung wird vermieden.

	Deckel entsorgt.	
Der Bewohner leidet unter Grunderkrankungen, die eine Sanierung unmöglich oder sehr aufwendig machen.	- Die Behandlung der Grunderkrankungen hat Priorität und wird konsequent durchgeführt. Dazu zählen insbesondere: - Dekubitus - Ulcer cruris - chronische Ekzeme - Danach wird der Bewohner saniert und von MRSA befreit.	Die Grunderkrankungen werden soweit behandelt, dass eine Sanierung beginnen kann.
Der Bewohner leidet unter Grunderkrankungen, die eine Weiterverbreitung des Keims wahrscheinlicher machen.	- Eine Einzelunterbringung wird erwogen, wenn der Bewohner unter einem dieser Krankheitsbilder leidet: - starker chronischer Husten mit nachgewiesenem Nasen-Rachen-Befall. - offene Wunden - Tracheostoma mit notwendiger Trachealabsaugung - MRSA im PEG-Bereich - MRSA im Urin (Hinweis: In der Fachwelt mehren sich die Stimmen, die eine konsequente Einzelunterbringung auch ohne die o.a. Grunderkrankungen fordern.)	Eine Keimübertragung wird vermieden.
Der Bewohner leidet häufig unter Infektionen, die auf seinen Wunsch bereits frühzeitig mit Antibiotika behandelt werden. Der Arzt kommt diesem Wunsch nach.	- Wir machen den Bewohner darauf aufmerksam, dass mit jeder Antibiotikagabe das Risiko einer erneuten Resistenzentwicklung steigt. - Gemeinsam entwickeln wir Strategien, um das Immunsystem zu stärken und Antibiotikagaben zu vermeiden.	Der Bewohner nimmt nur dann Antibiotika ein, wenn diese notwendig sind.
Eine Sanierung ist erforderlich.	- In enger Kooperation mit dem behandelnden Arzt wird die Sanierung durchgeführt. Beispiele: - Bei einer Besiedelung des Nasen-Rachen-Raumes wird 3-mal täglich eine Mupirocin-Nasensalbe aufgetragen. Dieses ist zumeist über einen Zeitraum von fünf Tagen erforderlich. - Die Mund-Rachen-Antiseptik wird mit einem mikrobioziden Wirkstoff durchgeführt. Dieser kann etwa gegurgelt werden. - Wir führen ggf. eine tägliche Ganzkörperwaschung mit antiseptisch wirksamen Präparaten durch. Bereits behandelte Körperbereiche sollten nicht mit benutzter Wäsche oder mit noch nicht gewaschenen Körperteilen in Kontakt kommen.	Die Sanierung wird erfolgreich abgeschlossen.
Der Bewohner verweigert die Sanierung.	Wir suchen den Dialog mit dem Bewohner und verdeutlichen die Notwendigkeit der	Die Sanierung

Der Bewohner bricht die laufende Sanierung ab.	Sanierung. - Wir beziehen Angehörige und den Hausarzt ein und bitten darum, entsprechend auf den Bewohner einzuwirken. - Alle Sicherheitsmaßnahmen bleiben bis zur erfolgreichen Sanierung bestehen.	wird durchgeführt.
Sich pflegen		
Der Erfolg der Sanierungsmaßnahmen wird durch die Nutzung von Hygieneartikeln gefährdet.	- Pflegeartikel müssen jeden Tag desinfiziert oder falls notwendig ausgetauscht werden. Dazu zählen: - Zahnbürste - Deoroller - alle weiteren Hygieneartikel, die mit der Haut in Kontakt kommen - Die Handtücher werden jeden Tag gewechselt. - Der Bewohner sollte darauf achten, dass Mitbewohner seine Pflegeartikel nicht mitbenutzen. Ebenso darf der infizierte Bewohner die Pflegemittel seiner Mitbewohner nicht verwenden.	- Eine erneute Infektion wird vermieden. - Eine Keimübertragung wird vermieden.
Der Bewohner ist nicht in der Lage, die Körperhygiene eigenständig sicherzustellen.	Der Bewohner wird von uns bei der Körperpflege unterstützt. Diese (wie alle weiteren pflegerischen Tätigkeiten) sollte bei dem Bewohner erst dann durchgeführt werden, nachdem alle anderen nicht infizierten Bewohner versorgt sind.	Eine Keimübertragung wird vermieden.
Essen und trinken		
Der Erfolg der Sanierungsmaßnahmen wird durch die Nutzung der Zahnprothese gefährdet.	Die Zahnprothese wird jeden Tag desinfiziert.	Eine erneute Infektion wird vermieden.
Ausscheiden		
Im Urin des Bewohners werden resistente Keime nachgewiesen.	- Dem Bewohner wird eine separate Toilette zugewiesen. Er wird gebeten, keine Gemeinschaftstoilette aufzusuchen. - Die Toilette wird jeden Tag desinfiziert.	Eine Keimübertragung wird vermieden.
Der Bewohner ist harninkontinent.	Die Harnableitung muss über ein geschlossenes System erfolgen.	Eine Keimübertragung wird vermieden.
Sich kleiden		
Der Erfolg der Sanierungsmaßnahmen wird durch die Kleidung gefährdet.	- Nach jeder antiseptischen Waschung wird frische Kleidung angezogen. - Es wird nur solche Kleidung ausgewählt, die sich bei mindestens 60°C waschen lässt. - Das Bett wird ebenfalls täglich neu	Eine erneute Infektion wird vermieden.

	bezogen.	
Sich beschäftigen		
Der Bewohner langweilt sich aufgrund der Isolation.	Im Rahmen unserer personellen Ressourcen versuchen wir die Betreuung des Bewohners zu intensivieren.	Der Bewohner langweilt sich nicht.
Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten		
Der Erfolg der Sanierungsmaßnahmen wird durch die Nutzung von Schmuck gefährdet.	- Bewohnerinnen werden gebeten, während der Sanierung auf das Tragen von Schmuck zu verzichten. Dieser müsste jeden Tag desinfiziert werden. Darunter würde jedoch das Material leiden. - Dieses gilt auch für Eheringe und für Uhren.	Eine erneute Infektion wird vermieden.
- Der Ehepartner / Lebenspartner zieht sich aus Angst vor einer Infektion zurück. - Der Bewohner zieht sich zurück, da er Angst vor einer Keimübertragung auf den Ehepartner / Lebenspartner fürchtet.	- Wir informieren das Paar über die notwendigen Sicherheitsmaßnahmen, die bis zum Abschluss der Sanierung erforderlich sind. Dazu zählt vor allem der Verzicht auf körperliche Intimität (küssen, ungeschützter Geschlechtsverkehr). - Für die Beratung ziehen wir den Hausarzt hinzu.	Die Paarbeziehung bleibt intakt.
Soziale Bereiche des Lebens sichern		
Der infizierte Bewohner sucht Kontakt zu anderen Bewohnern. Es besteht Infektionsgefahr.	- Der infizierte Bewohner wird gebeten, bis zum Abschluss der Sanierung beim Kontakt mit nicht infizierten Mitbewohnern sehr vorsichtig zu sein, wenn diese besonders gefährdet sind. Dieses ist der Fall, wenn der Mitbewohner unter folgenden Krankheiten oder Krankheitsbildern leidet: - Wundflächen (z.B. Verbrennungen) - chronische Hautverletzungen (z.B. Ulcus cruris) - Niereninsuffizienz mit Pflicht zur Hämodialyse - Diabetes mellitus - Krebs - Rheuma oder Asthma mit Kortisontherapie - Leberzirrhose - Funktionsstörungen, die eine Beatmung erfordern - Wachkoma - frisch operierte Bewohner - Fremdkörper aus Kunststoff oder aus Metalllegierungen (künstliche Hüfte) - Empfänger von Spenderorganen - sehr hohes Lebensalter - sonstige Immunschwächen	Eine Keimübertragung wird vermieden.

Der Bewohner unterlässt die notwendigen Verhaltensweisen, um seine Mitbewohner vor Infektionen zu schützen.	- Wir machen dem Bewohner eindringlich klar, welches Verhalten erwartet wird. Etwa: - Wunden müssen abgedeckt werden. Jede Manipulation daran muss unterlassen werden. - Bei der Besiedelung des Nasen-Rachenraumes muss ein Mundschutz getragen werden. - Vor dem Verlassen des Zimmers muss sich der Bewohner die Hände waschen und besser noch desinfizieren. - Der Bewohner soll auf das Schütteln der Hände als Begrüßungszeichen verzichten. - Wenn der Bewohner kein angemessenes Verhalten zeigt, darf er weder Gemeinschaftsräume betreten noch an anderen sozialen Veranstaltungen teilnehmen. Unberührt davon kann der Bewohner das Haus für Spaziergänge usw. verlassen.	Eine Keimübertragung wird vermieden.
Nicht infizierte Mitbewohner meiden den Bewohner.	Im Einzelgespräch informieren wir den Mitbewohner über das tatsächliche Infektionsrisiko. Wir verdeutlichen ihm, mit welchen Verhaltensweisen er eine Keimübertragung weitgehend ausschließen kann.	Der Bewohner wird nicht aus dem sozialen Leben ausgeschlossen.
Der infizierte Bewohner muss aus seinem Doppelzimmer vorübergehend ausziehen, da er mit einem gefährdeten Mitbewohner zusammenlebt. Mit dem neuen (temporären) Zimmergenossen versteht er sich nicht.	- Wir machen beiden Bewohnern klar, dass es sich nur um eine zeitlich befristete Maßnahme handelt. - Wir prüfen alternative Unterbringungsmöglichkeiten. - Das Verhalten beider Bewohner wird engmaschig überwacht. Bei verbalen oder körperlichen Aggressionen schreiten wir umgehend ein.	Die zeitweilige Umquartierung verläuft so harmonisch wie möglich.
Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
- Das Selbstwertgefühl des Bewohners ist beschädigt. Er sieht sich als Gefahr für seine Mitbewohner. - Der Bewohner hat Angst vor MRSA und sieht diesen als "Todeskeim".	Wir klären den Bewohner über die tatsächlichen Risiken auf. Wir verdeutlichen ihm, dass MRSA keine unmittelbare Bedrohung seiner Gesundheit darstellt. Gleichwohl ist eine konsequente Sanierung erforderlich.	- Der Bewohner gewinnt das Selbstvertrauen zurück. - Der Bewohner macht sich keine ungerechtfertigten Sorgen.

Standardpflegeplan "bösartige Tumorleiden"

- Bei Krebs handelt es sich um ein unkontrolliertes Zellwachstum. Das neu gebildete Gewebe kann in nahe liegende Organe eindringen oder in weit entfernten Körperbereichen Metastasen bilden.
- Die unterschiedlichen Krebsformen werden kategorisiert anhand der befallenen Körperregion und dem klinischen Verlauf der Erkrankung.

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für Krebs. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten		
Der Bewohner raucht stark, obwohl er bereits an Krebs erkrankt ist.	• Wir raten dem Bewohner dringend, das Rauchen einzustellen oder zumindest den Nikotingenuss deutlich zu verringern. • Wenn die Lunge im Zielbereich einer geplanten Strahlentherapie liegt, gilt striktes Rauchverbot.	• Der Bewohner stellt das Rauchen ein.
Der Bewohner erhält eine Chemotherapie.	• Wir stellen uns nach der Rückkehr aus dem Krankenhaus auf eine Vielzahl von Nebenwirkungen ein: ○ Aufgrund der Schleimhautschäden kann es zu einer Stomatitis und zu einer anhaltenden Diarrhö kommen. ○ Die Knochenmarksdepression wird die Blutungsneigung erhöhen. Der Bewohner kann unter Leistungsabfall und unter Atemnot leiden. Zudem ist damit zu rechnen, dass die Infektanfälligkeit steigt. ○ Der Bewohner wird einen Großteil seiner Haare einbüßen. • Zumeist ist der Bewohner angehalten, mindestens zwei bis drei Liter Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Damit sollen die Medikamente und die Zerfallsprodukte der absterbenden Krebszellen ausgespült werden. • Der Bewohner wird animiert, eine Chemotherapie trotz schwerer Nebenwirkungen durchzuhalten. Erst	• Die Folgen einer Chemotherapie werden gelindert. • Der Bewohner ist motiviert, die Therapie durchzuhalten.

	eine mehrfach hintereinander erfolgte Therapie kann die Tumorzellen restlos tilgen.	
Der Bewohner erhält eine Strahlentherapie.	- Wir stellen uns nach der Rückkehr aus dem Krankenhaus auf eine Vielzahl von Nebenwirkungen ein: - Im bestrahlten Körperbereich kann es zu Hautreaktionen kommen. - Der Bewohner kann unter Appetitverlust, Übelkeit und Müdigkeit leiden. - Wichtig nach dem Ende der Strahlentherapie ist viel Ruhe für den Bewohner. Wir halten in den ersten Wochen soviel Stress wie möglich fern. - Komplizierte Zahnbehandlungen sollten nach Möglichkeit vor Beginn der Strahlenbehandlung abgeschlossen sein. - Viele Reaktionen erfolgen erst nach mehrmonatiger Verzögerung. Es kann zu Hautverfärbungen, Verhärtungen im Unterhautfettgewebe, Mundtrockenheit und Geschmacksverlust kommen. - Die zu bestrahlenden Körperareale werden vor dem Eingriff mittels eines wasserfesten Stiftes auf der Haut markiert. Diese Marken bleiben auch nach der Rückkehr etwa für Mitbewohner sichtbar. Ggf. ziehen sich diese aus Furcht oder Unsicherheit zurück.	Die Folgen der Strahlentherapie werden gelindert.
Der Bewohner erhält eine Hormontherapie.	- Wir stellen uns nach der Rückkehr aus dem Krankenhaus auf eine Vielzahl von Nebenwirkungen ein: - Bei einer Östrogentherapie kann es zu Störungen der Blutgerinnung sowie zu einer Bildung von Ödemen kommen. - Die Verabreichung von gegengeschlechtlichen Hormonen führt bei einer Frau zur Vermännlichung, also etwa zu verstärktem Haarwuchs. Bei Männern können sich die Brüste vergrößern. Zudem droht Impotenz sowie der Verlust der Libido.	Die Folgen der Hormontherapie werden gelindert.
Das Blutungsrisiko des Bewohners ist erhöht.	- Der Bewohner wird über seinen Zustand und die daraus folgenden Verhaltensweisen informiert. - Der Zustand des Bewohners wird engmaschig überwacht. Wichtig sind vor allem Blutungen aus der Nase	- Verletzungen durch z.B. Stürze werden vermieden. - Wunden werden angemessen versorgt. - Bedrohliche Zustände

	und dem Mund sowie Blutbeimengungen im Stuhl und im Urin. • Wir setzen die Maßnahmen der Sturzprophylaxe um. • Wir prüfen regelmäßig, ob der Bewohner unter Sehstörungen leidet. • Wir achten auf eine sorgfältige Zahn- und Mundhygiene. Allerdings sollte eine weiche Zahnbürste oder ein Watteträger genutzt werden. Elektrische Zahnbürsten sollten nicht genutzt werden. • Wir verzichten auf Nassrasuren. Stattdessen nutzen wir einen Trockenrasierer oder empfehlen dem Bewohner, zeitweise den Bart einfach wachsen zu lassen. • Frauen sollten auf die Rasur der Beine verzichten. • Die Lippen werden durch eine sorgfältige Pflege vor Einrissen geschützt. • Die Finger- und Fußnägel werden vorsichtig gepflegt. Grundsätzlich gelten die gleichen Vorsichtsmaßnahmen, wie sie bei Diabetikern obligatorisch sind. • Wir sorgen für eine umfassende Obstipationsprophylaxe. Harter Stuhlgang kann zu Risswunden im Enddarmbereich führen. • Wir prüfen stets, ob verabreichte Medikamente zusätzlich die Blutgerinnung schwächen und suchen ggf. nach alternativen Wirkstoffen. Problematisch ist insbesondere Acetylsalicylsäure. • Wir führen keine i.m.-Injektionen durch. s.c.-Injektionen sind zwar möglich, sollten aber ebenfalls zugunsten anderer Applikationswege vermieden werden. • Blutungen werden stets ernst genommen und sorgfältig versorgt. Bei relevanten Beobachtungen wird der Arzt informiert. ○ Hämatome können durch Kälteeinwirkung abgemildert werden. ○ Stark blutende Wunden werden durch einen Druckverband versorgt. ○ Bei Nasenbluten soll sich der Bewohner aufrecht hinsetzen und seinen Kopf leicht nach vorne beugen. Der blutende Nasenflügel wird durch den Druck eines Fingers komprimiert. Ggf. kann im Nacken des Bewohners ein Kühlelement abgelegt werden. ○ Beobachtung des Bewusstseinzustands des Bewohners, es kann zu	werden schnell und sicher erkannt.
--	--	---

	Hirnblutungen kommen.	
• Das Infektionsrisiko des Bewohners ist erhöht.	• Wir prüfen, welche Risikofaktoren vorliegen. Anhand der Ergebnisse bewerten wir das Risiko. ○ beeinträchtigte Barrierenfunktion der Schleimhäute und der Haut ○ verminderte Immunreaktion aufgrund der Chemotherapie und der Bestrahlung ○ immunsuppressive Medikamente ○ Katheter, Infusionen oder Stents als Eintrittspforten für Bakterien und Pilze ○ fortgeschrittenes Erkrankungsstadium • Wir bereiten uns auf die häufigsten Infektionsarten vor, unter denen Krebspatienten leiden: ○ Infektionen der Atemwege. Diese werden begünstigt durch Immunsuppression, einen allgemein geschwächten Gesundheitszustand und Bettlägerigkeit. ○ Bakterielle Lungenentzündungen. Gefährdet sind auch hier immunsupprimierte Bewohner sowie Senioren, die künstlich beatmet werden. Bewohner mit Speiseröhrentumoren oder Schluckstörungen sind gefährdet, da beim Esseneingeben kleine Mengen Speichel und Speisebrei mitsamt Bakterien in die Atemwege aspiriert werden können. ○ Virale Infektionen der Lunge und der Atemwege. Als Folge des geschwächten Immunsystems entwickeln sich Infektionen schwerer und dauern länger. Vor allem Influenza kann tödliche Folgen haben. Daher raten wir dem Bewohner zu Beginn der Grippezeit zu einer Impfung. Wichtig: Krebspatienten reagieren nicht immer optimal auf eine Impfung, so dass ein sicherer Schutz nicht automatisch nach der ersten Impfung gewährleistet ist. ○ Pilzinfektionen der Lunge sind bei Lymphom- oder Leukämiepatienten in	• Das Infektionsrisiko wird richtig eingeschätzt. • Infektionen werden durch eine lückenlose Hygiene vermieden. • Infektionen werden sicher erkannt und angemessen behandelt.

	fortgeschrittenen Stadien sehr häufig. Sie müssen schnell erkannt und behandelt werden, da diese Infektionen im weiteren Krankheitsverlauf schwer zu behandeln sind. ○ Mundsoor. Immungeschwächte Bewohner sind häufig von Pilzinfektionen in Mund, Rachen und Speiseröhre befallen. Wir achten auf weißliche Beläge, die beim Abstreifen leicht bluten, oder auch auf geschwürartige Schleimhautdefekte. Zahnprothesen müssen sehr sorgfältig und regelmäßig desinfiziert werden. ○ Symptome einer Magen-Darm-Infektion werden häufig fälschlicherweise der Bestrahlung oder der Chemotherapie zugeschrieben. Die Infektion wird übersehen. ○ Infektionen der Harnwege sind ein weit verbreitetes Problem bei geschwächten und bettlägerigen Bewohnern. Begünstigt wird die Krankheit durch dauerhaft liegende Urinkatheter, tumor- oder operationsbedingte Abflusshindernisse, mangelnde Blasenentleerung mit verbleibendem Restharn und künstliche Ausgänge bzw. Urinstomata. ○ Infektionen der Haut werden insbesondere in Kombination mit Immobilität zur Gefahr. Es droht ein Druckgeschwür. Wir achten auf eine geeignete Lagerung und eine sorgfältige Hautpflege. • Wir achten auf eine lückenlose Hygiene bei allen Pflegemaßnahmen, vor allem auf die Händehygiene. • Der Bewohner sollte den Kontakt mit Mitbewohnern und Angehörigen meiden, wenn diese an einer übertragbaren Infektion leiden. • Das Zimmer des Bewohners wird in engen Abständen gereinigt und desinfiziert. • Der Bewohner soll sich jeden Tag duschen und die Unterwäsche täglich wechseln. • Bei der Nahrung achten wir auf	
--	--	--

	Keimarmut. Speisen sollten entweder gekocht sein oder sich schälen lassen (Obst und Früchte). Problematische Speisen wie rohe Salate, Schimmelkäse usw. sollte der Bewohner zeitweilig meiden.	
Der Bewohner ist kraftlos. Seine physische Leistungsfähigkeit ist deutlich reduziert.	- Wir überprüfen alle Medikamente auf Nebenwirkungen, die zu einem weiteren Leistungsabbau führen. Für diese Arzneien suchen wir geeignete Alternativen. - Der Bewohner wird ermuntert, sich im Rahmen seiner Fähigkeiten an allen Pflegemaßnahmen zu beteiligen. Gleichzeitig vermeiden wir eine Überforderung des Bewohners.	Der Bewohner wird im Rahmen seiner Fähigkeiten gefordert und unterstützt.
Der Bewohner hat Schmerzen.	- Die Schmerzintensität wird im Rahmen der Schmerzanamnese erfasst, ausgewertet und regelmäßig durch den Bewohner mit einer Schmerzskala neu eingeschätzt. - Auf Basis der Ergebnisse bitten wir um eine ausreichende Schmerzmedikation. Diese umfasst vor allem auch Wirkstoffe, die zur Linderung von plötzlich auftretenden Schmerzspitzen geeignet sind. - Oftmals können chronische Schmerzen durch zusätzliche Eingriffe ausgeschaltet werden. Bei Knochenmetastasen kann etwa eine Strahlentherapie durchgeführt werden. - Nicht jeder Schmerz eines Krebspatienten hat seine Ursache im Tumor. Wir bedenken stets, dass der Bewohner etwa auch Verspannungsschmerzen im Rücken oder im Nackenbereich haben kann. (Alles Weitere ist im Standardpflegeplan "chronische Schmerzen" vermerkt.)	Der Bewohner erhält eine auf seine Schmerzbelastung angepasste Medikation.
Die Krankheit ist fortgeschritten. Das Risiko ist hoch, dass der Bewohner einen Notfall erleidet.	- Wir bereiten uns auf Frakturen vor. Bei Metastasen im Knochen kann dieser schon unter geringen Belastungen brechen. Dieses führt zu starken Schmerzen und zu Funktionseinschränkungen. - Wenn der Bewohner unter Kontrollverlust und Lähmungen im unteren Körperbereich klagt, kann ein Querschnittssyndrom die Ursache sein. - Wir achten auf die Symptome einer oberen Einflussstauung: Atemnot, gestaute Halsvenen sowie Ödeme im Gesicht und im Oberkörper. Die Haut in den betroffenen Arealen ist rötlich-blau verfärbt. Zudem kann es zu Bewusstseinseintrübungen kommen. - Wir bereiten uns auf einen erhöhten	- Notfälle werden schnell erkannt. - Der Bewohner erhält zeitnah Hilfe.

	Hirndruck vor. Dieser führt beim Bewohner zu starkem Kopfschmerz, Übelkeit sowie charakterischen Veränderungen. Im weiteren Verlauf erleidet der Bewohner einen Abfall des Pulses, zerebrale Krämpfe und Lähmungen. • Jedes dieser Krankheitsbilder erfordert die unverzügliche Einweisung in ein Krankenhaus.	
Sich pflegen		
• Der Bewohner vernachlässigt die eigene Körperpflege, da er glaubt, dass diese sinnlos wäre.	• Wir machen dem Bewohner klar, dass sein Verhalten nicht nur optische Folgen hat. Körperliche Unsauberkeit fördert das Auftreten von Infektionen, die seine Überlebenschancen ggf. deutlich senken können.	• Der Bewohner pflegt sich trotz Krebsdiagnose.
• Der Bewohner leidet unter Haarausfall als Folge der Chemotherapie.	• Bei Männern sollte erwogen werden, die Haare bereits vor Beginn der Chemotherapie komplett abzurazieren. • Wir nutzen weiche Haarbürsten und schonendes Haarwaschmittel. • Durch geeignete Pflegemittel schützen wir die Kopfhaut vor dem Austrocknen. • Der Bewohner sollte im Freien nach Möglichkeit eine Kopfbedeckung tragen. Diese schützt im Sommer vor Sonneneinstrahlung und im Winter/Herbst vor Auskühlung. • Ggf. sollte frühzeitig eine Perücke angepasst werden. (Die Kosten trägt zumeist die Krankenkasse.) • Wir stehen dem Bewohner jederzeit für ein persönliches Gespräch zur Verfügung, wenn dieser aufgrund des Haarausfalles deprimiert sein sollte. Wir verdeutlichen insbesondere, dass die Haare nach Beendigung der Behandlung wieder nachwachsen werden. • Bei einer Bestrahlung des Kopfes werden die Haarwurzeln ggf. irreparabel geschädigt. Der Bewohner bleibt also auch nach dem Ende der Behandlung stellenweise unbehaart.	• Die Folgen des Haarausfalles werden minimiert. Insbesondere leidet das Selbstvertrauen nicht mehr als notwendig.
• Der Bewohner leidet unter Hautveränderungen als Folge der Bestrahlung.	• Juckreiz wird konsequent behandelt. Etwa durch Kältereize oder Juckreiz stillende Badeszusätze wie Hafermehl oder Kleie. Zudem wird der Bewohner ermahnt, sich möglichst nicht mit den Fingernägeln zu kratzen, da dieses Infektionen auslösen kann. • Für die Reinigung nutzen wir nur klares Wasser. Seife, Waschlotion,	• Die Haut des Bewohners wird geschützt. • Die Auswirkungen der Bestrahlung werden auf ein Minimum reduziert.

	Deodorants usw. werden nicht angewendet. • Der Bewohner soll direkte Sonneneinstrahlung meiden. Ggf. sollte der Bewohner Sonnenschutzcreme mit einem hohen Lichtschutzfaktor auftragen. • Die Markierungen auf der Haut für die Strahlentherapie markieren gleichzeitig auch die Hautbereiche, die besonders vorsichtig behandelt werden müssen. Die Markierungen dürfen in keinem Fall entfernt werden. • Durch das mehrmals tägliche Auftragen von Kamillenpuder kann die Haut trocken gehalten werden. • Deutliche Hautreizungen können mit panthenolhaltigen Salben behandelt werden. • Das Bestrahlungsfeld wird konsequent vor Kälte, Sonneneinstrahlung, Hitze usw. geschützt. Es dürfen hier also weder Wärmflaschen noch Heißluftföns genutzt werden.	
• Der Bewohner leidet unter Schleimhautveränderungen im Mund als Folge der Bestrahlung.	• Nach jeder Mahlzeit und vor der Bettruhe führen wir eine Mund- und Zahnpflege durch. • Die Mundhöhle wird einmal täglich inspiziert. • Bei Trockenheit im Mund kann das Areal mit Wasser oder Tee gespült oder ausgewischt werden. • Mehrmals täglich führen wir eine Mundspülung mit Kamillenlösung, panthenolhaltigen oder desinfizierenden Lösungen durch. Bei Bedarf nutzen wir speziell antimykotische Lösungen. • Eine Zahnprothese wird am Abend gereinigt und über Nacht in der Aufbewahrungsbox gelagert. • Die Soor- und Parotitisprophylaxe wird konsequent durchgeführt. • Schmerzen können mit anästhesierenden Lutschtabletten oder Salben gelindert werden.	
Essen und trinken		
• Der Bewohner nimmt große Mengen Alkohol zu sich. Die Heilung ist gefährdet.	• Wir achten auf Unverträglichkeiten zwischen den eingenommenen Medikamenten und Alkohol. • Wir raten dem Bewohner dringend, den Alkoholgenuss einzustellen. Wenn dieses nicht möglich ist, sollte der Genuss auf einen gleich bleibenden Zeitpunkt reduziert werden, also etwa das Bier am Abend oder der Schnaps nach dem Mittagessen. Dieses kann genutzt	• Der Bewohner trinkt möglichst wenig Alkohol.

	werden, um einen Bewohner mit Untergewicht zum Essen zu animieren. • Eine vorhandene Alkoholabhängigkeit wird konsequent bekämpft.	
• Der Bewohner leidet unter Ernährungsstörungen als Teil verschiedener Krankheitsbilder: ○ Der Verdauungstrakt ist geschädigt. ○ Die Kau- und Schluckfähigkeiten des Bewohners sind eingeschränkt. ○ Der Bewohner leidet unter Mundtrockenheit. ○ Als Folge einer Chemo- oder Strahlentherapie leidet der Bewohner unter Erbrechen oder Durchfall. • Der Bewohner entwickelt eine Abneigung gegen bestimmte Speisen (üblicherweise gegen Fleisch).	• Die Nahrungsaufnahme wird sorgfältig überwacht und die Ergebnisse dokumentiert. • Der Bewohner erhält Wunschkost, sofern diese dem Krankheitsbild angemessen ist. • Bei der Wahl der Essenszeiten sind wir flexibel. Der Bewohner wird nicht gezwungen, zu bestimmten Zeiten zu essen. Soweit dieses organisatorisch möglich ist, halten wir Zwischenmahlzeiten bereit. • Wenn der Bewohner unter einer Erkrankung der Mundschleimhaut leidet, wird eine weiche Nahrung gewählt. Speisen, die sehr sauer, süß oder scharf sind, werden gemieden. Ideal sind etwa Grießbrei oder gedünstetes Gemüse. • Bei Störungen im Magen-Darm-Trakt erhält der Bewohner ggf. spezielle Kost. Diese ist hochkalorisch und eiweißreich, zudem aber fett- und ballaststoffarm. Statt dreier Hauptmahlzeiten sollten die Speisen auf viele kleinere Mahlzeiten verteilt werden. • Wir achten auf eine angemessene Flüssigkeitsversorgung. Der Bewohner sollte mindestens 1,5 Liter zu sich nehmen. Bei Verlusten etwa durch Erbrechen oder Durchfall wird diese Menge entsprechend erhöht. • Wenn auf oralem Wege dauerhaft keine angemessene Ernährung möglich ist, prüfen wir die Notwendigkeit einer künstlichen Ernährung. Insbesondere das Legen einer PEG kann notwendig sein.	• Ernährungsstörungen werden angemessen behandelt. • Ein angemessener Ernährungszustand des Bewohners wird gesichert.
• Der Bewohner leidet an anhaltender Übelkeit und Erbrechen als Folge der Chemotherapie.	• Wir intensivieren die Aspirationsprophylaxe, um eine Verschleppung von Erbrochenem in die Lunge zu verhindern. • Das Ausmaß des Erbrechens wird sorgfältig beobachtet und dokumentiert. Wichtig ist der Zeitpunkt des Erbrechens, zeitliche Dauer des Würgens sowie die ausgeschiedene Menge. • Die verlorene Flüssigkeit und die Elektrolyte müssen ersetzt werden. Wenn dieses auf oralem Wege nicht mehr möglich ist, muss zeitnah eine Infusion erwogen werden.	• Ernährungsdefizite werden kompensiert. • Der Bewohner erleidet keine Aspiration.

	• Wir prüfen, ob sich der Bewohner nach Eintritt der Übelkeit soweit ablenken lässt, dass es nicht zu einem Erbrechen kommt. Möglich sind Musik, fernsehen, lesen oder Gespräche. • Unangenehme Gerüche, insbesondere nach Erbrochenem, werden konsequent beseitigt. Das Zimmer wird umfassend gelüftet. Verschmutzungen durch Erbrochenes, etwa auf dem Fußboden, werden restlos beseitigt. • Wir prüfen, ob der prophylaktische Einsatz von Antiemetika sinnvoll sein kann. In diesem Fall ist eine umfassende Beobachtung notwendig, um die Reaktionen des Körpers auf das Medikament zu erfassen.	
Ausscheiden		
• Die Krebstherapie wirkt sich auf die Verdauung aus: ○ Der Bewohner leidet unter Schmerzen beim Stuhlgang. ○ Der Stuhl ist blutig. ○ Der Bewohner leidet unter Verstopfungen. ○ Der Bewohner leidet unter Durchfall oder Blähungen.	• Wir halten Rücksprache mit dem Hausarzt. • Die Behandlung kann zumeist nur symptomatisch erfolgen, also lediglich lindernd. • Viele Probleme lassen sich durch eine Anpassung der Ernährung abmildern.	• Der Bewohner kann schmerzfrei ausscheiden.
Sich kleiden		
• Die Haut ist nach der Strahlentherapie sehr anfällig.	• Der Bewohner sollte keine enge Kleidung aus Synthetikfasern tragen, wenn diese mit dem bestrahlten Bereich in Kontakt kommt. • Enge Bündchen und ein BH sind ebenfalls problematisch. • Falls gewünscht sollte der Bewohner Bekleidung wählen, die die Markierungen für die Strahlentherapie überdeckt.	• Durch eine angemessene Bekleidung wird die Haut geschützt.
Ruhen und schlafen		
• Der Bewohner kann in der Nacht nicht	• Der Bewohner soll auf Genussgifte verzichten, insbesondere Alkohol,	• Der Bewohner findet Schlaf und kann seine

schlafen.	Koffein, Nikotin und Drogen. • Körperliche Beschwerden im Zusammenhang mit der Krebserkrankung werden durch eine angemessene Medikamentierung gelindert. Insbesondere Schmerzen, Fieber, Nachtschweiß, Husten, Ventilationsstörungen, Dyspnoe, Pruritus, Übelkeit usw. • Durch psychosoziale Betreuung versuchen wir seelische Probleme zu lindern, die den Bewohner vom Schlaf abhalten. Insbesondere Stress, Ängste, Depression, Erschöpfung, Hospitalismus usw. • Wir sorgen für eine Schlaf fördernde Umgebung: Geräusche werden gedämpft, der Raum wird ausreichend abgedunkelt und die Zimmertemperatur optimiert. • Wir weisen den Bewohner in die Anwendung von (autosuggestiven) Entspannungsübungen ein.	Kräfte regenerieren.
Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten		
• Die Geschlechtsorgane sind vom Krebs befallen und in ihrer Funktionsfähigkeit eingeschränkt. • Der Bewohner lehnt seinen eigenen Körper ab, etwa weil einzelne Organe oder Gliedmaßen bereits amputiert wurden. • Die Schmerzmittel dämpfen die Libido. • Der Lebenspartner ist unsicher und befangen im Umgang mit dem Bewohner. • Der Lebenspartner hat unrealistische Ängste, etwa dass er sich infizieren könnte.	• Wir suchen den Dialog mit dem Bewohner und seinem Lebenspartner. Dieses ist vor allem Aufgabe der Bezugspflegekraft. • Wir informieren den Bewohner über die Folgen der Krankheit auf sein Geschlechtsleben. Fragen werden offen beantwortet. Ggf. bitten wir den Hausarzt zu dem Gespräch hinzu. • Mitunter können einzelne körperliche Fehlfunktionen, wie etwa eine Erektionsschwäche, durch geeignete Medikamente kompensiert werden. • Wir vermitteln den Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe. • Wir machen Männer darauf aufmerksam, dass sie in den ersten zwei Jahren nach der Chemotherapie konsequent verhüten müssen, da die Medikamente zu Erbschädigungen beim Kind führen können.	• Der Bewohner kann trotz Krebs seine Sexualität in einer intakten Zweierbeziehung ausleben.
Soziale Bereiche des Lebens sichern		
• Mitbewohner meiden den Bewohner, da diese unsicher oder hilflos sind. • Mitbewohner haben die irrationale Angst sich anzustecken. • Der Bewohner zieht sich von den Mitbewohnern	• Wir suchen den Kontakt zum Bewohner und erklären ihm das Verhalten seiner Mitbewohner. • Im Dialog mit den Mitbewohnern versuchen wir unangemessene Ängste zu zerstreuen.	• Der Bewohner bleibt trotz der Krebsdiagnose in das soziale Leben der Einrichtung eingebunden.

zurück.		
Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
• Der Bewohner gibt den Pflegekräften eine Mitschuld an seinem Leiden. Er reagiert abweisend bis aggressiv. • Dem Bewohner ist die Schwere seiner Krankheit nicht bewusst. Er verleugnet den Krebs. • Der Bewohner ist aufgrund der Schwere seiner Krankheit deprimiert.	• Wir stehen dem Bewohner jederzeit für ein Gespräch zur Verfügung. • Wir nehmen uns viel Zeit im Umgang mit dem Bewohner. • Wir vermitteln ggf. den Kontakt zu einem Seelsorger. • Wir integrieren die Angehörigen in die Betreuung.	• Die psychosoziale Betreuung hilft dem Bewohner bei der Bewältigung der Lebenskrise.

Standardpflegeplan "Dekubitusprophylaxe (gemäß Expertenstandard)"

Ein Dekubitus ist eine Entzündung oder ein Geschwür in der Haut. Er wird ausgelöst durch Druck und Reibung zwischen der Haut und einem darunter liegenden Knochen. In der Folge verschlechtert sich die Durchblutung, und Gewebe wird abgebaut.

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für Dekubitus. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

Pflegeproblem	Pflegemaßnahmen	Pflegeziel
Sich bewegen		
Der Bewohner ist immobil. Dieses führt zu einer erhöhten Dekubitusgefahr.	Wir führen mit dem Bewohner aktive und passive Bewegungsübungen durch. Diese werden nach Möglichkeit in andere Pflegetätigkeiten eingebunden, wie etwa in die morgendliche Ganzkörperwaschung. Dazu zählen: • bewegen im Bett • aufsetzen im Bett • sitzen am Bettrand • sitzen im Sessel • sitzen im Rollstuhl • aufstehen • gehen mit Unterstützung durch die Pflegekraft • gehen mit Unterstützung etwa durch ein Gehrad	• Der Bewohner wird wieder mobil.
Das Umlagern ist für den Bewohner belastend. Reibung und Scherkräfte können trotz aller Vorsichtsmaßnahmen nicht immer konsequent vermieden werden.	• Wir setzen auf das kinästhetische Konzept. Dieses ermöglicht ein schonendes Umlagern, fördert die Eigenbewegung des Bewohners und schont den Rücken der Pflegekräfte. • Wir nutzen Mikrolagerungen, also kleine und einfach zu realisierende Positionswechsel, die zu einer Gewichtsverlagerung führen. • Wir nutzen dafür weiche Tücher, Kissen oder Sitzkeile. Die Mikrolagerung ersetzt die generelle	• Der Bewohner wird schonend umgelagert.

	Umlagerung zwar nicht, verlängert aber die Abstände zwischen den Umlagerungen.	
- Der Bewohner ist immobil aufgrund verschiedener Grunderkrankungen, etwa ○ körperliche Behinderung ○ tragen einer Schiene oder eines Verbandes ○ hohes Lebensalter ○ allgemeine Erschöpfung ○ Infektionen ○ hohe Schmerzbelastung ○ Bewusstlosigkeit ○ Lähmung - Einzelne Hautregionen des Bewohners sind einem zu großen Druck ausgesetzt.	- Wir erstellen einen individuellen Bewegungsplan und lagern den Bewohner in kurzen Abständen um. - Wir fordern den Bewohner auf, im Rahmen seiner Fähigkeiten die Lage eigenständig zu wechseln. - Wir führen eine Weichlagerung durch. - Wir nutzen Freilagerungen. - Wir nutzen spezielle Anti-Dekubitusmatratzen. - Gefährdete Körperstellen werden gepolstert. - Nach überstandenen Krankheiten wird der Bewohner schnell wieder mobilisiert. - Wir nutzen die gesamte Bandbreite an Lagerungsmöglichkeiten, also etwa 30°-Lagerung, 135°-Lagerung, Rückenlage, Bauchlage, schiefe Ebene, 3-Kissen- und 5-Kissen-Lagerung. Wir nutzen keine 90°-Lagerung. - Wir bieten Bewegungsanreize an (etwa: Telefon rechte Bettseite, Fernseher linke Bettseite). - Die Gelenke werden frei und in physiologischer Stellung gelagert. Dieses ist vor allem bei den großen Gelenken zwingend geboten. - Nach jedem Lagewechsel wird die Haut inspiziert.	Die gefährdeten Hautbereiche des Bewohners werden vor zu hoher Druckbelastung geschützt.
Der Bewohner verbringt viel Zeit in sitzender Position. Der anhaltende Druck belastet seine Haut.	- Wir fördern regelmäßige Positionsveränderungen im Sitzen durch die Nutzung von kleinen Keilkissen oder anderen Hilfsmitteln. - Wir nutzen ein Gesäßkissen, um den Druck gleichmäßiger zu verteilen. - Der Bewohner wird aufgefordert, beim Sitzen die Füße auf den Boden zu stellen. Er verbessert damit den Halt und verhindert Scherkräfte, falls der Bewohner aus dem Stuhl zu rutschen droht. - Der Bewohner sollte nicht länger als zwei Stunden auf	Durch das Sitzen wird die Haut nicht unnötig belastet.

	einem Stuhl sitzen. Danach sollte er sich körperlich bewegen, also etwa einmal den Flur auf und ab gehen.	
Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten		
Der Bewohner hat einen Blutdruck von unter 100 mmHg systolisch und 60 mmHg diastolisch. Die Versorgung des Gewebes mit Sauerstoff ist eingeschränkt, da schon ein relativ geringer Außendruck ausreicht, um das Blutgefäß zu verschließen.	Gemeinsam mit dem Hausarzt prüfen wir, welche Maßnahmen geeignet sind, um die Hypotonie zu kompensieren.	Der Blutdruck normalisiert sich.
- Der Bewohner leidet unter ... - Hautirritationen, also sichtbar anhaltende Rötungen der Haut, deren oberste Epidermisschicht bereits zerstört wurde - Mazeration (Aufweichung von Gewebe). - Intertrigo (Wundreiben, Wundwerden) - Candidose (Infektion mit Sprosspilzen) - Verbrennungen - allergischen Kontaktekzemen - Durch diese Krankheiten steigt das Risiko des Bewohners, einen Dekubitus zu erleiden.	- Die Erkrankungen werden umgehend behandelt. Sobald sich relevante Symptome zeigen, wird der Bewohner spätestens jetzt dem Hausarzt vorgestellt. Etwa: - starkes Nässen - feuchter Glanz der Haut - starkes Juckgefühl - starkes Brennen - Blutungen - Schmerzen - Bläschen oder Papeln - Die in den entsprechenden Pflegestandards beschriebenen Maßnahmen werden sorgfältig umgesetzt. - Bis zum Abklingen der Krankheiten werden die betroffenen Hautregionen besonders sorgfältig inspiziert, da es hier jederzeit zu einem Dekubitus kommen kann.	Die Grunderkrankungen werden behandelt, bevor die Hautregion durch einen Dekubitus geschädigt wird.
- Der Bewohner leidet unter Diabetes mellitus. Die körpereigene Immunabwehr ist geschwächt. - Der Bewohner leidet unter Durchblutungsstörungen. Diese lösen zusätzlich zur Druckeinwirkung ebenfalls Ischämie (Verminderung oder Unterbrechung der Durchblutung) aus. - Der Bewohner leidet unter einer Insuffizienz des Herzens. Die reduzierte Pumpleistung stört die Sauerstoffverteilung durch das Gefäßsystem.	Die Grunderkrankungen werden konsequent behandelt.	Die Grunderkrankungen werden behandelt, bevor der Bewohner einen Dekubitus erleidet.
Der Bewohner führt keine oder nur wenige druckentlastende	Die Intervalle, in denen die Pflegekräfte die gefährdeten	Entstehende Druckgeschwüre

Bewegungen aus. • Der Bewohner leidet unter sensorischen Beeinträchtigungen, wie etwa Neuropathie, Bewusstseinsbeeinträchtigung oder Querschnittslähmung. • Der Bewohner leidet unter Multipler Sklerose. • Der Bewohner nimmt starke Tranquilizer oder Sedativa. • Erste Vorläufer eines Dekubitus bilden sich, insbesondere Ödeme und kleine Blutgerinnsel.	Hautbereiche inspizieren, werden verkürzt. • Der Bewohner wird angeleitet, selbständig die Haut zu untersuchen und Veränderungen umgehend zu melden. • Der Bewohner wird gebeten, sich umgehend zu melden, wenn er Schmerzen verspürt.	werden rechtzeitig entdeckt.
• Der Bewohner nimmt Katecholamine, die eine periphere Vasokonstriktion auslösen können. • Der Bewohner nimmt Glukokortikoide. Diese behindern die Kollagenbildung und die Regeneration von Kapillargefäßen. • Der Bewohner nimmt Betablocker, diese reduzieren die Hautdurchblutung um 20 bis 30 Prozent. • Der Bewohner nimmt Diuretika. Diese führen zu einer Faltenbildung der Haut in den Beinen. Die Haut ist zudem gerötet, leicht verletzlich und juckt. • Der Bewohner nimmt Herzglykoside, Antiarrhythmika oder Antihypertonika. Die Haut ist daher trocken und geschuppt. Es kommt zu Rötungen und Juckreiz.	• Wir suchen den Dialog mit dem Hausarzt und prüfen, ob es Alternativen zur Medikation gibt.	• Die Entstehung eines Dekubitus wird nicht zusätzlich durch Medikamente gefördert.
• Der Zustand des Bewohners ändert sich schnell. Daher ist das aktuelle Dekubitusrisiko nicht immer bekannt.	• Wir nutzen die modifizierte Norton-Skala, um die Gefährdung abschätzen zu können. • Die Einschätzung erfolgt einmal in der Woche. • Bei einer sich abzeichnenden Gefährdung werden die Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe intensiviert. • Die gefährdeten Hautbereiche werden täglich inspiziert. Hautveränderungen werden sorgfältig im Pflegebericht dokumentiert. • Wir nutzen den Fingertest und stellen damit fest, ob eine vorhandene Hautrötung bereits von einem Dekubitus ausgelöst wurde. • Die aufgrund der aktuellen Gefährdung gewählten	• Der Hautzustand des Bewohners ist jederzeit bekannt. • Schädigungen werden umgehend bemerkt und angemessen behandelt.

	Pflegemaßnahmen werden regelmäßig dahingehend überprüft, ob sie effektiv und noch aktuell sind. Ggf. wird die Planung modifiziert.	
Der Bewohner raucht stark. Der Nikotinmissbrauch fördert eine Arteriosklerose, die wiederum die Blutversorgung einschränkt. Das Gewebe wird nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt.	- Wir raten dem Bewohner, das Rauchen einzustellen oder zumindest stark einzuschränken. - Wir binden Freunde und Angehörige in unser Bemühen ein.	Die Haut wird nicht durch den Nikotinmissbrauch geschädigt.
Der Bewohner ist mit Schläuchen verbunden, etwa aufgrund einer Magensonde. Diese üben Druck auf die Haut aus.	Die Schläuche müssen so fixiert werden, dass sie keinen Druck auf das gefährdete Hautareal ausüben können.	Die Entstehung eines Dekubitus wird nicht zusätzlich durch Schläuche gefördert.
Sich pflegen		
- Die Haut des Bewohners ist ungepflegt. - Der Bewohner leidet unter einer Vielzahl kleiner Hautläsionen. - Der Bewohner leidet unter juckenden Hautekzemen.	- Der Bewohner wird frühzeitig einem Hautarzt vorgestellt. - Die verordneten Medikamente werden konsequent verabreicht. - Wir führen einmal täglich eine Ganzkörperwaschung durch, die bei Bedarf durch Teilwaschungen ergänzt werden. - Zur Hautreinigung reichen zumeist klares Wasser und falls notwendig ph-neutrale Waschzusätze. - Die Haut wird sorgfältig abgetrocknet. - Wir nutzen schützende Salben. Bei trockener Haut nutzen wir Wasser-in-Öl-Präparate und bei fettiger Haut Öl-in-Wasser-Pflegemittel.	Die Haut des Bewohners heilt und hat ausreichend Widerstandskraft.
- Der Bewohner greift in Eigenregie zu Pflegemaßnahmen, die nach dem heutigen Wissensstand kontraproduktiv sind. Etwa: - Der Bewohner nutzt Melkfett. Dieses verstopft die Hautporen und stört den Wärmeausgleich. - Der Bewohner nutzt Franzbrandwein. Dieser entfettet die Haut und schafft kleinste Risse, durch die Keime eindringen können. - Der Bewohner möchte parfümierte Seifen oder	- Wir machen den Bewohner auf die Risiken aufmerksam, die von diesen Maßnahmen ausgehen. - Wir suchen gemeinsam nach Alternativen. So kann der gewünschte Erfrischungseffekt auch durch Gels mit rückfettenden Substanzen erreicht werden. - Wir machen den Hausarzt auf unsere Beobachtungen aufmerksam.	Der Bewohner wendet unwirksame oder gar schädliche Pflegemaßnahmen nicht an.

Cremes nutzen.		
• Der Bewohner hat sehr trockene Haut (sog. "Altershaut")	• Bei starken Verunreinigungen nutzen wir zusätzlich zum klaren Wasser Syndets. • Die Wassertemperatur wird tendenziell etwas niedriger gewählt, da dann der Säure-Schutz-Mantel weniger geschädigt wird. • Wir nutzen Wasser-in-Öl-Emulsionen. Das Pflegemittel kann im Sommer gekühlt werden und wirkt dann beim Auftragen sehr erfrischend. • Wir nutzen ggf. einen modernen Hautschutz ("Cavilon®"). Dieser wird alle 48 bis 72 Stunden aufgetragen. Wenn eine häufigere Reinigung erforderlich ist, kann das Mittel auch alle 12 bis 24 Stunden aufgetragen werden.	• Die Altershaut wird angemessen gepflegt.
Essen und trinken		
• Der Bewohner hat viel Flüssigkeit verloren, etwa durch starkes Schwitzen oder Erbrechen. Dieses schwächt die Haut.	• Wir achten auf eine ausreichende Flüssigkeitsversorgung. • Der Bewohner sollte mindestens 1,5 bis 2 Liter zu sich nehmen. • Wir führen ein Einfuhrprotokoll.	• Die Haut des Bewohners wird ausreichend mit Flüssigkeit versorgt.
• Der Bewohner hat Übergewicht. Die Körpermasse übt eine große Druckbelastung auf die Haut aus.	• Der Kalorienkonsum des Bewohners wird begrenzt. • Der Bewohner soll sich im Rahmen seiner Fähigkeiten körperlich bewegen. • Der BMI wird engmaschig überwacht.	• Das Körpergewicht und die dadurch ausgelöste Druckbelastung werden reduziert.
• Der Bewohner hat Untergewicht. • Das Unterhautfettgewebe ist zu schwach ausgebildet. Es gibt keine Polsterung. • Die Oberhaut ist trocken, dünn und empfindlich. • Der Bewohner leidet unter Eiweiß- und Vitaminmangel.	• Der Kalorienkonsum des Bewohners wird an den Bedarf angepasst. • Wir achten auf eine vitaminreiche Ernährung. Zusätzlich erhält der Bewohner entsprechend angereicherte Säfte und Tabletten. • Wir führen eiweißreiche Nahrungsmittel zu, von denen wir wissen, dass sie der Bewohner mag. Etwa Trinkjoghurt oder erfrischende Quarkspeisen.	• Das Subkutangewebe wird wieder aufgebaut und kann den Druck auf die Muskulatur abfedern.

	• Der Bewohner erhält Nahrungszusätze, um eine ausreichende Eiweißversorgung zu garantieren. Sofern eine ausreichende Versorgung nicht möglich ist, führen wir Proteine intravenös zu. • Der BMI wird engmaschig überwacht.	
Ausscheiden		
• Der Bewohner leidet unter Harninkontinenz. • Der pH-Wert der Haut wird durch den "sauren" Urin verändert. • Auf der Haut herrscht ein feuchtwarmes Milieu. Dieses ist ein ideales Umfeld für Bakterienvermehrung.	• Die Inkontinenz wird konsequent behandelt. Etwa: ○ Der Bewohner erhält Beckenboden- und Toilettentraining. ○ Infektionen der harnableitenden Systeme werden konsequent therapiert. • Die Folgen der Inkontinenz werden minimiert. ○ Der Bewohner erhält leistungsfähige Vorlagen. Diese werden nach jeder Verschmutzung umgehend gewechselt. ○ Die Kleidung wird bei jeder Verschmutzung gewechselt. ○ Nach jeder Ausscheidung erfolgt eine gründliche Intimpflege.	• Die Inkontinenz wird therapiert. Ist diese nicht völlig zu beseitigen, werden zumindest die schädlichen Auswirkungen begrenzt.
• Der Bewohner hat einen Dauerkatheter. Dieser ist ein Fremdkörper und kann neue Druckstellen auslösen. Zudem läuft der Bewohner Gefahr, dass er einen Harnwegsinfekt erleidet.	• Wir prüfen, ob ein suprapubischer Katheter geeigneter wäre.	• Die Risiken eines Dauerkatheters werden vermieden.
• Der Bewohner leidet unter Stuhlinkontinenz. Die Ausscheidungen schädigen die Haut und machen diese anfällig für Druckgeschwüre.	• Wir nutzen ggf. Analtampons. Diese werden zwei- bis dreimal täglich gewechselt. • Bei Durchfall wird diese Technik nicht genutzt.	• Die Haut in der Sakralregion wird vor Schädigungen durch den Stuhl geschützt.
• Der Bewohner hat viel Flüssigkeit verloren, etwa durch starken Durchfall. Dieses schwächt die	• Wir achten auf eine ausreichende Flüssigkeitsversorgung. Der Bewohner sollte	• Die Haut des Bewohners wird ausreichend mit Flüssigkeit

Haut.	mindestens 1,5 bis 2 Liter zu sich nehmen. Wir führen ein Einfuhrprotokoll.	versorgt.
Sich kleiden		
- Der Bewohner kleidet sich zu warm, etwa im Sommer oder wenn er unter Fieber leidet. Die Kleidung und die Bettwäsche werden durch den Schweiß durchfeuchtet. Zusätzlich erhöht der Stoffwechsel den Sauerstoffbedarf in der Haut. - Der Bewohner trägt einschnürende Kleidung.	Wir empfehlen dem Bewohner alternative Kleidung und assistieren ggf. beim Wechsel.	Der Bewohner schwitzt nicht und wird nicht überwärmt.
Ruhen und schlafen		
Der Bewohner benötigt eine prophylaktische Anti-Dekubitusmatratze.	- Der Bewohner wird über die anstehende Maßnahme informiert und über die Auswirkungen. So ist bei sehr weichen Matratzen damit zu rechnen, dass diese die Bewegungsfähigkeiten eher einschränken. Zudem können Spastiken ausgelöst werden. - Der Bewohner wird nach Erhalt der Matratze regelmäßig zu seinen Erfahrungen befragt. - Sobald das Dekubitusrisiko gesunken ist und dieses auf absehbare Zeit so bleibt, prüfen wir, ob der Bewohner wieder eine reguläre Matratze nutzen sollte.	- Der Bewohner erhält rechtzeitig eine prophylaktische Anti-Dekubitusmatratze. - Sobald die Indikation für die Nutzung dieser Spezialmatratze nicht mehr besteht, wird die reguläre Matratze genutzt.
Die Superweichlagerung schränkt die Mobilität und die Körperwahrnehmung des Bewohners ein.	- Die Notwendigkeit einer Superweichlagerung wird streng hinterfragt. Zumeist ist bei einem leichten bis mittleren Risiko eine normale Matratze ausreichend. - Sinnvoll ist die Superweichlagerung vor allem bei völlig bewegungsunfähigen Menschen.	Der Bewohner wird nur dann superweich gelagert, wenn dieses notwendig ist.
Für eine sichere Umgebung sorgen		
Im Bett des Bewohners finden sich Fremdkörper, auf denen der Bewohner mitunter liegt. Die Druckeinwirkung schädigt das Gewebe.	- Das Bett des Bewohners wird regelmäßig kontrolliert. Wir suchen insbesondere nach Falten, Krümeln, Kämmen, Haarnadeln usw. - Wir achten konsequent darauf, dass bei unseren	Im Bett des Bewohners liegen keine Fremdkörper.

	Pflegemaßnahmen keine Gegenstände im Bett vergessen werden, etwa Kanülenschutzkappen nach Blutentnahmen.	
Der Bewohner hat Angst, dass er durch bestimmte Lagerungstechniken aus dem Bett fallen könnte. Dieses etwa bei der sog. "Lagerung auf einer schiefen Ebene".	- Wir fahren nach Rücksprache mit dem Bewohner das Bettgitter hoch. - Der Bewohner stimmt dieser Maßnahme zu und zeichnet dieses in der Dokumentation kurz ab. - Wir stellen sicher, dass der Bewohner uns jederzeit rufen kann, um das Bettgitter wieder herunter fahren zu lassen.	- Der Bewohner fühlt sich auch bei instabileren Lagerungspositionen sicher aufgehoben. - Die rechtlichen Vorgaben zur Fixierung werden erfüllt.
Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		
- Der Bewohner steht unter großem mentalem Stress. - Sein Kortisolspiegel ist erhöht. Dieses führt dazu, dass die Kollagenbildung verlangsamt ist.	- Wir stehen dem Bewohner immer für ein Gespräch zur Verfügung. - Wir regen an, dass sich der Bewohner Freunden oder Angehörigen offenbart.	Der Stress wird abgebaut, bevor er sich nachteilig auf den Hautzustand auswirkt.
- Der Bewohner hat hinsichtlich seiner Liegeposition bestimmte Vorlieben. Er lehnt verschiedene Lagen ab, etwa die Bauchlage. - Der Bewohner akzeptiert bestimmte Lagerungen nur zum Schein. Sobald die Pflegekraft das Zimmer verlässt, dreht er sich auf seine Lieblingsposition zurück.	- Wir machen dem Bewohner eindringlich klar, dass sein Verhalten einen Dekubitus fördern kann. - Wir verdeutlichen, dass es für den Bewohner einfacher ist, einen Dekubitus zu vermeiden, als einen später dann auftretenden Dekubitus zur Abheilung zu bringen. - Wenn sich die Abneigung auf eine bestimmte Lage beschränkt, wägen wir ab, ob wir mit den akzeptierten Positionen einen hinreichend guten Schutz erreichen können. - Fixierungen, um eine bestimmte Lage zu erzwingen, werden strikt unterlassen.	Der Bewohner versteht, dass es sich für ihn lohnt zu kooperieren.
Dem Bewohner ist das Risiko nicht bewusst.	- Der Bewohner wird über die Gefahren informiert, die von einem Dekubitus ausgehen. Dieses ist Aufgabe der Bezugspflegekraft und der Wundbeauftragten. - Der Bewohner erhält ein Informationsschreiben. - Wir beziehen ggf. die Angehörigen ein und bitten	Der Bewohner kennt die Gefahren. Er ist motiviert, sich im Rahmen seiner Fähigkeiten an der Gesunderhaltung zu beteiligen.

	diese, entsprechend auf den Bewohner einzuwirken. • Wenn möglich beziehen wir den Bewohner in die Planung der Maßnahmen ein. Er soll beim Setzen der Prioritäten selbst entscheiden.	
--	---	--