

# Notfallstandards 1

[www.PQSG.de](http://www.PQSG.de)



3. Auflage / April 2010 / Vers. 3.11g



das Altenpflegemagazin im Internet

Tel: (03901) 30 10 20

Fax: (03901) 30 10 55

[www.PQSG.de](http://www.PQSG.de) · [info@pqsg.de](mailto:info@pqsg.de)

## 112 oder abwarten?

Egal ob Schlaganfall, Herzinfarkt oder diabetische Entgleisung. So unterschiedlich die Notfälle auch sein mögen – eines haben sie gemeinsam: Zeit ist stets der kritische Faktor.

Jede Pflegekraft muss eine Notlage schnell erkennen und richtig reagieren. Sie muss wissen:

- Welche Symptome deuten auf welche Krankheit?
- Welche Probleme kann ich allein meistern? Wann brauche ich die Hilfe eines Notarztes?
- Wie versorge ich den Bewohner bis zum Eintreffen des Krankenwagens?



Wer in der Hektik des Notfalls im Regal mit den Fachbüchern kramt, verschenkt schnell wertvolle Minuten. Daher haben wir die wichtigsten Dokumente in zwei Büchern zusammengefasst.

„Notfallstandards 1“ behandelt alle Notfälle, die nicht primär durch „klassische Infektionen“ hervorgerufen werden, wie etwa Stürze oder akute Verwirrtheit. Im zweiten Buch legen wir den Schwerpunkt auf Noro-Viren, MRSA, Influenza und andere Infektionskrankheiten.

Wichtig: Da es im Detail unterschiedliche Empfehlungen gibt, sollten Sie unsere Mustertexte im Zweifel mit den Inhalten Ihrer Erste-Hilfe-Ausbildung abgleichen und (wichtig!) im Team diskutieren. Wenn im Standard die Maßnahme "A" steht, ihre Pflegekräfte gestern beim Roten Kreuz aber "B" gelernt haben, kann wertvolle Zeit verstreichen.

Liebe Grüße aus der Altmark

Ihre Annika Klugkist

Redaktion: Annika Klugkist  
(verantwortlich im Sinne vom § 10 Abs. 3 MDStV )

Wohrsberg 84, 29410 Böddenstedt  
Telefon: (03901) 30 10 20; Fax (03901) 30 10 55  
E-Mail: [info@pqsg.de](mailto:info@pqsg.de)

Jede Weiterveröffentlichung im Rahmen einer Zeitung, einer Zeitschrift, einem Online-Magazin und ähnlichen journalistischen oder publizistischen Produkten ist untersagt.

## 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 600 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 16,50 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 2009 verlängerten vier von fünf Lesern ihr pqsg-Abo.



**Besuchen Sie uns im Internet unter [www.PQSG.de](http://www.PQSG.de)**

## Inhaltverzeichnis

• Standard "akutes Nierenversagen"	Seite 5
• Standard "Asthmaanfall"	Seite 10
• Standard "Pflege von Senioren mit Atemnot"	Seite 15
• Notfallstandard "Lungenembolie"	Seite 21
• Standard "Myokardinfarkt (Herzinfarkt)"	Seite 24
• Standard "Hitzschlag: Prophylaxe und Notfallmaßnahmen"	Seite 29
• Notfallstandard "hypertensive Krise"	Seite 35
• Notfallstandard "akuter peripherer Arterienverschluss"	Seite 39
• Notfallstandard "Thrombose"	Seite 43
• Notfallstandard Schlaganfall (apoplektischer Insult)	Seite 48
• Notfallstandard "akutes Glaukom"	Seite 53
• Standard "Diabetische Entgleisung"	Seite 57
• Pflege von Bewohnern mit akutem Abdomen	Seite 65
• Notfallstandard "Hämatemesis, Teerstuhl und Blutstuhl"	Seite 70
• Pflegestandard "Vorgehen bei akuter Verwirrtheit"	Seite 75
• Standard "Pflege von aggressiven Senioren"	Seite 82
• Standard "Verhalten bei sexuellen Übergriffen"	Seite 88
• Standard "Verhalten bei zerebralen Krampfanfällen"	Seite 92
• Notfallstandard "Vergiftung mit Sedativa"	Seite 97
• Standard "Bewusstseinskontrolle"	Seite 100
• Standard "Maßnahmen nach einem Sturz"	Seite 105
• Standard "Krankenhauseinweisung"	Seite 112
• Standard "Versorgung von Bagatellwunden"	Seite 115
• Verhalten bei einem Unfall mit Medizinprodukten	Seite 118
• Standard "Verhalten bei einem Verkehrsunfall"	Seite 119
• Standard "Brandschutz in der stationären Pflege"	Seite 122
• Standard "Notöffnung einer Wohnung"	Seite 127
• Standard "Nottestament"	Seite 130
• Recht in der Pflege: Arbeitnehmerhaftung	Seite 135
• Recht in der Pflege: Wer haftet bei Organisationsmängeln?	Seite 137
• Recht in der Pflege: rechtfertigender Notstand	Seite 139

### **Wichtige Hinweise:**

- **Zweck unserer Muster ist es nicht, unverändert übernommen zu werden. Diese Pflegestandards müssen in einem Qualitätszirkel diskutiert und an die Gegebenheiten vor Ort angepasst werden.**
- **Unverzichtbar ist immer auch eine inhaltliche Beteiligung der jeweiligen Haus- und Fachärzte, da einzelne Maßnahmen vom Arzt angeordnet werden müssen. Außerdem sind etwa einige Maßnahmen bei bestimmten Krankheitsbildern kontraindiziert.**
- **Diese Standards eignen sich für die ambulante und stationäre Pflege. Einzelne Begriffe müssen jedoch ggf. ausgewechselt werden, etwa "Bewohner" gegen "Patient".**
- **Die Inhalte dieses Buches haben wir mit großer Sorgfalt zusammengetragen. Wir übernehmen aber keine Haftung für die Richtigkeit der Informationen.**

**Standard "akutes Nierenversagen"****Definition:**

- Ein akutes Nierenversagen (ANV) ist eine plötzlich auftretende, zumeist reversible Niereninsuffizienz, die mit einem Rückgang der Urinmenge auf weniger als 500 ml pro Tag verbunden ist.
- In der Folge kommt es zu einem Anstieg der harnpflichtigen Substanzen im Blut (sog. „Azotämie“). Ein Nierenversagen führt zur Urämie, also einer Vergiftung des Körpers mit harnpflichtigen Substanzen.
- Vor allem eine reduzierte Nierendurchblutung oder eine direkte Nierenschädigung führen zu einem Nierenversagen. Je nach Ort der Schädigung werden verschiedene Formen unterschieden:
  - Bei vier von fünf Betroffenen liegt ein prärenales Nierenversagen vor. Dieses ist oft auf eine reduzierte Nierendurchblutung als Folge eines Schocks zurückzuführen (auch „Schockniere“ genannt). Bei vielen Senioren wird dieser Effekt auch durch Exsikkose ausgelöst, z.B. wenn der Betroffene unter Diarrhö, Erbrechen oder Fieber leidet und die Flüssigkeitsverluste nicht entsprechend ausgleicht.
  - Bei einem renalen Nierenversagen kommt es in der Niere zu entzündlichen Prozessen, etwa bei einer Glomerulonephritis. Als Ursache kommen auch Giftstoffe oder Medikamente in Betracht, die die Niere direkt schädigen.
  - Kommt es zu einem beidseitigen Verschluss der ableitenden Harnwege, spricht man von einem postrenalen Nierenversagen. Eine Prostatahypertrophie, Nierensteine oder gynäkologische Tumore lassen den Harn anstauen, der wiederum die Nieren schädigt.
- Die Stärke der Symptomatik entwickelt sich abhängig vom Verlauf der Erkrankung.
  - In der Schädigungsphase lässt die Urinproduktion nach. Dieser Abschnitt dauert Stunden bis einige Tage.
  - In der oligo- oder anurischen Phase führt die reduzierte Urinmenge zu verschiedenen Komplikationen (s.u.). Diese Phase dauert zumeist rund 10 Tage. Möglich, aber selten sind Zeitspannen von 2 Tagen bis 9 Monaten.
  - In der polyurischen Phase setzt die Urinproduktion wieder ein und steigert sich auf bis zu 5 Liter pro Tag. Es besteht dann das Risiko einer Exsikkose und der Entgleisung des Elektrolythaushaltes. Dieses Stadium hält Tage bis Wochen an.
  - In den folgenden Monaten bis ein Jahr erholt sich die Niere von den Schäden. Die Heilung ist zumeist vollständig, in Einzelfällen kommt es jedoch zu einer Defektheilung.

**Grundsätze:**

- Wenn hinreichende Anzeichen für ein akutes Nierenversagen sprechen, wird immer ein Arzt / Notarzt gerufen. Die Folgen eines oder ggf. auch mehrerer Fehlalarme wiegen weniger schwer als eine verzögerte Behandlung bei einem echten

	<p>Notfall.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Notruf erfolgt auch dann, wenn der Bewohner diesen nicht wünscht, etwa weil er die Gefährdung nicht korrekt einschätzt.</li> <li>• Die schriftliche Patientenverfügung wird beachtet, insbesondere bei einer Reanimation.</li> </ul>	
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein akutes Nierenversagen wird schnell und korrekt erkannt. Der Bewohner erhält zeitnah die erforderliche ärztliche Versorgung.</li> <li>• Komplikationen werden vermieden.</li> <li>• Der Bewohner erholt sich so weitgehend wie möglich von den Folgen des Nierenversagens.</li> </ul>	
<b>Vorbereitung:</b>	allgemeine Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir halten stets aktuelle Fachliteratur zu diesem Thema bereit.</li> <li>• Die Urinausscheidung von Bewohnern, bei denen aufgrund des Krankheitsbildes oder des Verhaltens ein akutes Nierenversagen zu befürchten ist, wird genau überwacht.</li> </ul>
	Symptome	<p>Wir achten auf Symptome, die auf ein akutes Nierenversagen schließen lassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner scheidet wenig oder gar keinen Harn aus. (Hinweis: Bei 15 Prozent der Betroffenen ist die Harnausscheidung nicht spürbar verändert.)</li> <li>• Es bilden sich Ödeme als Folge der unzureichenden Ausscheidung. Betroffen sind insbesondere die Lunge (Lungenödem), das Gehirn (Hirnödem), Arme und Beine (periphere Ödeme) sowie das Herz (Herzinsuffizienz, Hypertonie).</li> <li>• Beim Abhören der Lunge ist ein Rasseln hörbar. Der Bewohner klagt über Luftnot.</li> <li>• Es kommt zu Krampfanfällen.</li> <li>• Es kommt zu Herzrhythmusstörungen als Folge der Hyperkaliämie.</li> <li>• Der Bewohner klagt über Übelkeit oder Erbrechen, also klassische Vergiftungssymptome.</li> <li>• Der Bewohner ist schläfrig und ggf. auch kurzzeitig benommen.</li> </ul>
<b>Durchführung:</b>	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegekraft löst über die</li> </ul>

		<p>Rufanlage Alarm aus und ruft weitere Kollegen herbei.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Pflegekraft alarmiert den Notarzt.</li> <li>• Eine Pflegekraft bleibt permanent beim Bewohner. Der Bewohner wird (soweit möglich) beruhigt.</li> <li>• Bei Herz-Kreislauf-Stillstand wird der Bewohner sofort reanimiert. Die Reanimation wird fortgesetzt bis der Notarzt eingetroffen ist oder das Herz des Bewohners wieder schlägt.</li> <li>• Der Bewohner wird ins Bett gebracht und mit erhöhtem Oberkörper gelagert (bei einem Schock nur leicht erhöht).</li> <li>• Einengende Kleidung wird gelockert oder entfernt.</li> <li>• Die Vitaldaten werden ermittelt, insbesondere Puls, Blutdruck, Atmung und Bewusstseinslage.</li> <li>• Die Pflegekraft sorgt für Frischluftzufuhr. Ggf. wird ein Fenster geöffnet.</li> <li>• Sofern ärztlich angeordnet             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ wird Sauerstoff verabreicht.</li> <li>○ wird bei einem diastolischen Blutdruckwert über 100 mmHg ein bis zwei Hübe Nitro-Spray unter die Zunge verabreicht.</li> </ul> </li> <li>• Bei einem kardiogenen Schock und bei einem systolischen Blutdruck unter 100mmHg sind Nitropräparate kontraindiziert.</li> <li>• Alle Maßnahmen und Medikamentengaben werden (ggf. formlos) dokumentiert.</li> </ul>
	<p>Zusammenstellen der Informationen</p>	<p>Direkt nach dem Notruf stellt eine Pflegekraft alle relevanten Informationen zusammen, die für die weitere Behandlung des Bewohners relevant sein könnten, insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bereits bekannte Schädigungen der Nieren</li> <li>• eingenommene Medikamente, insbesondere NSAR, Aminoglykoside oder ACE-Hemmer</li> <li>• Wir prüfen, ob der Bewohner vor</li> </ul>

		<p>zwei bis fünf Tagen giftige Pilze konsumiert haben könnte.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ggf. Erkrankung an Diabetes mellitus.</li> <li>• Personalausweis, KV-Karte, Allergiepass usw.</li> <li>• falls Zeit bleibt: alle weiteren im Standard "Krankenhauseinweisung" genannten Daten</li> </ul>
	weitere Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Ankunft des Rettungstransportwagens und des Notarztes wird der Arzt ausführlich eingewiesen.</li> <li>• Die Dokumente werden übergeben.</li> <li>• Alle weiteren im Standard "Krankenhauseinweisung" beschriebenen Maßnahmen werden umgesetzt.</li> </ul>
<b>Nachbereitung:</b>	nach Abfahrt des Bewohners im Rettungstransportwagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Ereignis wird sorgfältig dokumentiert.</li> <li>• Die Pflegedienstleitung und die Heimleitung werden (sofern noch nicht geschehen) informiert.</li> <li>• Ggf. werden die Angehörigen informiert.</li> </ul>
	Prognose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die kurzfristigen Überlebenschancen sind abhängig von der Art und der Dauer der Nierenschädigung, dem Alter und dem Allgemeinzustand des Bewohners. Sie liegen durchschnittlich bei 50 Prozent. Viele Betroffene versterben an Infektionen.</li> <li>• Die langfristigen Chancen des Bewohners sind davon abhängig, ob es gelingt, die auslösende Grunderkrankung zu therapieren.</li> <li>• Wichtig ist zudem, den betroffenen Bewohner sorgfältig zu überwachen und ein Flüssigkeitsdefizit konsequent auszugleichen.</li> </ul>
<b>Dokumente:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berichtsblatt</li> <li>• Vitaldatenblatt</li> </ul>	



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medikamentenblatt</li></ul>
<b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• alle Pflegekräfte</li></ul>

<b>Notfallstandard "Asthmaanfall"</b>	
<b>Definition:</b>	<p>Asthma ist eine allergisch-entzündliche obstruktive Erkrankung der Atemwege. Ein Asthmaanfall mit schwerer Atemnot kann entweder plötzlich auftreten oder sich über einen längeren Zeitraum entwickeln. Typisch für eine Attacke sind Rasselgeräusche, die insbesondere beim Ausatmen auftreten. Hält der Zustand länger als zwölf Stunden an, liegt ein "Status asthmaticus" vor, also ein lebensbedrohlicher Zustand.</p> <p>Die Atemnot wird ausgelöst durch eine Kontraktion der Bronchialmuskulatur, Schleimhautschwellungen und die Produktion von zähem Schleim. Die Verlegung der Atemwege ist grundsätzlich reversibel (umkehrbar, heilbar).</p> <p>Ursachen sind vor allem Allergien, etwa gegen Nahrungsmittel, Tierhaare, Federn, Blütenpollen oder Hausstaub. Nichtallergische Auslöser können Infekte, physische und psychische Überbelastung, Klimawechsel (kalt-feuchte Luft) oder der Kontakt mit Rauch sein.</p>
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zumeist hat ein betroffener Bewohner im Laufe der Jahre gelernt, die Krankheit und ihre Wirkung auf den eigenen Körper korrekt einzuschätzen. Eine wirksame Pflege kann nur dann gelingen, wenn im engen Dialog mit dem Bewohner dieses Wissen genutzt wird.</li> <li>• Der Anfall wird von dem Betroffenen zumeist als lebensgefährlich empfunden. Daher ist ruhiges und besonnenes Handeln der Pflegekräfte ebenso wichtig wie die Wahl der richtigen Notfallmaßnahmen.</li> </ul>
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Gefahr wird korrekt eingeschätzt.</li> <li>• Der Bewohner atmet wieder ruhig und ohne Beschwerden.</li> <li>• Es treten keine Komplikationen auf, insbesondere:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ chronisch obstruktive Bronchitis</li> <li>○ Lungenemphysem</li> <li>○ Cor pulmonale (Rechtsherzbelastung, die später in eine Rechtsherzinsuffizienz münden kann)</li> <li>○ Schock, Atemstillstand oder Tod als Folge einer Schleimverlegung der Atemwege</li> <li>○ Der Bewohner kennt die Zusammenhänge, die zu einem Anfall führen oder diesen fördern.</li> <li>○ Der Bewohner weiß, welche Medikamente er einnehmen soll. Er ist in der Lage, diese korrekt zu dosieren und anzuwenden.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Vorbereitung:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir führen mit dem Bewohner ein Atemtraining durch. Häufig kann durch die richtige Atemtechnik die Symptomatik eines Anfalls abgemildert werden.</li> <li>• Wir raten dem Bewohner zu autogenem Training.</li> <li>• Wir sorgen dafür, dass die Bedarfsmedikamente stets griffbereit liegen, also etwa immer in der Handtasche oder im Nachttisch.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir suchen den Kontakt mit dem behandelnden Hausarzt. Wir bitten um detaillierte Vorgaben, wie im Notfall zu verfahren ist. Wichtig ist insbesondere eine Klärung im Vorfeld über Medikamentengaben, Sauerstoffverabreichung, das Absaugen von Sekret, Kontraindikationen usw.</li> <li>• Alle Pflegekräfte müssen mit der Handhabung der Dosieraerosole vertraut sein. Es gibt viele verschiedene Systeme mit im Detail unterschiedlichen Anwendungsvorgaben. Die schriftliche Anleitung, die vom Hersteller mitgeliefert wird, muss daher stets in unmittelbarer Nähe des Geräts gelagert werden.</li> <li>• Die meisten Bewohner kennen die Vorzeichen für einen bevorstehenden Anfall. Wir bitten Betroffene daher darum, rechtzeitig vor dem Anfall die Klingel zu drücken und die Pflegekräfte zu alarmieren.</li> </ul>	
	<p>achten auf Symptome</p>	<p>Wir achten auf Symptome, die für eine Asthmaattacke typisch sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atemnot</li> <li>• giemende, brummende oder pfeifende Atmung</li> <li>• verlängerte und erschwerte Ausatmung</li> <li>• zäher, durchsichtiger Schleim beim Husten</li> <li>• Unruhe bis hin zur Panik</li> <li>• kalter Schweiß</li> <li>• allgemeine Erschöpfung, ggf. Bewusstseinsminderung</li> <li>• deutliche Tachykardie</li> </ul>
<p><b>Durchführung:</b></p>	<p>zu Beginn des Anfalls</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner wird nicht allein gelassen. Zumindest eine Pflegekraft bleibt stets beim Bewohner und versucht diesem, ein Gefühl von Sicherheit zu geben. Angst verschlimmert die Symptome, die wiederum noch mehr Angst auslösen.</li> <li>• Bei vielen Bewohnern können körperliche Berührungen mit den Händen beruhigend wirken.</li> <li>• Der Bewohner erhält zwei Hübe des inhalativen und schnell wirkenden Bedarfsmedikaments.</li> <li>• Wir bereiten uns darauf vor, dass das inhalierte Medikament zu Übelkeit, innerer Unruhe oder Tachykardie führen kann.</li> <li>• Bewohner neigen unter Panik häufig dazu, das Medikament überzudosieren. Daher sollte die richtige Dosierung von den Pflegekräften überwacht werden.</li> <li>• Die Vitalwerte werden ermittelt.</li> <li>• Eine Pflegekraft stellt das Material zusammen, um den Bewohner ggf.</li> </ul>

		<p>abzusaugen (gemäß Standard "Absaugen").</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einengende Kleidung wird geöffnet, etwa Kragen, Büstenhalter, Gürtel oder Hosenbund.</li> <li>• Offensichtliche Allergieauslöser werden entfernt (Sommerblumen rausgestellt, Hund in anderes Zimmer gebracht usw.)</li> <li>• Der Bewohner erhält geringe Mengen Sauerstoff, sofern dieses nicht kontraindiziert ist. Der Bewohner wird dabei ständig überwacht, da eine Atemdepression eintreten könnte.</li> <li>• Ggf. wird die Atemluft angefeuchtet. Wir nutzen dafür einen Ultraschallvernebler und 0,9%ige NaCl-Lösung oder alternativ Aqua dest.</li> <li>• Ggf. erhält der Bewohner bei schwerster Panik ein Sedativum.</li> <li>• Der Bewohner wird in eine atemerleichternde Position gebracht. Bei mobilen Bewohnern ist der "Kutschersitz" zu bevorzugen. Immobile Bewohner werden in die Oberkörperhochlagerung gebracht. Die Arme werden durch untergelegte Kissen unterstützt. Ggf. wird eine Bettverkürzung oder eine Knierolle ins Bett gelegt.</li> <li>• Der Bewohner wird aufgefordert, die Lippenbremse zu nutzen, sofern ihm diese Technik bereits schon zuvor bekannt war.</li> <li>• Der Bewohner sollte nach Möglichkeit durch die Nase einatmen.</li> <li>• Das Fenster wird geöffnet, um frische Luft in den Raum zu lassen (Achtung: nicht bei feuchter oder kalter Witterung).</li> <li>• Ggf. führen wir eine Vibrationsmassage durch, um die Atemmuskulatur zu unterstützen.</li> <li>• Der Bewohner wird am Ende eines Anfalls beim Abhusten des zähen glasigen Schleims unterstützt.</li> </ul>
	<p>keine Besserung nach 10 Minuten</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falls sich die Symptomatik innerhalb der ersten 10 Minuten nach Medikamentengabe nicht deutlich verbessert, führen wir (falls möglich) eine Peak-Flow-Messung durch (gemäß Standard "Peak-Flow-Messung"), um die Einschränkungen genau zu erfassen.</li> <li>• Abhängig von den ärztlichen Vorgaben zur Bedarfsmedikation werden nun ggf. zwei weitere Hübe des Inhalats verabreicht oder alternativ Theophyllin als</li> </ul>

		<p>Trinkampulle eingegeben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Puls wird ständig überwacht. Insbesondere dann, wenn bereits zu Beginn der Attacke der Puls auf einen Wert von mehr als 120 erhöht war, besteht nun das Risiko, dass dieser noch weiter ansteigen könnte oder unregelmäßig wird.</li> </ul>
	keine Besserung nach 20 Minuten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Notarzt wird verständigt.</li> <li>• Die Krankenhauseinweisung wird vorbereitet (gemäß Standard "Krankenhauseinweisung").</li> </ul>
	ergänzende Pflegemaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner erhält ggf. Wickel und Auflagen mit tageszeitlich wechselnden Wirkstoffen. Morgens nutzen wir schleimlösende Zitronenwickel. Am Abend kann der Hustenreiz mittels Lavendelöl gelindert werden.</li> <li>• Wir prüfen, ob der Bewohner "Kältezonen" hat, die Husten- und Asthmaattacken (mit)auslösen können. Recht häufig etwa sind dieses kalte Füße oder ein kalter Flanken-Nierenbereich.</li> <li>• Lokalisierte Kältezonen werden auf eine geeignete Weise behandelt, etwa durch Fußbäder, warmes Unterhemd, Nierenwärmer, langes Nachthemd, Seidenschal für den Hals usw.</li> <li>• Der Bewohner erhält in keinem Fall Aspirin® oder sonstige Schmerzmittel auf Acetylsalicylsäure-Basis, da das Asthmaanfälle auslösen kann. Eine Alternative ist der Wirkstoff Paracetamol.</li> </ul>
<b>Nachbereitung:</b>	allgemeine Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn dem Bewohner ein Dosieraerosol eingegeben wurde, muss danach eine Mundpflege durchgeführt werden.</li> <li>• Bei häufigem Gebrauch der Aerosole ist die Gefahr einer Pilzinfektion in der Mundhöhle gesteigert. Daher ist es notwendig, diese regelmäßig zu inspizieren.</li> <li>• Der Bewohner wird erst dann wieder allein gelassen, wenn sich sein Zustand vollständig normalisiert hat. In den folgenden zwei Stunden sollte seine Verfassung engmaschig überwacht werden.</li> </ul>
	Dokumentation	Die Attacke wird genau dokumentiert. Die

		<p>Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie lange dauerte der Anfall?</li> <li>• Wie empfand der Bewohner den Anfall subjektiv? Klagte er über Erstickungsangst?</li> <li>• Welche Vitalwerte wurden gemessen, insbesondere Pulsfrequenz?</li> <li>• War die Atmung "pfeifend"?</li> <li>• Wie war die Hautfarbe? War der Bewohner zyanotisch?</li> <li>• War die Atemfrequenz erhöht, verlangsamt oder unregelmäßig?</li> <li>• War der Bewohner kaltschweißig?</li> </ul>
<p><b>Dokumente:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungsnachweise</li> <li>• Pflegebericht</li> </ul>	
<p><b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegefachkraft</li> </ul>	

<b>Standard "Pflege von Senioren mit chronischer und akuter Atemnot"</b>	
<b>Definition:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atemnot ist ein vom Bewohner bedrohlich empfundener Luftmangel. Viele Betroffene leben seit vielen Jahren mit dieser Gesundheitseinschränkung und erhalten ggf. Sauerstoff etwa über mobile Sauerstoffsysteme.</li> <li>• Als Fachbegriffe für Atemnot sind üblich:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dyspnoe: Das subjektive Empfinden von Atemnot bei erschwelter Atmung</li> <li>○ Belastungsdyspnoe: Atemnot bei körperlicher Anstrengung</li> <li>○ Ruhedyspnoe: Atemnot auch im Ruhezustand</li> <li>○ Orthopnoe: Höchste Stufe der Atemnot. Die Atemnot kann gerade nur so in aufrechter Körperhaltung und unter Zuhilfenahme der Atemhilfsmuskulatur ausgeglichen werden.</li> <li>○ Apnoe: Atemstillstand. Dieser erfordert sofortige Wiederbelebensmaßnahmen.</li> </ul> </li> <li>• Atemnot wird abhängig von der Schwere der Symptome in vier Grade eingeteilt:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grad 1: Die Atemnot tritt nur bei entsprechender körperlicher Belastung auf, also etwa beim Treppensteigen, beim Tragen schwerer Lasten oder beim schnellen Gehen.</li> <li>○ Grad 2: Die Atemnot tritt schon bei mittlerer körperlicher Beanspruchung auf. Also etwa beim Spazierengehen auf ebener Strecke</li> <li>○ Grad 3: Hier ist schon geringe Belastung (etwa: An- und Ausziehen von Bekleidung) ausreichend, um eine Atemnot auszulösen.</li> <li>○ Grad 4: Die Atemnot tritt selbst in Ruhe auf, also etwa beim Fernsehen oder im Liegen</li> </ul> </li> <li>• Atemnot tritt insbesondere bei schweren Grunderkrankungen häufig auf. Betroffen von Atemnot sind:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 50 Prozent aller Bewohner mit einem fortgeschrittenen Tumorleiden</li> <li>○ 70 Prozent aller Bewohner mit Lungentumoren</li> <li>○ Prozent aller sterbenden Bewohner in den letzten 24 Lebensstunden</li> </ul> </li> </ul>
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir sind uns bewusst, dass Atemnot in doppelter Weise zu einer Abwärtsspirale führen kann:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atemnot löst Angst aus, Angst verstärkt die Atemnot.</li> <li>○ Atemnot führt zu Bewegungsmangel, Bewegungsmangel wiederum lässt die Atemnot fortschreiten.</li> </ul> </li> <li>• Es gibt kein objektives Messsystem für Atemnot. Nur der Bewohner kann einschätzen, wie sehr er darunter leidet.</li> <li>• Der Anfall wird von dem Betroffenen mitunter als lebensgefährlich empfunden. Daher ist ruhiges und besonnenes Handeln der Pflegekräfte ebenso wichtig wie die Wahl der richtigen Notfallmaßnahmen.</li> <li>• Die Pflegekraft bewahrt stets Ruhe. Nur so kann sie auch</li> </ul>

	<p>selbst Ruhe vermitteln.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn eine Atemnot erstmals auftritt oder sich eine bereits bestehende Atemnot deutlich verschlechtert, ist dieses immer ein ausreichender Grund für einen Notruf.</li> </ul>	
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner atmet normal.</li> <li>• Der Bewohner ist entspannt und angstfrei.</li> <li>• Der Bewohner weiß, dass ihm bei Atemnot schnell und professionell geholfen wird.</li> <li>• Der Bewohner kennt atemunterstützende Körperhaltungen und Techniken. Er wendet diese bei einer Attacke an.</li> </ul>	
<b>Vorbereitung:</b>	Symptome	<p>Wir achten auf Symptome, die auf eine Atemnot schließen lassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner atmet sehr schnell und oberflächlich.</li> <li>• Es kommt zum Nasenflügelatmen (heftige Bewegung der Nasenflügel)</li> <li>• Es sind Atemgeräusche hörbar, also etwa ein Brummen, Giemen, Ziehen oder Pfeifen. Ggf. hustet der Bewohner.</li> <li>• Der Puls des Bewohners ist erhöht.</li> <li>• Es bildet sich eine Zyanose, etwa an den Lippen oder den Nägeln.</li> <li>• Der Bewohner klagt über ein Erstickungsgefühl, ein Beklemmungsgefühl oder Schmerzen im Brustkorb.</li> <li>• Der Bewohner klagt über ein Kältegefühl.</li> <li>• Der Bewohner hat offenbar extreme Angst, der Gesichtsausdruck ist verzerrt.</li> <li>• Der Bewohner schwitzt stark.</li> <li>• Der Körper des Bewohners ist angespannt oder verkrampft.</li> <li>• Der liegende Bewohner richtet den Oberkörper auf und nutzt die Atemhilfsmuskulatur. Ggf. stützt der Bewohner die Arme auf.</li> <li>• Der stehende Bewohner geht in die "Torwartstellung". Er stützt die gestreckten Arme auf die Oberschenkel. Alternativ stemmt der Bewohner eine Hand in die Hüften und stützt sich mit einer Hand an der Wand ab.</li> <li>• Der Bewohner hustet, ggf. mit Auswurf.</li> </ul>
	Ursachen	<p>Wir prüfen, welche Ursachen die Dyspnoe ausgelöst haben könnten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es tritt ein pfeifendes, gepresstes Atemgeräusch beim Einatmen auf. Dieses kann von der Verengung der Atemwege etwa durch einen Fremdkörper verursacht werden.</li> </ul>



		<p>In Frage kommt auch eine allergische Reaktion.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Ausatmung des Bewohners wird von einem Pfeifen begleitet. Dieses Symptom weist auf Asthma bronchiale oder eine chronisch, obstruktive Lungenerkrankung hin.</li> <li>• Beim Ein- und Ausatmen treten Rasselgeräusche auf. Als Auslöser sind denkbar: Asthma bronchiale, Lungenödem, Aspiration, Herzinsuffizienz oder eine neurologische Erkrankung.</li> </ul> <p>Weitere Ursachen können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stoffwechsellentgleisungen</li> <li>• Anämie</li> <li>• chronische Blutungen</li> <li>• Vergiftungen</li> <li>• Adipositas</li> <li>• psychische Erkrankungen</li> </ul>
<p><b>Durchführung:</b></p>	<p>Maßnahmen bei akuter Atemnot</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn es hinreichende Anzeichen für eine Gesundheitsgefährdung gibt, wird sofort der Arzt oder Notarzt gerufen. Ein zentrales Kriterium dafür ist das Auftreten einer Zyanose etwa an den Lippen.</li> <li>• Der Bewohner wird nicht allein gelassen. Zumindest eine Pflegekraft bleibt stets beim Bewohner und versucht diesem, ein Gefühl von Sicherheit zu geben. Angst verschlimmert die Symptome, die wiederum noch mehr Angst auslösen.</li> <li>• Die Vitalwerte werden ermittelt. Insbesondere erfasst die Pflegekraft den Blutdruck, den Puls, die Atemfrequenz sowie die Hautfarbe (blässlich, bläulich oder gräulich).</li> <li>• Sofern eine Bedarfsmedikation vorliegt, wird diese dem Bewohner verabreicht, etwa ein Dosieraerosol, Zäpfchen oder Spray.</li> <li>• Sofern eine ärztliche Anweisung vorliegt, erhält der Bewohner Sauerstoff. Zumeist werden zwei Liter pro Minute für eine Dauer von maximal zehn Minuten verabreicht.</li> <li>• Bei vielen Bewohnern können körperliche Berührungen mit den Händen beruhigend wirken.</li> <li>• Ggf. wird das Fenster geöffnet.</li> <li>• Ggf. wird der Bewohner abgesaugt.</li> <li>• Sofern der Bewohner dieses toleriert, wird er in einer atemerleichternden Position gelagert.</li> <li>• Einengende Kleidung wird gelockert oder entfernt.</li> <li>• Wenn es der Bewohner wünscht, werden Besucher aus dem Zimmer gebeten.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ggf. führt die Pflegekraft ein ablenkendes Gespräch und wählt dabei ein Thema, das für den Bewohner angenehm ist und ihn beruhigt. Die Pflegekraft achtet darauf, dass der Bewohner nicht zu viel redet.</li> <li>• Die Pflegekraft "atmet dem Bewohner vor" und überträgt ihren Atemrhythmus auf den Bewohner. Sie sollte durch die Nase einatmen und mit der Lippenbremse ausatmen.</li> <li>• Bei Atemstillstand wird der Bewohner sofort wiederbelebt.</li> </ul>
	Schmerzen	<p>Wir lassen uns vom Bewohner schildern, ob er Schmerzen hat. Wir dokumentieren die Beschreibungen. Relevant sind folgende Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wo genau tritt der Schmerz auf?</li> <li>• Welche Faktoren lösen den Schmerz aus oder verstärken ihn? Etwa: beim Essen, körperliche Bewegung, tiefes Einatmen oder Husten.</li> <li>• Wie lange dauert der Schmerz an? Minuten, Stunden oder Tage?</li> <li>• Welcher Art ist der Schmerz? Ziehend, pochend, stechend, schneidend usw.?</li> </ul>
	Lagerung	<p>Wir nutzen verschiedene Lagerungsarten, um dem Bewohner die Atmung zu erleichtern.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Oberkörperhochlagerung wird vor allem von Senioren mit Linksherzinsuffizienz bevorzugt. Oftmals ruhen und schlafen Betroffene sogar mit erhöhtem Oberkörper.</li> <li>• Die Halbmondlage bewirkt eine Dehnung des oberen Lungenbereiches. In der Folge wird diese Sektion besser belüftet.</li> <li>• V- und A-Lagerung. Wenn der Bewohner in eine V-Lagerung gebracht wird, werden die unteren Lungenbereiche gedehnt, in der A-Lagerung die oberen Abschnitte. Beides kann dem Betroffenen die Atmung deutlich erleichtern.</li> <li>• Die T-Lagerung führt zu einer sehr weit reichenden Dehnung aller Lungenbereiche. Allerdings ist diese Position für viele Senioren ungewohnt und unangenehm. Daher sollte die Pflegekraft in den ersten Minuten in der Nähe bleiben und den Zustand des Bewohners beobachten.</li> <li>• 30°-Seitenlage und 90°-Seitenlage: Bei der Lagerung auf einer Seite wird die jeweils freiliegende Brustkorbseite besser belüftet. Wenn auch der obere Arm in Freilagerung</li> </ul>

		gebracht wird, verstärkt sich der Effekt zusätzlich.
	langfristige Maßnahmen	<p>Wir entwickeln langfristige Strategien, um der Atemnot vorzubeugen. Die einzelnen Maßnahmen werden mit dem behandelnden Hausarzt koordiniert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner soll gegen einen Widerstand ausatmen.</li> <li>• Wir nutzen Atemtrainer, etwa ein "Tri-flow-meter".</li> <li>• Wir nutzen einen Totraumvergrößerer ("Giebelrohr").</li> <li>• Wir unterstützen die Sekretentleerung, etwa durch Einreibungen.</li> <li>• Wir raten dem Bewohner, das Rauchen einzustellen.</li> <li>• Der Bewohner soll sich im Rahmen seiner Fähigkeiten körperlich bewegen. Übermäßige Aufregung und Anstrengung soll er vermeiden.</li> </ul>
<b>Nachbereitung:</b>	weitere Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Wirksamkeit der gewählten Maßnahmen wird bewertet. Maßnahmen, mit denen die Atemnot erfolgreich gelindert wurde, werden bei der nächsten Attacke bevorzugt eingesetzt.</li> <li>• Wenn sich die Attacken häufen, wird der Bewohner in der Anwendung von Entspannungstechniken eingewiesen, etwa Yoga oder Autogenes Training. Dem Bewohner wird ebenfalls die richtige Atemtechnik vermittelt.</li> <li>• Häufig vermeidet der Bewohner in Zukunft körperliche Anstrengung, um nicht erneut eine Atemnotattacke zu erleiden. Damit setzt eine Abwärtsspirale ein. Das Vermeidungsverhalten reduziert die Mobilität und die körperliche Belastbarkeit. Letztlich setzt die Atemnot bei immer leichter Belastung ein.</li> <li>• Falls die Atemnot die Folge einer allergischen Reaktion ist, reduzieren wir den Kontakt des Bewohners mit dem Allergen auf ein Minimum.</li> <li>• Sofern die Atemnot die Folge einer Pneumonie ist, wird der entsprechende Standard umgesetzt. Unverzichtbar ist insbesondere eine konsequente Fortführung der Antibiotikatherapie.</li> <li>• Durch den Sauerstoffmangel kann es zu Verwirrheitszuständen und insbesondere zu einer Desorientierung kommen. Diese Symptomatik darf nicht mit einer Demenz</li> </ul>

		<p>verwechselt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Atemnot schränkt die verbale Kommunikationsfähigkeit ein. Sprechen wird für den Bewohner zu anstrengend. In der Folge reduzieren sich die sozialen Kontakte bis hin zu einer sozialen Isolation.</li> </ul>
	<p>Dokumentation</p>	<p>Die Attacke wird genau dokumentiert. Die Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wie lange dauerte der Anfall?</li> <li>Wie empfand der Bewohner den Anfall subjektiv? Klagte er über Erstickungsangst?</li> <li>Welche Vitalwerte wurden gemessen, insbesondere Pulsfrequenz?</li> <li>War die Atmung "pfeifend"?</li> <li>Wie war die Hautfarbe? War der Bewohner zyanotisch?</li> <li>War die Atemfrequenz erhöht, verlangsamt oder unregelmäßig?</li> <li>War der Bewohner kaltschweißig?</li> <li>Ist der Bewohner kooperationsbereit?</li> <li>Kam es zu einer Bewusstseinsstörung? War der Bewohner desorientiert?</li> </ul>
	<p>Prognose:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bei konsequenter Behandlung der auslösenden Grunderkrankung wird sich die Atemnot zurückbilden. Wenn etwa eine Schwäche des Herz-Kreislauf-Systems die Atemnot auslöst, können mit herzmuskelstärkenden Medikamenten in Kombination mit entwässernden Präparaten gute Erfolge erzielt werden.</li> <li>Oftmals sind die Schädigungen irreversibel. Ziel der Pflege kann also nur sein, das Fortschreiten der Grunderkrankung zu verlangsamen. Dieses ist etwa bei Lungenemphysem oder Lungenfibrose der Fall.</li> </ul>
<p><b>Dokumente:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pflegeplanung</li> <li>ärztliches Verordnungsblatt</li> <li>Vitaldatenblatt</li> <li>Berichtsblatt</li> </ul>	
<p><b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>alle Mitarbeiter</li> </ul>	

<b>Notfallstandard "Lungenembolie"</b>		
<b>Definition:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei einer Lungenembolie werden die Pulmonararterien durch einen Fremdkörper blockiert. Dieses Hindernis kann entweder Fett, Luft, Tumorgewebe oder ein Thrombus sein.</li> <li>• Die Schwere der Symptome ist abhängig vom Grad der Verlegung. Eine massive Lungenembolie liegt vor, wenn mehr als die Hälfte der Lungenstrombahn blockiert ist. Dieses passiert in jedem zehnten bis zwanzigsten Fall. Ggf. kann der Tod binnen Minuten eintreten.</li> <li>• Vier von fünf Embolien verlaufen "stumm", werden also aufgrund mangelnder Symptome nicht erkannt.</li> <li>• Eine Lungenembolie ist eine gefährliche und häufige Komplikation nach operativen Eingriffen.</li> <li>• In den meisten Fällen ist die Embolie eine Spätfolge einer vorherigen Phlebothrombose.</li> </ul>	
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn hinreichende Anzeichen für eine Lungenembolie sprechen, wird immer ein Notarzt gerufen. Die Folgen eines oder ggf. auch mehrerer Fehlalarme wiegen weniger schwer als eine verzögerte Behandlung bei einem echten Notfall.</li> <li>• Der Notruf erfolgt auch dann, wenn der Bewohner diesen nicht wünscht, etwa weil er die Gefährdung nicht korrekt einschätzt.</li> <li>• Bei einer Lungenembolie geht es zwar um Minuten, dennoch dürfen Maßnahmen nicht überhastet werden.</li> <li>• Die schriftliche Patientenverfügung wird beachtet, insbesondere bei Reanimationen.</li> </ul>	
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der lebensbedrohliche Zustand des Bewohners wird frühzeitig bemerkt.</li> <li>• Der Sauerstoffbedarf wird reduziert.</li> <li>• Die Sauerstoffversorgung wird verbessert.</li> <li>• Die Ablösung weiterer Tromben wird vermieden.</li> <li>• Der betroffene Bewohner wird beruhigt.</li> <li>• Die Atmung und die Kreislauffunktionen werden unterstützt.</li> </ul>	
<b>Vorbereitung:</b>	Gefährdungsanalyse	<p>Anhand verschiedener Kriterien bestimmen wir das Risiko für jeden Bewohner, an einer Lungenembolie zu erkranken.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Übergewicht</li> <li>• dekompensierte Herzinsuffizienz</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• erhöhte Gerinnungsneigung des Blutes</li> <li>• Hypercholesterolämie (erhöhte Konzentration von Cholesterol im Serum)</li> <li>• Nikotinmissbrauch</li> <li>• zurückliegende Phlebothrombosen oder bereits überstandene Lungenembolien</li> <li>• operative Eingriffe im Hüftbereich oder</li> </ul>

		<p>im Beinbereich</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Immobilität</li> <li>• langes Sitzen mit abgeknickten Beinen</li> <li>• Polycythaemia vera (auch "Vaquez-Osler-Krankheit", eine krankhafte Veränderung im Blutbild)</li> </ul>
	<p>Symptome</p>	<p>Wir achten auf die typischen Symptome einer Lungenembolie. Wenn es hinreichende Hinweise gibt, wird umgehend der Notarzt gerufen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kopfschmerz</li> <li>• Ohrensausen</li> <li>• Sehstörungen</li> <li>• Schwindelgefühle</li> <li>• Schmerzen in den Extremitäten</li> <li>• Parästhesien (Kribbeln, Taubheit oder Brennen insbesondere in den Armen, Händen und Beinen)</li> <li>• Juckreiz</li> <li>• kalter Schweiß</li> <li>• Atemnot</li> <li>• ungewöhnlich schnelle Atmung</li> <li>• Husten, ggf. mit blutigem Auswurf</li> <li>• Bewusstlosigkeit</li> <li>• Halsvenenstauung</li> <li>• tiefrote Färbung der Haut/Schleimhäute und rotblaue Zyanose</li> <li>• Kreislaufschock, insbesondere hohe Pulsfrequenz bei 120 und Blutdruck bei 80/50 oder tiefer</li> <li>• Der Puls ist unregelmäßig</li> <li>• Schmerzen im Brustkorb, vor allem beim Einatmen</li> <li>• depressive Stimmungslage</li> <li>• Angst</li> <li>• Unruhe</li> </ul>
<p><b>Durchführung:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Pflegekraft alarmiert den Notarzt, ein Mitarbeiter bleibt beim Bewohner.</li> <li>• Die Vitaldaten werden ermittelt und dokumentiert.</li> <li>• Der Bewohner wird in sein Bett gebracht. Dort bleibt er bis zum Eintreffen des Notarztes. Jedes Umhergehen vergrößert die Gefahr, dass sich weitere Thromben lösen.</li> <li>• Die Atmung wird gesichert, insbesondere entfernen wir einengende Kleidung.</li> <li>• Wir öffnen ggf. das Fenster.</li> <li>• Wir lagern den Oberkörper hoch.</li> <li>• Bei Schockzustand wird nur eine mäßige Hochlagerung gewählt. In keinem Fall wird bei einem Schock die Kopftieflage durchgeführt. Dieses könnte zur Volumenverschiebung mit akutem Herzversagen führen. Es kann sinnvoll sein, die Beine auf Herzniveau anzuheben.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ggf. erhält der Bewohner 2 bis 6 Liter Sauerstoff pro Minute über eine Nasensonde.</li> <li>• Ggf. wird der Bewohner reanimiert.</li> <li>• Bei Verdacht auf eine Lungenembolie dürfen keine i.m.-Injektionen verabreicht werden.</li> <li>• Die Krankenhauseinweisung wird vorbereitet.</li> </ul>	
<b>Nachbereitung:</b>	Prognose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach einer überstandenen Lungenembolie muss sich der Bewohner einer halb- bis ganzjährigen Antikoagulanzen-therapie unterziehen (sog. "Marcumarisierung").</li> <li>• Nach einer Lungenembolie können größere Areale der Lunge absterben (sog. "Lungeninfarkt"). Daraus ergibt sich eine reduzierte Funktionsfähigkeit, etwa Kurzatmigkeit.</li> <li>• Die Lunge und das Rippenfell können sich entzünden.</li> </ul>
	weitere Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nach Abfahrt des Bewohners im Rettungstransportwagen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ das Ereignis wird sorgfältig dokumentiert.</li> <li>○ Die Pflegedienstleitung und die Heimleitung werden (sofern noch nicht geschehen) informiert.</li> </ul> </li> <li>• Der Verlauf der Geschehnisse von den ersten Symptomen bis zum Eintreffen des Notarztes wird im Team noch einmal besprochen. Ziel ist es, ggf. aufgetretene Versäumnisse zu identifizieren.</li> </ul>
<b>Dokumente:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berichtsblatt</li> <li>• Vitaldatenblatt</li> </ul>	
<b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alle Pflegekräfte</li> </ul>	

<b>Standard "Myokardinfarkt (Herzinfarkt)"</b>	
<b>Definition:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Angina pectoris ("Brustenge") wird ausgelöst durch einen vorübergehenden Sauerstoffmangel der Herzmuskulatur infolge von verminderter Durchblutung. Die Anfälle treten bei körperlicher oder psychischer Belastung auf. Die Beschwerden eines Angina-pectoris-Anfalls können sehr leicht mit denen eines Herzinfarktes verwechselt werden.</li> <li>• Ein Myokardinfarkt wird ausgelöst durch den Verschluss einer Koronararterie mit der Folge, dass Teile des Herzmuskels nicht mehr ausreichend versorgt werden. Bereits nach 20 bis 30 Minuten Unterbrechung des Blutstroms beginnen die Herzmuskelzellen abzusterben. Nach 3 bis 6 Stunden ist die Nekrotisierung so weit fortgeschritten, dass bleibende Schädigungen zurückbleiben. Die Nekrose kann alle Herzwandschichten erfassen oder auf Teilbereiche begrenzt bleiben. Je nach Lokalisation des Geschehens wird zwischen Vorderwand-, Seitenwand- und Hinterwandinfarkt unterschieden. Am häufigsten ist ein Infarkt in der linken Kammerwand. Der Herzinfarkt zählt zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland. Bei Männern sind rund 13 Prozent aller Todesfälle und bei Frauen 8 Prozent auf Herzinfarkt zurückzuführen.</li> <li>• Ein kardiogener Schock ist ein lebensgefährliches Kreislaufversagen, das zu gravierendem Sauerstoffmangel in den Organen führt. Auslöser ist ein "Pumpversagen" (primäres Herzversagen).</li> </ul>
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn hinreichende Anzeichen für einen Herzinfarkt sprechen, wird immer ein Notarzt gerufen. Die Folgen eines oder ggf. auch mehrerer Fehlalarme wiegen weniger schwer als eine verzögerte Behandlung bei einem echten Notfall.</li> <li>• Der Notruf erfolgt auch dann, wenn der Bewohner diesen nicht wünscht, etwa weil er die Gefährdung nicht korrekt einschätzt.</li> <li>• Zwar sind Männer bei Herzinfarkten häufiger vertreten, dennoch muss auch bei Frauen bei Vorliegen der einschlägigen Symptome stets an einen Herzinfarkt gedacht werden.</li> <li>• Bei einem Herzinfarkt geht es zwar um Minuten, dennoch dürfen Maßnahmen nicht überhastet werden.</li> <li>• Die schriftliche Patientenverfügung wird beachtet, insbesondere bei einer Reanimation.</li> </ul>
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Herzinfarkt wird schnell und korrekt erkannt.</li> <li>• Bis zum Eintreffen des Notarztes wird der Bewohner korrekt versorgt.</li> <li>• Die häufigsten Komplikationen werden vermieden, insbesondere <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Herzrhythmusstörungen</li> <li>○ Herzinsuffizienz</li> <li>○ Schock</li> <li>○ arterielle Embolie, Lungenembolie</li> <li>○ Herzwandaneurysma (umschriebene Aussackung der</li> </ul> </li> </ul>



	<p>Herzwand)                  ○ Herzwandruptur</p>	
<p><b>Vorbereitung:</b></p>	<p>allgemeine Maßnahmen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die richtigen Maßnahmen nach einem Herzinfarkt werden regelmäßig im Rahmen der Erste-Hilfe-Ausbildung thematisiert.</li> <li>• Wir halten stets aktuelle Fachliteratur zu diesem Thema bereit.</li> </ul>
	<p>achten auf Symptome</p>	<p>Wir achten auf Symptome, die auf einen Herzinfarkt schließen lassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner klagt über Schmerzen, insbesondere:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ plötzliche, sehr heftige Schmerzen im Brustraum</li> <li>○ ausstrahlende Schmerzen in die Arme, den Bauch, zwischen die Schulterblätter oder in den Unterkiefer</li> <li>○ Schmerzen, die länger als 15 Minuten anhalten</li> <li>○ Schmerzen, die deutlich stärker sind als bei vorangegangenen Angina-pectoris-Anfällen</li> <li>○ Schmerzen, die sich trotz Verabreichung der Bedarfsmedikation (etwa Nitroglyzerinspray) nicht bessern.</li> <li>○ Schmerzen, die sich auch bei körperlicher Entlastung nicht bessern.</li> </ul> </li> <li>• Bei jedem fünften Betroffenen, vor allem bei Diabetikern und Senioren, kann der Infarkt auch "stumm" auftreten, also annähernd beschwerdefrei.</li> <li>• Es gibt weitere Symptome, etwa:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Engegefühl</li> <li>○ Todesangst</li> <li>○ Unruhe</li> <li>○ Übelkeit und Erbrechen</li> <li>○ blasse oder fahl-graue Gesichtsfarbe</li> <li>○ kalter und klebriger Schweiß im Gesicht, zumeist auf der Stirn oder über der Oberlippe</li> <li>○ verzerrter Gesichtsausdruck</li> <li>○ Atemnot, die ein Hinsetzen oder Hinlegen erzwingt</li> <li>○ plötzlicher</li> </ul> </li> </ul>

		<p>Kreislaufzusammenbruch, häufig mit Bewusstlosigkeit und kardiogenem Schock</p>
<p><b>Durchführung:</b></p>	<p>Maßnahmen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegekraft löst über die Rufanlage Alarm aus und ruft weitere Kollegen herbei.</li> <li>• Eine Pflegekraft alarmiert den Notarzt.</li> <li>• Eine Pflegekraft bleibt permanent beim Bewohner. Der Bewohner wird (soweit möglich) beruhigt.</li> <li>• Bei Herz-Kreislauf-Stillstand wird der Bewohner sofort reanimiert. Die Reanimation wird fortgesetzt bis der Notarzt eingetroffen ist oder das Herz des Bewohners wieder schlägt.</li> <li>• Der Bewohner wird ins Bett gebracht und mit erhöhtem Oberkörper gelagert (bei einem Schock nur leicht erhöht).</li> <li>• Einengende Kleidung wird gelockert oder entfernt.</li> <li>• Die Vitaldaten werden ermittelt, insbesondere Puls, Blutdruck, Atmung und Bewusstseinslage.</li> <li>• Die Pflegekraft sorgt für Frischluftzufuhr. Ggf. wird ein Fenster geöffnet.</li> <li>• Sofern ärztlich angeordnet             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ wird Sauerstoff verabreicht.</li> <li>○ wird bei einem diastolischen Blutdruckwert über 100 mmHg ein bis zwei Hübe Nitro-Spray unter die Zunge verabreicht.</li> </ul> </li> <li>• Bei einem kardiogenen Schock und bei einem systolischen Blutdruck unter 100mmHg sind Nitropräparate kontraindiziert.</li> <li>• Alle Maßnahmen und Medikamentengaben werden (ggf. formlos) dokumentiert.</li> </ul>
	<p>Zusammenstellen der Informationen</p>	<p>Direkt nach dem Notruf stellt eine Pflegekraft alle relevanten Informationen zusammen, die für die weitere Behandlung des Bewohners relevant sein könnten, insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bereits bekannte Schädigungen des Herzens, insbesondere vorangegangene Herzinfarkte</li> <li>• ggf. Erkrankung an Diabetes Mellitus.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalausweis, KV-Karte, Allergiepass usw.</li> <li>• falls Zeit bleibt: alle weiteren im Standard "Krankenhauseinweisung" genannten Daten</li> </ul>
	weitere Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Bewohner, der möglicherweise einen Herzinfarkt erlitten hat, erhält keine i.m.-Injektionen durch Pflegekräfte. Bei einer nachfolgenden Lysetherapie (Auflösung von Thromben) kann es zu nicht kontrollierbaren und lebensbedrohlichen Blutungen kommen. Außerdem könnten die durch die Spritze verursachten Zellschäden die Blutuntersuchung des CK-Wertes (Kreatinphosphokinase) verfälschen. Dieser Test ist unverzichtbarer Bestandteil der Diagnostik.</li> <li>• Bei Ankunft des Rettungstransportwagens und des Notarztes wird der Arzt ausführlich eingewiesen.</li> <li>• Die Dokumente werden übergeben.</li> <li>• Alle weiteren im Standard "Krankenhauseinweisung" beschriebenen Maßnahmen werden umgesetzt.</li> </ul>
<b>Nachbereitung:</b>	nach Abfahrt des Bewohners im Rettungstransportwagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Ereignis wird sorgfältig dokumentiert.</li> <li>• Die Pflegedienstleitung und die Heimleitung werden (sofern noch nicht geschehen) informiert.</li> <li>• Ggf. werden die Angehörigen informiert.</li> </ul>
	Ausblick	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeder dritte Bewohner mit einem überstandenen Herzinfarkt erleidet später einen erneuten Infarkt. Mit jedem Ereignis sinken die Überlebenschancen deutlich.</li> <li>• Ein Infarkt stellt für den Betroffenen einen tief gehenden Einschnitt im Leben dar. Es ist damit zu rechnen, dass sich das Verhalten des Bewohners verändert. Insbesondere sind Depressionen möglich.</li> <li>• Nach einem überstandenen Herzinfarkt ist die Umstellung der Lebensgewohnheiten entscheidend.</li> </ul>

		<p>Dazu zählen Stress, Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen, Bewegungsmangel, Hypertonie zu reduzieren und das Rauchen aufzugeben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wird ein Herzinfarkt überlebt, bildet sich im betroffenen Muskelbereich des Herzens eine Narbe aus. Das Herz ist danach nur noch eingeschränkt leistungsfähig.</li> </ul>
<b>Dokumente:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berichtsblatt</li> <li>• Vitaldatenblatt</li> <li>• Medikamentenblatt</li> </ul>	
<b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alle Pflegekräfte</li> </ul>	

## Standard "Hitzschlag: Prophylaxe und Notfallmaßnahmen"

### Definition:

- Eine Hyperthermie ist eine Erhöhung der Körpertemperatur, ohne dass sich der Sollwert im Hypothalamus verändert hätte. Es liegt also kein vom Körper "gewolltes" Fieber vor.
- Ursache ist fast immer eine zu hohe Wärmezufuhr von außen, etwa im Sommer oder in der Sauna.
- Je nach Schwere der Symptome werden mehrere Formen der Hyperthermie unterschieden:
  - Bei einem Hitzekollaps kommt es zu einem wärmebedingten Weitstellen der Blutgefäße. Ein großer Teil des Blutes staut sich in den Beinen (es "versackt"). Die vermehrte Ausscheidung von Schweiß destabilisiert den Flüssigkeitshaushalt. In der Folge leiden Betroffene unter einem Schwächegefühl bis hin zur Ohnmacht.
  - Hitzekrämpfe sind die Folge von Natriummangel. Vor allem bei körperlicher Aktivität schwitzt der Bewohner große Mengen von Natrium aus. Dieses begünstigt das Auftreten von Krämpfen und Muskelzuckungen.
  - Die schwerste Form der Überhitzung ist der Hitzschlag. Hier führt die Kombination von zwei Faktoren zur Lebensgefahr. Einerseits wird dem Körper durch die hohen Außentemperaturen zu viel Wärme zugeführt. Gleichzeitig ist die Fähigkeit des Körpers gestört, die Wärme wieder abzugeben. Dieses etwa, weil die Kleidung zu dick ist oder die Schweißproduktion gehemmt ist. Es drohen ein Herz-Kreislaufversagen und ein Hirnödem.
  - Ebenfalls potentiell lebensbedrohlich ist der Sonnenstich. Hier führt die dauerhafte Einstrahlung von Sonnenlicht auf den Körper zu schweren Störungen wie etwa einer Gehirnhyperämie oder einer serösen Meningitis.

### Grundsätze:

- Wenn hinreichende Anzeichen für einen Hitzschlag sprechen, wird immer ein Arzt / Notarzt gerufen. Die Folgen eines oder ggf. auch mehrerer Fehlalarme wiegen weniger schwer als eine verzögerte Behandlung bei einem echten Notfall.
- Der Notruf erfolgt auch dann, wenn der Bewohner diesen nicht wünscht, etwa weil er die Gefährdung nicht korrekt einschätzt.
- Die schriftliche Patientenverfügung wird beachtet,

	insbesondere bei einer Reanimation.	
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die individuelle Gefährdung wird korrekt ermittelt.</li> <li>• Der Bewohner passt sein Verhalten an die Außentemperaturen an und vermeidet damit das Auftreten eines Hitzschlages.</li> <li>• Ein sich entwickelnder Hitzschlag wird rechtzeitig erkannt. Durch geeignete Maßnahmen werden die gesundheitlichen Schäden minimiert.</li> </ul>	
<b>Vorbereitung:</b>	Risikoerkennung	<p>Wir prüfen, welche Bewohner besonders gefährdet sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypohidrosis (verminderte Produktion von Schweiß)</li> <li>• zu geringe Flüssigkeitsaufnahme</li> <li>• Einnahme von Diuretika (auch eigenmächtig zur Gewichtsreduktion)</li> <li>• chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes)</li> <li>• Alkohol- und Medikamentenmissbrauch</li> <li>• Adipositas</li> <li>• zu warme Kleidung auch im Sommer</li> <li>• Hitzschlag oder ähnliche Vorkommnisse in der Vergangenheit</li> </ul>
	Prophylaxemaßnahmen	<p>Bei einer Außentemperatur von über 30° C treffen wir Vorsichtsmaßnahmen, um unsere Bewohner vor einem Hitzschlag zu schützen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir empfehlen dem Bewohner, sich nicht länger als einige Minuten dem direkten Sonnenlicht auszusetzen. Wir achten insbesondere darauf, dass demente Senioren Schattenplätze aufsuchen.</li> <li>• Der Bewohner soll einen Sonnenschutz tragen, vor allem eine Kopfbedeckung.</li> <li>• Der Bewohner sollte wenig</li> </ul>

		<p>stehen, sondern liegen oder mit hochgelegten Beinen im Sessel sitzen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir raten dem Bewohner, körperliche Aktivitäten zu reduzieren oder auf die frühen Morgen- und späten Abendstunden zu verschieben.</li> <li>• Der Bewohner soll ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen. Ideal sind zwei bis drei Liter pro Tag.</li> <li>• Bei hohen Temperaturen soll der Bewohner auf den Genuss von Alkohol verzichten.</li> </ul>
<p><b>Durchführung:</b></p>	<p>Symptome</p>	<p>Wir achten auf Symptome, die für eine Hyperthermie sprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Haut des Bewohners ist rot, trocken und heiß. Oder: Die Haut ist aschgrau, kalt und weißlich.</li> <li>• Die Atmung ist flach.</li> <li>• Der Puls ist beschleunigt, der Blutdruck ist ungewöhnlich niedrig.</li> <li>• Eine rektale Temperaturmessung oder die Messung im Ohr ergibt eine erhöhte Körpertemperatur.</li> <li>• Trotz hoher Lufttemperaturen schwitzt der Bewohner nicht.</li> <li>• Es kommt zu Muskelkrämpfen.</li> <li>• Der Bewohner berichtet über ein Flimmern vor den Augen.</li> <li>• Der Bewohner klagt über Erschöpfung, Kopfschmerzen und Schwindel.</li> <li>• Die Sprache des Bewohners ist verwaschen, das Bewusstsein ist getrübt.</li> <li>• Der Bewohner berichtet, dass ihm schlecht wäre. Er übergibt sich.</li> </ul>

	<p>Alarmierung des Arztes</p>	<p>Wir prüfen, ob es notwendig ist, einen Arzt zu informieren. Dieses ist i.d.R. sinnvoll bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• schwerer Symptomatik (siehe oben)</li> <li>• bestehenden Herzkreislauferkrankungen</li> <li>• bekannte Schädigung der Niere</li> </ul> <p>Falls das Risiko einer Gesundheitsschädigung besteht, leiten wir die entsprechenden Notfallmaßnahmen ein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Notarzt wird verständigt.</li> <li>• Wir wirken beruhigend auf den Bewohner ein.</li> <li>• Wenn die Atmung oder das Herz-Kreislaufsystem versagen, wird der Bewohner wiederbelebt.</li> <li>• Die Krankenhauseinweisung wird vorbereitet (gemäß Standard "Krankenhauseinweisung").</li> <li>• Bei Ankunft des Rettungstransportwagens und des Notarztes wird der Arzt ausführlich eingewiesen.</li> <li>• Die Dokumente werden übergeben.</li> </ul>
	<p>Maßnahmen bei leichteren Verläufen</p>	<p>Bei leichteren Verläufen sehen wir zunächst von der Alarmierung des Arztes oder des Notarztes ab.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir erfassen engmaschig die Vitaldaten, insbesondere also Puls, Blutdruck und Körpertemperatur.</li> <li>• Der Bewohner wird in sein Zimmer begleitet. Er wird flach gelagert.</li> <li>• Die Atmung des Bewohners wird kontrolliert. Ggf. wird der Bewohner in einer atemunterstützenden Position gelagert.</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Haut wird überwacht, insbesondere also die Farbe und die Schweißproduktion.</li> <li>• Der Bewohner wird entkleidet. Auf den Kopf und auf den Rumpf legen wir kühlende Umschläge auf. Er wird (wenn überhaupt) nur mit einem Bettbezug zugedeckt.</li> <li>• Der Bewohner erhält elektrolythaltige Getränke, sofern keine Aspirationsgefahr aufgrund einer Bewusstseinsbeeinträchtigung besteht.</li> </ul>
<p><b>Nachbereitung:</b></p>	<p>Maßnahmen nach Abfahrt des Bewohners im Rettungstransportwagen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Ereignis wird sorgfältig dokumentiert.</li> <li>• Die Pflegedienstleitung und die Heimleitung werden (sofern noch nicht geschehen) informiert.</li> <li>• Ggf. werden die Angehörigen informiert.</li> </ul>
	<p>Maßnahmen bei Verbleiben des Bewohners in der Einrichtung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Zustand des Bewohners wird überwacht, bis sich die Werte wieder im Normbereich befinden.</li> <li>• Der Bewohner sollte in den folgenden drei bis vier Tagen seine Kräfte sparen und jede Anstrengung vermeiden.</li> <li>• Die Pflegeplanung wird angepasst, um zukünftig ähnliche Vorkommnisse zu vermeiden.</li> </ul>
	<p>Prognose</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein überstandener Hitzschlag kann bleibende Schäden im Bereich der thermoregulatorischen Zentren hinterlassen. Der Bewohner wird dann zukünftig noch anfälliger für extreme Umgebungstemperaturen</li> </ul>

		sein.
<b>Dokumente:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berichtsblatt</li> <li>• Vitaldatenblatt</li> <li>• Medikamentenblatt</li> </ul>	
<b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alle Pflegekräfte</li> </ul>	

<b>Notfallstandard "hypertensive Krise"</b>		
<b>Definition:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die hypertensive Krise ist die häufigste Komplikation, die bei Bluthochdruckpatienten auftritt. Es handelt sich dabei um einen starken, plötzlich auftretenden Anstieg des systolischen und zumeist auch des diastolischen Blutdrucks auf Werte von 230/130 mmHg.</li> <li>• Oftmals wird diese Blutdruckspitze begleitet von verschiedenen Beschwerden oder Beeinträchtigungen von Organfunktionen.</li> <li>• Eine hypertensive Krise ist ein Notfall. Es kann zu einem Lungenödem, Hirnblutungen oder zu einem Herzinfarkt kommen. Eine weitere häufige Folge ist ein Schlaganfall.</li> </ul>	
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn hinreichende Anzeichen für eine Gesundheitsgefährdung sprechen, wird immer ein Notarzt gerufen. Die Folgen eines oder ggf. auch mehrerer Fehlalarme wiegen weniger schwer als eine verzögerte Behandlung bei einem echten Notfall.</li> <li>• Der Notruf erfolgt auch dann, wenn der Bewohner diesen nicht wünscht, etwa weil er die Gefährdung nicht korrekt einschätzt.</li> </ul>	
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Blutdruck wird langsam und schonend gesenkt. Ideal ist eine Senkung auf zunächst 170 / 100 mmHg.</li> <li>• Organschäden durch eine zu rasche Blutdrucksenkung werden vermieden.</li> </ul>	
<b>Vorbereitung:</b>	Prävention	<p>Wir versuchen durch geeignete Präventionsmaßnahmen eine hypertensive Krise zu vermeiden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle im Standard "Pflege von Senioren mit Hypertonie" definierten Maßnahmen werden umgesetzt.</li> <li>• Starke Schmerzen, insbesondere chronische Verlaufsformen, sollte durch Analgetika kontrolliert werden.</li> <li>• Wenn der Bewohner stark erregt ist, versuchen wir beruhigend auf ihn einzuwirken.</li> <li>• Wenn der Bewohner wiederholt unter leichteren Blutdruckentgleisungen leidet, wird er seinem Hausarzt vorgestellt, um die Ursache dafür zu bestimmen.</li> <li>• Oftmals ist eine hypertensive Krise die Folge einer fehlerhaften Arzneimittelinnahme. Wenn wir vermuten, dass der Bewohner mit der eigenständigen Medikamentenversorgung überfordert ist, übernehmen wir diese Aufgabe ganz oder teilweise.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir bitten den Hausarzt um die Verschreibung einer geeigneten Bedarfsmedikation. Diese sollte verschiedene Punkte enthalten:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ genaue Grenzwerte mit den jeweiligen Notfallmedikamenten</li> <li>○ Dosierung und Applikationsvorgaben</li> <li>○ Zeitraum, innerhalb dessen der Blutdruck auf einen bestimmten Wert gesunken sein soll</li> <li>○ Bedingungen für die Alarmierung des Notarztes</li> </ul> </li> </ul>
	<p>typische Symptome</p>	<p>Wir achten auf die typischen Symptome, die in Verbindung mit einer hypertensiven Krise auftreten. Etwa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kopfschmerz (der Bewohner klagt über einen "Druck" oder ein "Pulsieren" im Kopf)</li> <li>• rote Gesichtsfärbung</li> <li>• Schwindel</li> <li>• Verwirrtheit</li> <li>• Sehstörungen (ein Flimmern vor den Augen)</li> <li>• Sprachstörungen</li> <li>• Somnolenz</li> <li>• Ohrensausen</li> <li>• Koma</li> <li>• Übelkeit und Erbrechen</li> <li>• Nasenbluten</li> <li>• Krampfanfälle</li> <li>• Lähmungserscheinungen</li> <li>• Angina pectoris</li> <li>• Dyspnoe</li> <li>• Herzrhythmusstörungen</li> <li>• Oligurie oder Anurie</li> </ul>
<p><b>Durchführung:</b></p>	<p>allgemeine Pflegemaßnahmen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner wird gebeten, sich in sein Bett zu legen.</li> <li>• Der Oberkörper wird hoch gelagert. Die Beine lagern wir tief; ggf. soll der Bewohner die Beine aus dem Bett hängen lassen.</li> <li>• Die Vitalzeichen und insbesondere der Blutdruck werden engmaschig überwacht.</li> <li>• Störende Faktoren werden minimiert. So wird etwa ein Mitbewohner, mit dem sich der Senior gestritten hat, aus dem Zimmer gebeten.</li> <li>• Wenn die Blutdruckwerte nicht innerhalb von 20 bis 30 Minuten auf den</li> </ul>

		<p>gewünschten Wert sinken, wird der Arzt / Notarzt gerufen.</p> <p>(Hinweis: Der Zeitpunkt, ab dem ein Arzt/Notarzt gerufen werden soll, ist strittig. Verschiedene Mediziner empfehlen schon ab einem diastolischen Druck von über 120 mmHg ohne jedes weitere Abwarten den Notarzt zu rufen.)</p>
	<p>medikamentöse Blutdrucksenkung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sofern eine entsprechende Bedarfsmedikation verschrieben wurde, verabreichen wir rasch wirkende Antihypertonika.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ z.B. Nitrospray: Wir verabreichen die verschriebene Dosis in den Mund.</li> <li>○ z.B. Nitrendipin (Dihydropyridinderivat): Wir tropfen dem Bewohner eine Phiole (5mg) unter die Zunge.</li> </ul> </li> <li>• Nach einer oralen Applikation sollte der Bewohner einige Minuten keine Flüssigkeit zu sich nehmen. Dieses gewährleistet einen längeren Kontakt des Wirkstoffes mit der Schleimhaut.</li> <li>• Ideal ist eine rasche Blutdrucksenkung auf maximal 25 Prozent unterhalb des Ausgangswerts. Die restliche Blutdrucknormalisierung sollte über einen Zeitraum von zwei bis sechs Stunden erfolgen.</li> <li>• Eine erste Besserung der Symptomatik sollte innerhalb weniger Minuten erfolgen.</li> <li>• Verschiedene Wirkstoffe dürfen in einem Notfall (soweit nicht anders verordnet) nur einmal gegeben werden. Alle weiteren Maßnahmen sind mit dem Arzt / Notarzt abzusprechen.</li> </ul>
<p><b>Nachbereitung:</b></p>	<p>Ursachenforschung:</p>	<p>Wir prüfen, welche Faktoren ursächlich für die Entstehung der hypertensiven Krise sein können:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nichteinnahme oder Fehleinnahme der Blutdruckmedikamente</li> <li>• Entgleisung einer bestehenden Hypertonie durch Aufregung oder Schmerzen</li> <li>• Nierenschädigungen</li> <li>• Neben- oder Wechselwirkungen von Medikamenten.</li> <li>• Infektionen</li> <li>• In vielen Fällen führt schon die bloße Anwesenheit von Pflegekräften oder</li> </ul>

		<p>Ärzten zu einer Blutdruckerhöhung (sog. "Weißkittelsyndrom"). Wenn dieser Effekt bei dem Bewohner auftritt, sollte eine Langzeitblutdruckmessung über einen Zeitraum von 24 Stunden erfolgen.</p>
	<p>weitere Maßnahmen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach der Überwindung der akuten Gefährdung kann die Kontrollintensität langsam wieder normalisiert werden. Aber zumindest in den folgenden drei bis vier Tagen sollten die Vitalwerte des Bewohners häufiger überprüft werden.</li> <li>• Die Pflegeplanung wird ggf. aktualisiert.</li> <li>• Die Beobachtungen und die Messergebnisse werden sorgfältig dokumentiert.</li> <li>• Falls nötig wird der Hausarzt über die hypertensive Krise informiert. Wir nutzen die Erkenntnisse, um bei der nächsten Krise mit einer ggf. angepassten Bedarfsmedikation reagieren zu können. Dieses insbesondere, wenn die bisherige Wirkstoffmenge eine zu rasche Blutdrucksenkung auslöste.</li> <li>• Der Bewohner sollte einem Augenarzt vorgestellt werden, um Schäden an der Netzhaut auszuschließen.</li> </ul>
<p><b>Dokumente:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berichtsblatt</li> <li>• Vitaldatenblatt</li> <li>• Medikamentenblatt</li> </ul>	
<p><b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alle Pflegekräfte</li> </ul>	

<b>Notfallstandard "akuter peripherer Arterienverschluss"</b>		
<b>Definition:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein akuter Arterienverschluss führt zu einer vollständigen oder zumindest weitgehenden Unterbrechung der Blutzufuhr. Das dahinter liegende Versorgungsgebiet wird nicht oder nur noch teilweise mit Blut versorgt.</li> <li>• In fast drei von vier Fällen wird ein akuter Arterienverschluss durch eine Embolie ausgelöst, also durch ein verschlepptes Blutgerinnsel.</li> <li>• In 85 Prozent aller Fälle sind die Beine betroffen.</li> <li>• Frauen erkranken doppelt so häufig wie Männer.</li> </ul>	
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn hinreichende Anzeichen für einen akuten Arterienverschluss sprechen, wird immer ein Notarzt gerufen. Die Folgen eines oder ggf. auch mehrerer Fehlalarme wiegen weniger schwer als eine verzögerte Behandlung bei einem echten Notfall.</li> <li>• Der Notruf erfolgt auch dann, wenn der Bewohner diesen nicht wünscht, etwa weil er die Gefährdung nicht korrekt einschätzt.</li> </ul>	
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Leben des Bewohners wird geschützt.</li> <li>• Der Notfall wird schnell und korrekt erkannt.</li> <li>• Die Gefäßstrombahn wird so schnell wie möglich wieder geöffnet.</li> </ul>	
<b>Vorbereitung:</b>	Symptome:	<p>Wir achten auf die typischen Symptome für einen akuten Arterienverschluss, die sog. "6 P":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• heftige und plötzlich (peitschenschlagartig) einsetzende Schmerzen ("pain").</li> <li>• Blässe ("Marmorisierung") des betroffenen Körperteils ("paleness")</li> <li>• Missempfindungen und Gefühlsstörungen ("parasthesia")</li> <li>• Der Puls ist im Bereich der betroffenen Arterie nicht spürbar ("pulselessness")</li> <li>• Bewegungsunfähigkeit des betroffenen Körperteils ("paralysis")</li> <li>• Erschöpfung, Schocksymptome ("prostration"), insbesondere Kreislaufversagen</li> </ul> <p>Hinweis: Die Ausprägung der jeweiligen Symptome kann individuell stark schwanken, es müssen zudem nicht alle gleichzeitig auftreten.</p> <p>Abgrenzung zu ähnlichen</p>

		<p>Krankheitsbildern.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei einer Verlegung von venösen Gefäßen setzt die Symptomatik eher schleichend ein. Die Beschwerden sind insgesamt weniger stark ausgeprägt. Sie nehmen beim Hochlagern ab und intensivieren sich, wenn der Bewohner auftritt. Die Haut ist bläulich verfärbt und warm.</li> <li>• Eine Thrombophlebitis (akute Thrombose und Entzündung von meist oberflächlichen Venen) ist vor allem schmerzhaft, wenn Druck auf die betroffene Körperregion ausgeübt wird.</li> </ul>
<p><b>Durchführung:</b></p>	<p>Sofortmaßnahmen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir informieren den Notarzt über den Gesundheitszustand des Bewohners und bereiten uns auf die Krankenhauseinweisung vor.</li> <li>• Die betroffene Extremität wird tief gelagert (deutlich unter Herzniveau), um die Durchblutung zu fördern. Durch eine weiche Lagerung wird das Bein vor Druckeinwirkung und Auskühlung geschützt. Wir nutzen (falls vorhanden) Wattepackungen. Alternativ legen wir dem Bewohner eine leichte Woldecke um die Beine. Dieser Schutz darf aber nicht einengend oder gar komprimierend wirken.</li> <li>• In keinem Fall darf die Extremität hoch gelagert werden. Kontraindiziert sind auch äußerliche Wärme- und Kälteanwendungen. Wärme steigert die Durchblutung und somit den Sauerstoffbedarf im betroffenen Bereich.</li> <li>• Der Zustand des Bewohners wird beobachtet und dokumentiert. Relevante Kriterien sind Schmerzlokalisierung und Schmerzintensität, Bewusstseinszustand, Farbe der Haut, Hautwärme, Qualität und Frequenz der Bein- und Fußpulse, Umfang der Beine usw.</li> <li>• Der Bewohner soll bis zum Eintreffen des Notarztes Bettruhe halten. Durch die Ruhigstellung</li> </ul>



		<p>wird der Sauerstoffbedarf im betroffenen Gebiet gesenkt. Wir beachten, dass sich innerhalb kürzester Zeit ein Dekubitus entwickeln kann. Daher werden gefährdete Körperregionen vor Druckeinwirkung geschützt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner darf keine Flüssigkeit oder Nahrung zu sich nehmen, da er ggf. in kurzer Zeit operiert wird.</li> <li>• Eine Pflegekraft bleibt stets beim Bewohner und beruhigt ihn.</li> <li>• Der Bewohner erhält keine intramuskulären Injektionen, da diese bei der nun folgenden Lysetherapie (Behandlungsverfahren zur medikamentösen Auflösung von Blutgerinnseln) kontraindiziert sind. Es könnten sich Hämatome ausbilden. Zudem könnte es aus dem Stichkanal anhaltend bluten.</li> </ul>
<p><b>Nachbereitung:</b></p>	<p>Prognose:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Überlebensaussichten sind abhängig davon, ob wir schnell und richtig handeln.</li> <li>• Wird der Notfall zeitnah erkannt und korrekt behandelt, muss der Bewohner keine bleibenden Schädigungen befürchten.</li> <li>• Nervengewebe geht bereits nach 2 bis 4 Stunden unter.</li> <li>• Wenn eine Ischämie 6 bis 12 Stunden nicht bemerkt wird, zerfällt das Muskelgewebe und die Extremität muss ggf. amputiert werden. Ansonsten entwickelt sich eine metabolische Azidose und eine Hyperkaliämie. Der Bewohner erleidet ein akutes Nierenversagen.</li> </ul>
	<p>weitere Maßnahmen nach Abfahrt des Bewohners im Rettungstransportwagen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Ereignis wird sorgfältig dokumentiert.</li> <li>• Die Pflegedienstleitung und die Heimleitung werden (sofern noch nicht geschehen) informiert.</li> <li>• Der Verlauf der Geschehnisse von den ersten Symptomen bis zum Eintreffen des Notarztes wird im Team noch einmal besprochen. Ziel ist es, ggf. aufgetretene Versäumnisse zu identifizieren.</li> </ul>

<b>Dokumente:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Berichtsblatt</li><li>• Fragen an den Arzt</li></ul>
<b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• alle Mitarbeiter</li></ul>

<b>Notfallstandard "Thrombose"</b>		
<b>Definition:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Thrombose wird durch ein Blutgerinnsel (sog. "Thrombus") ausgelöst, das sich in einem Gefäß bildet. In der Folge wird das Gefäß ganz oder teilweise verschlossen.</li> <li>• Abhängig von der Lokalisation des Thrombus wird zwischen einer arteriellen und einer venösen Thrombose unterschieden. Thrombosen im venösen Gefäßsystem treten deutlich häufiger auf.</li> <li>• Eine Thrombophlebitis liegt vor, wenn oberflächliche Venen entzündet sind. Dieses ist zumeist die Folge eines Verschlusses in den oberflächlichen Beinvenen oder einer kleineren Verletzung bei bereits bestehenden Krampfadern. Eine Thrombophlebitis ist vergleichsweise harmlos, da sich ein Thrombus aufgrund der geringen Strömungsgeschwindigkeit zumeist nicht löst, sondern letztlich mit der Gefäßwand verwächst. Die Verstopfung im Gefäß wird durch Umgehungskreisläufe kompensiert. Die Störung heilt in der Mehrzahl der Fälle komplikationsfrei ab.</li> <li>• Ein hohes gesundheitliches Risiko hingegen geht von einer tiefen Beinvenenthrombose aus (sog. "Phlebothrombose"). Hier bildet sich ein Thrombus im Knie, im Oberschenkel oder im Becken. Wenn sich das Gerinnsel löst, kann es durch den Blutstrom in die Lunge gelangen und dort eine Lungenembolie auslösen. Es besteht dann Lebensgefahr.</li> <li>• Unter der sog. "Virchow-Trias" werden die drei Hauptfaktoren bei der Entstehung einer Thrombose zusammengefasst: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ verlangsamte Blutströmung</li> <li>○ Beschädigungen der Gefäßwände</li> <li>○ gesteigerte Gerinnungsneigung</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn hinreichende Anzeichen für eine Phlebothrombose sprechen, wird immer ein Notarzt gerufen. Die Folgen eines oder ggf. auch mehrerer Fehlalarme wiegen weniger schwer als eine verzögerte Behandlung bei einem echten Notfall.</li> <li>• Der Notruf erfolgt auch dann, wenn der Bewohner diesen nicht wünscht, etwa weil er die Gefährdung nicht korrekt einschätzt.</li> </ul>	
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Thrombose wird schnell und korrekt erkannt.</li> <li>• Der Bewohner wird so schnell wie möglich medizinisch versorgt.</li> <li>• Die gesundheitlichen Schäden einer Thrombose werden minimiert.</li> </ul>	
<b>Vorbereitung:</b>	Risikobewertung	<p>Wir überprüfen, welche Risikofaktoren bei dem Bewohner zutreffen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• verlangsamte Blutströmung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bewegungsmangel</li> <li>○ Immobilität, etwa als Folge eines Schlaganfalls</li> <li>○ Gipsverband oder Schienenlagerung</li> <li>○ Schonhaltung als Folge starker und insbesondere chronischer</li> </ul> </li> </ul>

		<p>Schmerzen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Exsikkose, etwa als Folge von Durchfall oder Erbrechen</li> <li>○ Herzinsuffizienz</li> <li>○ Schock</li> <li>○ chronische Veneninsuffizienz</li> <li>○ Krampfadern</li> <li>● Beschädigungen der Gefäßwände             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Traumata jeder Art, also Verletzungen oder Quetschungen</li> <li>○ operative Eingriffe, insbesondere Hüftgelenks-, Prostata-, Milz- oder Darmoperationen sowie Operationen in den unteren Extremitäten</li> <li>○ degenerative Prozesse, also altersbedingter Umbau der Beinvenen, Varikosis usw.</li> <li>○ entzündliche Prozesse, also etwa Venenentzündung (sog. "Phlebitis")</li> </ul> </li> <li>● gesteigerte Gerinnungsneigung             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ überhöhte Gerinnungsfaktoren im Blut, etwa als Folge von umfangreichen Operationen, gravierenden Verletzungen oder Verbrennungen</li> <li>○ Einnahme von gerinnungsfördernden Arzneimitteln, etwa Kortison</li> <li>○ Hormonersatztherapie nach der Menopause</li> <li>○ angeborene Gerinnungsstörungen</li> </ul> </li> <li>● weitere Risikofaktoren             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bewohner ist älter als 65 Jahre</li> <li>○ fettreiche Ernährung, Adipositas</li> <li>○ Nikotinkonsum</li> <li>○ Bewohner erlitt in der Vergangenheit Thrombosen</li> <li>○ schwere Infektionskrankheiten, insbesondere Sepsis</li> <li>○ bösartige Tumorerkrankungen</li> <li>○ Herzinsuffizienz</li> <li>○ Lähmungen in den Extremitäten</li> <li>○ vermehrte Urinausscheidung durch Einnahme entsprechender Medikamente (Diuretika)</li> </ul> </li> </ul>
	Symptome	<p>Wir achten auf Symptome, die für eine Thrombophlebitis sprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Schmerzen entlang der betroffenen</li> </ul>

		<p>Venen oder im Bereich der Fußsohlen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Überwärmung mit späterer Rötung und Schwellungen im Bereich der betroffenen Extremität</li> <li>• Anstieg der Pulsfrequenz und der Körpertemperatur</li> <li>• Bildung von Ödemen</li> <li>• Die Venen sind verdickt und gerötet. Sie können unter der Haut deutlich ertastet werden.</li> </ul> <p>Wir achten auf Symptome, die für eine tiefe Beinvenenthrombose sprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Waden reagieren empfindlich auf Druck (sog. "Lowenberg-Zeichen")</li> <li>• Schmerzen in der Wade, wenn der Fuß in Richtung Fußrücken gezogen wird</li> <li>• Schmerzen in der Wade bei Fußstreckung (sog. "Hohmann-Zeichen")</li> <li>• Fußsohlen reagieren schmerzhaft auf Druck (sog. "Payr-Zeichen")</li> <li>• Schmerzen im Bein, wenn der Bewohner presst, hustet oder niest</li> <li>• Schmerzen im Bein auch im Ruhezustand</li> <li>• Schmerzen lassen bei Hochlagerung nach</li> <li>• Schwere- und Spannungsgefühl im betroffenen Bein</li> <li>• betroffenes Bein ist wärmer als das nicht betroffene Bein (spürbar durch Handauflegen im direkten Vergleich beider Beine nebeneinander, messbar durch ein Hautthermometer)</li> <li>• ein Bein ist im späteren Verlauf der Störung geschwollen und dicker als das nicht betroffene Bein (sichtbar im direkten Vergleich beider Beine nebeneinander)</li> <li>• Zyanose, also blaurote Verfärbung des Beines (sichtbar im direkten Vergleich beider Beine nebeneinander)</li> <li>• Tachykardie, also deutlich erhöhte Pulsfrequenz</li> <li>• Fieber, also Anstieg der Körpertemperatur auf über 38° C.</li> </ul> <p>Hinweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner wird ggf. explizit nach seiner Schmerzbelastung befragt. Bei dementiell erkrankten Senioren achten wir auf nonverbale Schmerzäußerungen, insbesondere also Mimik und Gestik.</li> </ul>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Druckschmerz zeigt sich zumeist an folgenden Punkten: Leiste, Oberschenkelinnenseite, Kniekehlenbereich, sog. "Meyer-Druckpunkte" entlang der Vena saphena magna, Fußknöchelinnenseite (sog. "Kulissenschmerz) sowie Fußsohle (Plantarmuskulatur).</li> </ul>
<b>Durchführung:</b>	Maßnahmen bei Thrombophlebitis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner wird dem Hausarzt vorgestellt. Dieser entscheidet über die Therapie, etwa Bewegungsübungen oder Kompression.</li> </ul>
	Maßnahmen bei Phlebothrombose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei jedem hinreichenden Verdacht auf eine Phlebothrombose wird unverzüglich der Notarzt informiert und eine Krankenhauseinweisung vorbereitet.</li> <li>• Bis zum Eintreffen des Rettungsmediziners wird der Bewohner in sein Bett begleitet. Er soll dort strikte Bettruhe halten.</li> <li>• Der Bewohner wird mit Nachdruck davon abgehalten, die Beine zu bewegen.</li> <li>• Es werden keine Bewegungsübungen durchgeführt.</li> </ul>
<b>Nachbereitung:</b>	weitere Maßnahmen nach Abfahrt des Bewohners im Rettungstransportwagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Ereignis wird sorgfältig dokumentiert.</li> <li>• Die Pflegedienstleitung und die Heimleitung werden (sofern noch nicht geschehen) informiert.</li> <li>• Der Verlauf der Geschehnisse von den ersten Symptomen bis zum Eintreffen des Notarztes wird im Team noch einmal besprochen. Ziel ist es, ggf. aufgetretene Versäumnisse zu identifizieren.</li> </ul>
	Prognose:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je früher eine Thrombose korrekt erkannt wurde, umso schneller und umfassender heilt die Störung wieder ab.</li> <li>• Das größte Risiko geht von einer Lungenembolie aus (siehe Notfallstandard "Lungenembolie")</li> </ul>
<b>Dokumente:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berichtsblatt</li> <li>• Fragen an den Arzt</li> </ul>	

**Verantwortlichkeit  
/ Qualifikation:**

- alle Mitarbeiter

<b>Notfallstandard Schlaganfall (apoplektischer Insult)</b>	
<b>Definition:</b>	<p>In Folge einer interzerebralen Blutung oder eines thrombolytischen Verschlusses kann es im Gehirn zu einer akuten Minderdurchblutung kommen. Je nach Lokalisation der Schädigung sind unterschiedliche Symptome die Folge. Etwa: Schwindelgefühle, Erbrechen, Gesichtslähmungen, Sehstörungen, Sprachstörungen, Missempfindungen oder die Lähmung einer Körperhälfte.</p> <p>Bedeutungsgleich sind die Begriffe Hirninfarkt, Apoplexie, apoplektischer Insult, zerebrovaskulärer Insult und zerebrale Ischämie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Frühwarnzeichen für einen nahenden Schlaganfall ist "TIA" (transitorische ischämische Attacke). Die Symptome ähneln denen eines Schlaganfalls. Häufig treten eine Hemiparese (inkomplette Lähmung einer Körperhälfte) sowie eine Monoparese (Lähmung einer einzelnen Extremität) auf. In vielen Fällen erleiden Betroffene flüchtige Sehstörungen, sowie Aphasie (zentrale Sprachstörung) und Apraxie (Störung von Handlungen oder Bewegungsabläufen). Die Symptome halten wenige Minuten bis 24 Stunden an.</li> <li>• Die nächste Vorstufe wird als PRIND (prolongiertes reversibles ischämisches neurologisches Defizit) bezeichnet. Auch hier ähneln die Symptome einem Schlaganfall. Allerdings dauert die Rückbildung bis zu sieben Tage. Bei einer CT-Untersuchung ist der Hirninfarkt häufig gut sichtbar.</li> </ul> <p>Ohne eine entsprechende Reduktion der Risikofaktoren und eine medizinische Behandlung steigt das Risiko, dass TIA/PRIND wiederholt auftritt und letztlich in einen Schlaganfall übergeht.</p> <p>Jedes Jahr erleiden rund 200.000 Deutsche einen Schlaganfall. Rund 20 Prozent der Betroffenen verstirbt innerhalb von vier Wochen. Bei 70 Prozent bleiben Schädigungen zurück, jeder Fünfte davon wird dauerhaft zum Pflegefall.</p>
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn hinreichende Anzeichen für einen Schlaganfall sprechen, wird immer ein Notarzt gerufen. Die Folgen eines oder ggf. auch mehrerer Fehlalarme wiegen weniger schwer als eine verzögerte Behandlung bei einem echten Notfall.</li> <li>• Der Notruf erfolgt auch dann, wenn der Bewohner diesen nicht wünscht, etwa weil er die Gefährdung nicht korrekt einschätzt.</li> <li>• Bei einem Schlaganfall geht es zwar um Minuten, dennoch dürfen Maßnahmen nicht überhastet werden.</li> <li>• Die schriftliche Patientenverfügung wird beachtet, insbesondere bei Reanimationen.</li> </ul>
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Schlaganfall wird schnell und korrekt erkannt.</li> <li>• Bis zum Eintreffen des Notarztes wird der Bewohner korrekt versorgt.</li> <li>• Der Notarzt und die Klinikärzte erhalten alle für die Behandlung notwendigen Informationen.</li> <li>• Die Folgen des Schlaganfalls werden auf ein Minimum</li> </ul>



	reduziert.	
<b>Vorbereitung:</b>	Risikoabschätzung	<p>Wir stellen zusammen, welchen Risiken der Bewohner bislang ausgesetzt war. Je mehr Belastungsfaktoren zutreffen, umso wahrscheinlicher ist es, dass bei entsprechenden Symptomen tatsächlich ein Schlaganfall die Ursache ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hohes Lebensalter</li> <li>• Arteriosklerose</li> <li>• Hypertonie</li> <li>• Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus</li> <li>• Adipositas</li> <li>• Bewegungsmangel oder Bettlägerigkeit</li> <li>• Hyperlipidämie (Erhöhung der Blutfettwerte)</li> <li>• Rauchen</li> <li>• Blutgerinnungsstörungen</li> <li>• Herzerkrankungen (insbesondere Vorhofflimmern und Herzrhythmusstörungen)</li> <li>• kurz zurückliegende Infusionen oder Transfusionen</li> <li>• Flüssigkeitsmangel</li> <li>• mentaler Stress</li> </ul>
	Symptome bei einem Schlaganfall	<p>Wir achten auf Symptome für einen Schlaganfall. Je mehr der hier gelisteten Krankheitszeichen auftreten, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines Schlaganfalls.</p> <p>physische Symptome</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die willkürlichen Bewegungen sind gelähmt.</li> <li>• Hemiparese (inkomplette Lähmung einer Körperhälfte)</li> <li>• Hemiplegie (vollständige Lähmung einer Körperhälfte)</li> <li>• typische "Schlaganfall-Haltung" (sichtbare Veränderungen sind zumeist auf eine Körperseite beschränkt):             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eine Schulter und das Becken sind nach hinten gezogen.</li> <li>○ Der Rumpf ist einseitig verkürzt.</li> <li>○ Der Arm ist "nach innen" gedreht.</li> <li>○ Der Ellenbogen ist in Beugstellung.</li> <li>○ Die Finger sind gebeugt.</li> <li>○ Der Daumen wird nahe am Körper geführt.</li> <li>○ Das Bein ist gestreckt.</li> <li>○ Der Fuß hängt schlaff durch.</li> </ul> </li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Innenrand des Fußes ist hochgezogen.</li> <li>• Die Stütz- und Gleichgewichtsreaktionen sind gestört. Der Bewohner kann weder aufrecht stehen noch sitzen.</li> <li>• Bewegungen verlaufen zur gelähmten Seite hin.</li> <li>• Das Gesicht wirkt asymmetrisch in Folge einer Gesichtsnervenlähmung.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ein Mundwinkel hängt einseitig schlaff herab.</li> <li>○ Die Falte zwischen Nase und Oberlippe ist einseitig verstrichen.</li> <li>○ Ein Augenlid "hängt".</li> <li>○ Beim Ausatmen wölbt sich eine Wange einseitig (sog "Tabakblasen").</li> </ul> </li> <li>• Der Bewohner leidet unter Schluckstörungen bis hin zur Schlucklähmung.</li> <li>• Die Zungenmuskulatur ist gelähmt.</li> <li>• Der Bewohner ist stuhl- und urininkontinent.</li> <li>• Augen und Kopf weichen zur gelähmten Körperhälfte ab.</li> <li>• Der Bewohner klagt unvermittelt über extreme, fast betäubende Kopfschmerzen.</li> <li>• Cheyne-Stokes-Atmung (rhythmisch variierende, zu- und abnehmende Atemfrequenz. Das Atemzugvolumen sowie Atempausen sind unregelmäßig.)</li> <li>• Biot-Atmung (Kräftige Atemzüge von gleicher Tiefe werden durch unvermittelt auftretende Atempausen unterbrochen.) akutes Kreislaufversagen (Schock)</li> </ul>
		<p>psychische Symptome</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwirrungszustände, Bewusstseinsbeeinträchtigung bis hin zur Bewusstlosigkeit</li> <li>• Depressionen</li> <li>• aggressives Verhalten</li> <li>• Labilität</li> <li>• Gedächtnisstörungen</li> <li>• Angst bis hin zur Panik</li> <li>• Anosognosie (Unfähigkeit, eine eigene Erkrankung bzw. die vorhandenen Funktionsausfälle zu erkennen)</li> </ul>
		<p>neurologische Symptome</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das vegetative Nervensystem ist beeinträchtigt. Folgen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schwitzen</li> </ul> </li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Blutdruck erhöht</li> <li>○ Herzrhythmusstörungen</li> <li>○ Blutzuckerspiegel erhöht</li> <li>○ Speichelfluss aus dem Mundwinkel an der gelähmten Seite</li> <li>• Schwäche und Missempfindungen, insbesondere im Gesicht und in den Armen.</li> <li>• Aphasie (zentrale Sprachstörung)</li> <li>• Dysarthrie (Sprechstörung)</li> <li>• Aufmerksamkeitsstörungen</li> <li>• räumliche Orientierungsstörungen (Entfernungen und Größenverhältnisse werden falsch eingeschätzt. Der Bewohner ist nicht mehr in der Lage, nach Dingen zu greifen.)</li> <li>• Hemianopsie (Halbseitenblindheit mit Ausfall einer Hälfte des Gesichtsfelds)</li> <li>• Apraxie (Störung von Handlungen oder Bewegungsabläufen)</li> <li>• Neglect (halbseitige Vernachlässigung des eigenen Körpers oder der Umgebung)</li> <li>• Alexie (Unfähigkeit, den Sinn von Gelesenem bei funktionierendem Sehvermögen zu erfassen)</li> <li>• Akalkulie (Rechenstörung bei intakter Intelligenz)</li> <li>• Der Bewohner ist nicht in der Lage, Pflegekräfte, Angehörige oder Mitbewohner zu erkennen.</li> <li>• Das Erinnerungsvermögen ist eingeschränkt.</li> <li>• Das Geruchs- und Geschmacksvermögen ist ausgefallen oder stark eingeschränkt.</li> <li>• Auf einer Körperseite ist der Bewohner nicht mehr in der Lage, Berührungen, Wärme-, Kälte- oder Schmerzreize zu erspüren.</li> </ul>
<p><b>Durchführung:</b></p>	<p>Wenn der hinreichende Verdacht auf einen Schlaganfall besteht, wird umgehend gehandelt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner wird in sein Bett gebracht.</li> <li>• Ein Bewohner bei vollem Bewusstsein wird in die Rückenlage gebracht.</li> <li>• Ein bewusstloser Bewohner wird in eine stabile Seitenlage gebracht. Die Atemwege müssen freigehalten werden.</li> <li>• Die Zahnprothese wird entfernt.</li> <li>• Der Hausarzt wird nur dann gerufen, wenn er sich in unmittelbarer Nähe befindet und (wichtig!) kein Zeitverlust entsteht. Ansonsten wird immer der Notarzt alarmiert.</li> <li>• Der Bewohner wird nicht allein gelassen. Die Pflegekräfte versuchen ihn zu beruhigen.</li> <li>• Einengende Kleidungsstücke werden geöffnet.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die Vitaldaten werden ermittelt, insbesondere Blutdruck, Puls, Blutzucker und Körpertemperatur</li><li>• Die Krankenhauseinweisung wird gemäß Standard vorbereitet.</li><li>• Angehörige und Betreuer werden informiert. Falls möglich sollten diese den Bewohner ins Krankenhaus begleiten.</li><li>• Der chronologische Verlauf der bisher aufgetretenen Symptome wird kurz zusammengefasst. (Etwa: "7.30 Uhr: Bewohner klagt über massive Kopfschmerzen, 7.40 Uhr: Bewohner verliert das Gleichgewicht und stürzt vom Stuhl usw.)</li><li>• Eine Liste aller Medikamente, die der Bewohner in den letzten 48 Stunden genommen hat, wird zusammengestellt.</li></ul>
<b>Nachbereitung:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• nach Abfahrt des Bewohners im Rettungstransportwagen:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Das Ereignis wird sorgfältig dokumentiert.</li><li>○ Die Pflegedienstleitung und die Heimleitung werden (sofern noch nicht geschehen) informiert.</li></ul></li><li>• Der Verlauf der Geschehnisse von den ersten Symptomen bis zum Eintreffen des Notarztes wird im Team noch einmal besprochen. Ziel ist es, ggf. aufgetretene Versäumnisse zu finden.</li></ul>
<b>Dokumente:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Berichtsblatt</li><li>• Vitaldatenblatt</li></ul>
<b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• alle Pflegekräfte</li></ul>

<b>Standard "Pflege von Bewohnern mit einem chronischen Glaukom / Notfallstandard akutes Glaukom"</b>		
<b>Definition:</b>	<p>Ein Glaukom ("grüner Star") ist eine häufig auftretende Erkrankung des Auges, die durch einen erhöhten Augeninnendruck ausgelöst wird. Dieser Druck schädigt auf Dauer den Sehnerv und kann letztlich zur Erblindung des Betroffenen führen.</p> <p>Es gibt zwei Formen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das chronische Glaukom tritt sehr häufig auf und betrifft dann zumeist beide Augen. Die Symptome entwickeln sich schleichend und werden vom Betroffenen erst sehr spät bemerkt.</li> <li>• Ein akutes Glaukom entwickelt sehr schnell ein deutliches Symptombild. Auslöser ist eine Verlegung des Kammerwinkels durch die Regenbogenhaut. Im Kammerwinkel erfolgt der Abfluss des Kammerwassers. Der Anfall kann nach wenigen Stunden spontan abklingen und in Abständen erneut auftreten. Mitunter hält das akute Glaukom auch unerkannt über Tage an.</li> </ul>	
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir arbeiten eng mit Augenärzten und Selbsthilfegruppen zusammen.</li> <li>• Bereits der Verdacht auf ein akutes Glaukom rechtfertigt eine sofortige Vorstellung beim Augenarzt.</li> </ul>	
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Glaukom wird rechtzeitig erkannt und behandelt.</li> <li>• Der Bewohner wird vor Folgeschäden und insbesondere vor Erblindung geschützt.</li> <li>• Dem Bewohner ist bewusst, wie wichtig eine regelmäßige Medikamenteneinnahme ist.</li> <li>• Der Bewohner ist in der Lage, selbständig mit den Medikamenten umzugehen.</li> <li>• Der Bewohner kennt die Ursachen und die möglichen Folgen der Erkrankung.</li> <li>• Der Bewohner vermeidet Tätigkeiten, die zu einer Erhöhung des Augeninnendruckes führen.</li> <li>• Der Bewohner findet sich trotz nachlassender Sehschärfe und einem schwindenden Sehfeld in seiner Umgebung zurecht.</li> </ul>	
<b>Vorbereitung:</b>	Prophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir schätzen die Gefährdung des Bewohners ab. Das Erkrankungsrisiko ist erhöht, wenn der Bewohner ... <ul style="list-style-type: none"> <li>○ über 40 Jahre alt ist</li> <li>○ genetisch vorbelastet ist (Vater oder Mutter mit Glaukom)</li> <li>○ kurzsichtig ist</li> <li>○ unter Diabetes mellitus leidet</li> <li>○ unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen leidet (Herzinsuffizienz, Hyper- oder Hypotonie)</li> </ul> </li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir empfehlen dem Bewohner, regelmäßig den Augenarzt aufzusuchen. Grundsätzlich sollte alle zwei Jahre der Augeninnendruck ermittelt werden. Dieses etwa im Rahmen einer Brillenverordnung.</li> </ul>
	Symptomatik des akuten Glaukoms	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir achten auf Anzeichen für ein akutes Glaukom: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Bewohner klagt über massive Einschränkungen seines Sehvermögens.</li> <li>○ Der Bewohner hat starke Schmerzen, vor allem im Gesicht.</li> <li>○ Der Bewohner klagt über Übelkeit.</li> <li>○ Die Pupille ist erweitert und lichtstarr.</li> <li>○ Das Auge ist gerötet.</li> <li>○ Licht ist dem Bewohner unangenehm.</li> <li>○ Die Bindehaut ist stark durchblutet.</li> <li>○ Ggf. hat der Bewohner Fieber und Schüttelfrost.</li> </ul> </li> <li>• Wenn es hinreichende Anzeichen für ein akutes Glaukom gibt, wird der Bewohner umgehend zu einem Augenarzt oder in ein Krankenhaus gefahren.</li> <li>• Hinweis: Häufig fallen die o.g. Symptome so gravierend aus, dass die Sehstörung als solche übersehen wird.</li> </ul>
	Symptomatik des chronischen Glaukoms	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir achten auf Anzeichen für ein chronisches Glaukom: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In den ersten Jahren sind zumeist keine Symptome spürbar. Ggf. hat der Bewohner häufig Kopfschmerzen oder Augenbrennen.</li> <li>○ Im späteren Verlauf engt sich das Sichtfeld mehr und mehr ein. Es kommt zu einem tunnelartigen Sehen.</li> <li>○ Die Fähigkeit zum scharfen Sehen geht verloren.</li> </ul> </li> </ul>
	Ressourcen	<p>Wir prüfen, welche Ressourcen der Bewohner nutzen kann, um die Auswirkungen der Krankheit zu begrenzen, etwa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner ist mobil und findet sich in seiner Umwelt zurecht.</li> <li>• Der Bewohner ist in der Lage, sich selbständig Augentropfen zu verabreichen.</li> <li>• Der Bewohner ist motiviert, sein Konsumverhalten an die Erkrankung anzupassen und insbesondere den Nikotin- und Alkoholgenuss zu reduzieren.</li> <li>• Der Bewohner ist in einem guten</li> </ul>

		Allgemeinzustand.
<b>Durchführung:</b>	Beratung des Bewohners	<p>Wir beraten den Bewohner zum richtigen Umgang mit der Krankheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir erläutern dem Bewohner die Ursachen der Krankheit und welche gesundheitlichen Auswirkungen diese haben kann.</li> <li>• Wir erklären dem Bewohner, welche Verhaltensweisen er vermeiden soll. Etwa bücken, heben oder pressen.</li> <li>• Wir üben mit dem Bewohner den Umgang mit Augentropfen und deren korrekte Applikation.</li> <li>• Der Bewohner sollte den Genuss von Koffein, Schwarztee und Cola-Getränken einschränken oder besser einstellen.</li> <li>• Der Bewohner sollte das Rauchen und den Alkoholgenuss einstellen.</li> <li>• Der Flüssigkeitskonsum sollte über den Tag möglichst gleichmäßig erfolgen. Stoßweises trinken großer Mengen wird vermieden.</li> </ul>
	allgemeine Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ggf. wird der Bewohner von der Bezugspflegekraft zum Augenarzttermin begleitet.</li> <li>• Bei jeder Medikation prüfen wir gemeinsam mit dem behandelnden Arzt, ob der Wirkstoff als Nebenwirkung zu einer Erhöhung des Augeninnendrucks führen kann. In solchen Fällen wägen wir den Nutzen des Medikaments mit den Gefahren ab. Problematisch sind insbesondere Anticholinergika und Antihistaminika.</li> <li>• Schmerzmedikamente mit Koffein werden vermieden.</li> <li>• Bei nachlassender Sehkraft erhöht sich das Sturzrisiko. Wir setzen die im Standard "Sturzprophylaxe" beschriebenen Maßnahmen sorgfältig um.</li> <li>• Wir prüfen, ob der Bewohner Sehhilfen benötigt. So kann etwa die Nutzung einer Lupe, einer Lupenbrille oder eines Fernlesegerätes einen Teil der Lesefähigkeit erhalten.</li> <li>• Wir stehen dem Bewohner immer für ein Gespräch zur Verfügung. Wir versuchen, seine Zuversicht zu stärken.</li> <li>• Wir animieren den Bewohner, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten. Soweit der Bewohner zustimmt, werden die Menschen seines Umfeldes über die Krankheit informiert, damit diese entsprechende Rücksicht nehmen.</li> </ul>

	<p>Behandlung mit Betablockern</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei der Behandlung von Weitwinkelglaukomen werden heute häufig Betablocker oder Miotika genutzt. Diese vermindern die Kammerwasserproduktion.</li> <li>• Die Augentropfen müssen zweimal oder häufiger täglich getropft werden. Wenn der Bewohner dazu nicht mehr in der Lage sein sollte, wird diese Maßnahme von der Pflegekraft übernommen.</li> <li>• Für den Therapieerfolg ist eine sorgfältige Applikation der Augentropfen unverzichtbar. Die verordnete Dosis und die Zeitabstände werden konsequent eingehalten.</li> <li>• Wenn der Bewohner unter obstruktiven Lungenerkrankungen oder unter Herzrhythmusstörungen leidet, dürfen Betablocker nicht appliziert werden. Wir kontaktieren stattdessen den behandelnden Augenarzt.</li> </ul>
<p><b>Nachbereitung:</b></p>	<p>Prognose</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In vielen Fällen bleibt eine medikamentöse Behandlung erfolglos. Dann ist eine Augeninnendruck senkende Operation erforderlich.</li> <li>• Letztlich kann die Krankheit so schwer verlaufen, dass der Bewohner weitgehend oder vollständig erblindet.</li> </ul>
	<p>weitere Maßnahmen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Zustand des Bewohners wird sorgfältig überwacht und dokumentiert. Relevant sind insbesondere das Sehvermögen und der Kooperationswille des Bewohners.</li> <li>• Ggf. wird die Pflegeplanung an die abnehmenden Sehfähigkeiten des Bewohners angepasst.</li> </ul>
<p><b>Dokumente:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegeplanung</li> </ul>	
<p><b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alle Pflegekräfte</li> </ul>	



## Notfallstandard "Diabetische Entgleisung"

**Definition:**

**Überzuckerung (Hyperglykämie):**

Ab einem BZ-Wert von 160mg/dl liegt eine Überzuckerung (Hyperglykämie) vor. Der Insulinmangel führt zu einer gravierenden Erhöhung des Blutzuckers. Innerhalb von Stunden bis Tagen kann sich eine lebensgefährliche Störung entwickeln. Verliert ein Betroffener das Bewusstsein, spricht man von einem "hyperglykämischen Koma".

Relevant sind zwei Formen:

- Bei Diabetes mellitus Typ 1 tritt gehäuft das ketoazidotische Koma auf, das durch einen absoluten Insulinmangel ausgelöst wird. Bei rund jedem vierten Diabetesbetroffenen wurde die Krankheit überhaupt erst in Folge eines solchen Komats entdeckt.  
Wichtige Auslöser sind Belastungssituationen, die zu einem ungewöhnlich hohen Insulinbedarf führen, der vom Körper nicht gedeckt werden kann. Dieses ist etwa der Fall bei Infektionen, operativen Eingriffen oder mentalem Stress. Die Mangelversorgung löst eine diabetische Ketoazidose aus, also eine durch Ketonkörper verursachte Störung im Säure-Basen-Haushalt.  
Häufig ist ein ketoazidotisches Koma auch die Folge einer Unterdosierung der Insulininjektion, etwa aufgrund reduzierter Nahrungsaufnahme bei Appetitmangel oder Übelkeit. Das ketoazidotische Koma entwickelt sich innerhalb von Stunden bis Tagen.
- Bewohner mit Diabetes mellitus Typ 2 erleiden gehäuft ein hyperosmolares Koma. Dieses wird ausgelöst durch einen relativen Insulinmangel und entwickelt sich vergleichsweise langsam, zumeist innerhalb von Tagen bis Wochen. Die wichtigsten Auslöser sind auch hier Lebenssituationen, in denen der Körper mehr Insulin benötigt als produziert wird, also Infektionskrankheiten, ein Schlaganfall, Operationen, seelische Belastungen usw. Weitere Faktoren können ein Diätfehler, die Einnahme von Glukokortikoiden oder Diuretika sein. Ein hyperosmolares Koma kann auch eintreten, wenn der Bewohner zu wenig Insulin injiziert oder die orale Insulineinnahme versäumt.  
Der krankhaft gesteigerte Blutzuckergehalt löst gravierende Flüssigkeits- und Elektrolytverluste aus. Der Bewohner erleidet eine Exsikkose. Da der Körper noch gewisse Mengen Insulin produziert, kommt es zu keinem Fettabbau. Dadurch wird der Säure-Basen-Haushalt nicht gestört.

**Unterzuckerung (Hypoglykämie):**

Ab einem Blutzuckerwert von unter 50 mg/dl kommt es zu einer Hypoglykämie.

- Bei einem rapiden Abfall des BZ-Wertes kommt es zumeist zu

	<p>deutlich heftigeren Symptomen als bei einem langsamen Absacken des Blutzuckers. Wenn der Bewohner unter einer Neuropathie leidet, ist es möglich, dass er die Symptome erst sehr spät bemerkt. Bei gleichzeitiger Einnahme von Betablockern kann sich der Schock schlagartig einstellen, also ohne dass in den Minuten zuvor die typischen Frühwarnsymptome auftreten. Es zeigen sich dann mitunter lediglich Verhaltensauffälligkeiten wie Aggressionen oder Enthemmtheit.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für ein rapides Absacken des BZ-Wertes gibt es verschiedene mögliche Ursachen. Die häufigsten sind:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erbrechen, Durchfall oder starkes Schwitzen bei sommerlichen Temperaturen</li> <li>○ Mangelernährung</li> <li>○ fehlende Krankheitseinsicht und mangelnde Kooperation</li> <li>○ hohe körperliche Belastung</li> <li>○ Alkoholgenuss</li> <li>○ Medikamente mit der Nebenwirkung, Blutzucker abzubauen</li> <li>○ Medikamente mit der Nebenwirkung, Insulin zu verstärken</li> <li>○ zu hohe Insulindosis</li> <li>○ gesunkener Insulinbedarf</li> </ul> </li> <li>• Anders als gesunde Menschen sind dementiell erkrankte Bewohner oftmals nicht in der Lage, die Frühwarnzeichen einer Unterzuckerung richtig zu deuten und sich angemessen verständlich zu machen.</li> </ul>	
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das beste Mittel gegen eine diabetische Entgleisung ist die regelmäßige BZ-Kontrolle.</li> <li>• Diabetische Entgleisungen sind stets vermeidbar. Wenn es zu einer dieser Extremsituationen kommt, ist dieses häufig ein Zeichen, dass zuvor wichtige Warnzeichen übersehen wurden.</li> <li>• Folglich ist ein solcher Zwischenfall stets ein Anlass, das eigene pflegerische Handeln kritisch zu hinterfragen.</li> </ul>	
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Krise wird frühzeitig erkannt.</li> <li>• Der Blutzuckerspiegel normalisiert sich.</li> <li>• Der Bewohner kennt die Ursachen der Entgleisung und verhält sich entsprechend vorsichtig.</li> <li>• Der Bewohner kennt die Parameter der notwendigen Diät und beachtet diese.</li> <li>• Der Bewohner nimmt seine Medikamente regelmäßig ein.</li> <li>• Folgeschäden werden vermieden.</li> </ul>	
<b>Vorbereitung:</b>	allgemeine Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir sensibilisieren den Diabeteskranken für die Symptome einer nahenden Entgleisung.</li> <li>• Wir informieren die Angehörigen über Symptome und weisen diese in Notfallmaßnahmen ein, damit diese etwa beim Spaziergehen angemessen reagieren können.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gefährdete Bewohner sollten stets Traubenzucker bei sich tragen.</li> <li>• Wir bilden unsere Fachkräfte regelmäßig zum Thema Diabetes fort und halten aktuelle Fachliteratur bereit.</li> <li>• Wir suchen den Kontakt mit dem Hausarzt. Wir bitten um detaillierte Instruktionen, welche Maßnahmen bei einer Entgleisung durchzuführen sind und welche Kontraindikationen bestehen.</li> </ul>
	allgemeine Anzeichen für eine Hyperglykämie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pathologisch erhöhtes Harnvolumen (Polyurie)</li> <li>• vermehrtes nächtliches Wasserlassen (Nykturie)</li> <li>• erhöhte Ausscheidung von Glukose im Harn (Glukosurie)</li> <li>• massive Durchfälle ohne erkennbaren Auslöser</li> <li>• Übelkeit und Erbrechen</li> <li>• Appetitlosigkeit</li> <li>• Müdigkeit und Schwäche</li> <li>• gesteigertes Durstempfinden und vermehrte Flüssigkeitsaufnahme (Polydipsie)</li> <li>• Austrocknung (Exsikkose)</li> <li>• belegte und trockene Zunge</li> <li>• zu niedriger Blutdruck (Hypotonie)</li> <li>• nur schwach fühlbarer Puls (bei Koma)</li> <li>• entspannte Muskulatur</li> <li>• erlöschende Eigenreflexe</li> </ul>
	Symptome, die tendenziell auf ein einsetzendes ketoazidotisches Koma schließen lassen	<p>Wir achten auf Symptome, die auf eine Ketoazidose schließen lassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• typische Symptome ähnlich einer Bauchfellentzündung (vor allem hartes Abdomen)</li> <li>• deutlicher Fettabbau (Lipolyse) und Gewichtsabnahme, insbesondere, wenn der Diabetes lange nicht erkannt wurde</li> <li>• Hyperglykämie mit BZ-Werten von rund 500 mg/dl</li> <li>• Ketonkörper (veraltet Acetonkörper) im Serum und im Urin</li> <li>• Störung im Säure-Basen-Haushalt</li> <li>• Kussmaulatmung (abnormal tiefe Atmung bei häufig erniedrigter Frequenz)</li> <li>• Azetongeruch in der Atemluft (Geruch ähnelt süßlich verfaulendem Obst)</li> </ul>

	<p>mögliche Symptome eines einsetzenden hyperosmolaren Komats</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zunächst erhöhte Harnausscheidung (Polyurie) und erhöhtes Durstempfinden und vermehrte Flüssigkeitsaufnahme</li> <li>• im späteren Verlauf verminderte Harnausscheidung (Oligurie)</li> <li>• Harnausscheidung unter 100 ml/24h (Anurie)</li> <li>• Hyperglykämie mit einem BZ-Wert zwischen 500 bis 1000 mg/dl</li> <li>• ggf. wird der Messbereich des BZ-Messgerätes überschritten (Anzeige: "high")</li> <li>• deutliche Exsikkose (verminderte Hautspannung, ausgetrocknete Haut- und Schleimhäute, weiche Augäpfel)</li> <li>• Neigung zum Kollaps</li> <li>• ggf. Bewusstlosigkeit</li> </ul>
	<p>Symptome Hypoglykämie (Unterzuckerung) / hypoglykämischer Schock</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blutzuckerwert unter 50mg/dl.</li> <li>• Heißhunger</li> <li>• angespannte Muskulatur, Zittern</li> <li>• Haut ist schweißig, kalt und blass</li> <li>• Abgeschlagenheit, Kraftlosigkeit</li> <li>• Verhaltensauffälligkeit wie depressive Verstimmung, Antriebslosigkeit, Euphorie, Konzentrationsunfähigkeit, Aggressivität, Unruhe usw.</li> <li>• Kribbeln in den Mundwinkeln.</li> <li>• Herzrhythmusstörung mit einem Anstieg der Herzfrequenz auf über 100/min (Tachykardie)</li> <li>• Anstieg des Blutdrucks</li> <li>• eingetrübtes Bewusstsein mit neurologischen Ausfällen ähnlich den Folgen eines Schlaganfalls             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Missempfindungen (Parästhesien)</li> <li>○ Kopfschmerzen</li> <li>○ Sehstörungen</li> <li>○ Sprachstörungen, vor allem verwaschene Sprache</li> <li>○ ggf. Krampfanfälle</li> <li>○ ggf. Lähmungserscheinungen</li> <li>○ Gangschwäche und Gangunsicherheiten, Bewohner stolpert und fällt</li> <li>○ ggf. Bewusstlosigkeit</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Durchführung:</b></p>	<p>Informationssammlung</p>	<p>Wir sammeln alle wichtigen Informationen, die für die weitere Behandlung relevant sein könnten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hat der Bewohner eine Mahlzeit</li> </ul>

		<p>ausgelassen, nachdem er eine Insulininjektion erhalten hat?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hat der Bewohner zusätzliche Kohlenhydrate zu sich genommen, etwa in Form von fettiger Kost, Süßspeisen usw.?</li> <li>• Gibt es Anzeichen für eine Arzneimittelüberdosierung?</li> <li>• War der Bewohner hoher körperlicher Belastung ausgesetzt?</li> <li>• Stand der Bewohner unter ungewöhnlich hohem Stress?</li> <li>• Erlitt der Bewohner einen Schlaganfall?</li> <li>• Hat sich der Bewohner in den letzten Stunden übergeben? Hatte er Durchfall?</li> <li>• Liegt ein Diätfehler vor?</li> <li>• Hat der Bewohner die falschen oder keine Medikamente genommen?</li> <li>• War die Dosis zu niedrig?</li> <li>• Hat der Bewohner Medikamente eingenommen, die den BZ-Wert senken, wie etwa Beta-Blocker, Cumarine oder Sulfonamide?</li> <li>• Gibt es relevante Grunderkrankungen, also etwa Insulin produzierende Tumore, schwere Leber- oder Nierenfunktionseinschränkungen oder fortgesetzter Alkoholmissbrauch?</li> </ul>
	<p>Maßnahmen bei Überzuckerung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der BZ-Wert wird ermittelt.</li> <li>• Die Krankenhauseinweisung wird vorbereitet (laut Standard "Krankenhauseinweisung")</li> <li>• Die Vitaldaten werden ermittelt.</li> <li>• Der Notarzt wird alarmiert.</li> <li>• Ggf. wird auf ärztliche Anweisung Insulin verabreicht.</li> <li>• Bei nicht bewusstlosen Bewohnern: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Bewohner erhält ggf. ungesüßte Getränke.</li> <li>○ Der Bewohner wird davon abgehalten einzuschlafen.</li> </ul> </li> <li>• Bei bewusstlosen Bewohnern:</li> <li>• Der Bewohner wird vor Aspiration geschützt.</li> <li>• Der Bewohner wird in eine stabile Seitenlage gebracht.</li> </ul>
	<p>Maßnahmen bei Unterzuckerung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der BZ-Wert wird ermittelt.</li> <li>• Bei nicht bewusstlosen Bewohnern: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Bewohner erhält zwei BE schnell resorbierbaren Zucker.</li> </ul> </li> </ul>

		<p>Diese etwa aufgelöst in Tee, Fruchtsaft oder Zuckerwasser.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zusätzlich sollte der Bewohner zwei BE in Form von Brot oder Keksen zu sich nehmen, um ein späteres Absacken des BZ-Werts zu verhindern. Dieses vor allem in der Nacht.</li> <li>○ Bei der Zuckerzufuhr ist zu beachten, dass nach Möglichkeit Traubenzucker verwendet wird.</li> <li>○ 15 Minuten später wird die BZ-Messung wiederholt. Ggf. wird jetzt der Notarzt gerufen.</li> <li>○ Der Bewohner wird erst wieder allein gelassen, wenn er bei Bewusstsein ist und sich der Blutzucker normalisiert hat oder er vom Arzt behandelt wurde.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Bei bewusstlosen Bewohnern:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Bewohner wird in eine stabile Seitenlage gebracht.</li> <li>○ Der Notarzt wird alarmiert.</li> <li>○ Dem Bewohner wird ggf. ein Traubenzuckerplättchen in die Wangentasche gelegt.</li> <li>○ Dem Bewohner wird keinesfalls Flüssigkeit eingegeben, da der Schluckreflex ausgefallen ist.</li> <li>○ Ggf. erfolgt eine Glukagon-Injektion (i.m. oder subkutan)</li> <li>○ Sobald der Bewohner aufwacht, werden ihm zuckerhaltige Nahrungsmittel angeboten (siehe oben).</li> </ul> </li> </ul>	
	<p>Unterscheidung zwischen diabetischem Koma und hypoglykämischem Schock</p>	<p>diabetisches Koma</p>	<p>hypoglykämischer Schock</p>
		<p>Die Krankheit entwickelt sich langsam über Tage.</p>	<p>Der Schock tritt schnell auf, also mitunter binnen weniger Minuten.</p>
		<p>Der Bewohner ist sehr durstig.</p>	<p>Der Bewohner verspürt Heißhunger.</p>
		<p>Die Haut ist ausgetrocknet.</p>	<p>Die Haut ist kaltschweißig und feucht.</p>
		<p>Die Muskulatur ist entspannt.</p>	<p>Die Muskulatur ist angespannt. Der Bewohner entwickelt einen Tremor.</p>

		Die Atmung ist vertieft (bei ketoazidotischem Koma).	Die Atmung ist normal.
		Die Augäpfel sind weich und eingefallen.	Die Augäpfel sind normal.
		Der Bewohner ist fiebrig und hat Bauchschmerzen.	Es kommt zu zerebralen Krampfanfällen.
	Maßnahmen bei unbekannter Ursache	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn nicht klar ist, ob das Koma durch Über- oder Unterzuckerung verursacht wurde, wird niemals Insulin verabreicht. Stattdessen wird dem Bewohner Zucker oral verabreicht (Traubenzuckerstück in die Wangentasche) und der Notarzt alarmiert.</li> <li>• Wenn der Bewohner überzuckert ist, richtet der Traubenzucker keine weiteren relevanten Schäden an.</li> <li>• Eine Insulingabe bei Unterzuckerung jedoch ist häufig tödlich.</li> </ul>	
<b>Nachbereitung:</b>	allgemeine Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner wird in den nächsten 24 Stunden intensiv überwacht. Puls, Blutdruck und Bewusstsein werden engmaschig überprüft. Alle zwei Stunden wird eine Blutzuckerkontrolle durchgeführt, ggf. auch nachts.</li> <li>• In einer Fallbesprechung wird erörtert, wie die Entgleisung entstanden sein könnte und wie dieses in Zukunft verhindert werden kann.</li> <li>• Dem Bewohner werden in einem Beratungsgespräch noch einmal alle Verhaltensregeln erklärt, die aus dem Diabetes resultieren.</li> </ul>	
	Dokumentation	<p>Die Ereignisse werden dokumentiert. Wichtige Kriterien dafür sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beginn und Dauer der Krise</li> <li>• aufgetretene Symptome</li> <li>• eingeleitete Maßnahmen</li> <li>• Verlauf der Entgleisung</li> <li>• Kooperationsbereitschaft des Bewohners</li> <li>• Messwerte BZ, Puls, Blutdruck usw.</li> <li>• ggf. Zeitpunkt der Ankunft des Notarztes</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ggf. Verlegung in ein Krankenhaus</li> </ul>
	Prognose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei einer zeitlich begrenzten Unterzuckerung ist selbst bei einer Ohnmacht eine bleibende Schädigung unwahrscheinlich. In den meisten Fällen erholt sich der Bewohner schnell.</li> <li>• Eine länger andauernde Bewusstlosigkeit kann zu neurologischen Schäden mit entsprechenden Ausfällen führen.</li> <li>• Ein Bewohner, der in ein ketoazidotisches Koma fällt, wird dieses mit einer Wahrscheinlichkeit von 5 bis 20 Prozent nicht überleben.</li> <li>• Bei einem hyperosmolaren Koma steigt die Sterblichkeitsrate auf rund 30 Prozent.</li> </ul>
<b>Dokumente:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berichtsblatt</li> <li>• ärztliches Ordnungsblatt</li> <li>• Kommunikationsblatt mit dem Arzt</li> <li>• Pflegeplanung</li> </ul>	
<b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b>	alle Pflegekräfte	



<b>Pflege von Bewohnern mit akutem Abdomen</b>	
<b>Definition:</b>	<p>"Akutes Abdomen" bezeichnet eine zumeist plötzlich einsetzende Symptomatik im Bereich der Bauchhöhle. Ursache ist häufig eine lebensgefährliche Erkrankung, die eine zeitnahe medizinische Untersuchung und in vielen Fällen eine Notoperation erfordert. Das akute Abdomen lässt sich am besten von einem unklaren Abdomen unterscheiden durch die Schocksymptome und den Peritonismus (starke Schmerzen, Abwehrspannung des Bauches, zeigt sich als brettharter Bauch, oft auch aufgetrieben).</p> <p>Typische Auslöser für ein akutes Abdomen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• akute Entzündungen wie etwa             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ der Gallenblase (Cholezystitis)</li> <li>○ des Peritoneums (Peritonitis; "Bauchfellentzündung")</li> <li>○ des Pankreas (Pankreatitis)</li> <li>○ des Wurmfortsatzes (Appendizitis)</li> <li>○ der Wand eines Divertikels (Divertikulitis)</li> </ul> </li> <li>• Nierenkolik, Gallenkolik, Eingeweidebruch mit sackartiger Ausstülpung des parietalen Bauchfells (Hernie), Verschluss eines Hohlorgans (z.B. tumorbedingte Darmlähmung oder Darmverschluss), Verwachsungen nach früheren Operationen</li> <li>• Perforationen, wie etwa Magenulkus</li> <li>• Blutungen, etwa bei Milzruptur</li> <li>• Durchblutungsstörungen, etwa akuter Mesenterialinfarkt</li> <li>• Vergiftungen</li> <li>• Nebenwirkungen von Medikamenten</li> <li>• Folgen eines Sturzes</li> <li>• Ursachen außerhalb des Magen-Darm-Traktes, wie etwa             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Myokardinfarkt (Herzinfarkt), Entzündung des Perikards (Perikarditis),</li> <li>○ Entzündung des Lungenparenchyms (Pneumonie), Brustfellentzündung (Pleuritis), Ansammlung von Luft im Pleuraraum (Pneumothorax), Verschluss der arteriellen Lungenstrombahn (Lungenembolie)</li> <li>○ Aortenaneurysmen</li> <li>○ Bandscheibenvorfall, Wirbelkörperfraktur</li> <li>○ Hodentorsion</li> <li>○ akuter Harnverhalt</li> <li>○ erhöhte Konzentration von Glukose im Serum (Hyperglykämie), terminale Niereninsuffizienz (Urämie), Störung der Biosynthese von Häm (Porphyrie), maligne Erkrankung des blutbildenden Systems (Leukämie)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn hinreichende Anzeichen für ein akutes Abdomen sprechen, wird immer ein Notarzt gerufen. Die Folgen eines oder ggf. auch mehrerer Fehlalarme wiegen weniger schwer als eine verzögerte Behandlung bei einem echten Notfall.</li> <li>• Der Notruf erfolgt auch dann, wenn der Bewohner diesen nicht wünscht, etwa weil er die Gefährdung nicht korrekt einschätzt.</li> <li>• Bei einem akuten Abdomen geht es zwar um Minuten, dennoch</li> </ul>

	dürfen Maßnahmen nicht überhastet werden.	
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein akutes Abdomen wird schnell und korrekt erkannt.</li> <li>• Bis zum Eintreffen des Notarztes wird der Bewohner korrekt versorgt.</li> <li>• Die normale Magen-Darm-Funktion wird wieder hergestellt.</li> <li>• Der Bewohner erleidet keine Schmerzen.</li> </ul>	
<b>Vorbereitung:</b>	allgemeine Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die richtigen Maßnahmen bei einem akuten Abdomen werden regelmäßig im Rahmen der Erste-Hilfe-Ausbildung thematisiert.</li> <li>• Wir halten stets aktuelle Fachliteratur zu diesem Thema bereit.</li> </ul>
	Symptome	<p>Wir achten auf Symptome, die auf ein akutes Abdomen schließen lassen:</p> <p>primäre Symptome</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• akut auftretende und sehr heftige Bauchschmerzen</li> <li>• abdominale (muskuläre) Abwehrspannung</li> <li>• aufgetriebener Bauch</li> <li>• Schock</li> <li>• Kollapsneigung</li> </ul> <p>sekundäre Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchfall</li> <li>• Verstopfung</li> <li>• Unruhe</li> <li>• Kaltschweißigkeit</li> <li>• Veränderung der Hautfarbe hin zur Marmorierung oder Blässe</li> <li>• Angstzustände</li> <li>• Stuhl- und Darmgasverhalt</li> <li>• Verschlechterung des Allgemeinzustandes</li> <li>• Fieber</li> <li>• Exsikkose</li> <li>• Vermehrung der Leukozyten im Blut (Leukozytose)</li> <li>• Herzrhythmusstörung mit einem Anstieg der Herzfrequenz auf über 100/min (Tachykardie)</li> <li>• sinkender Blutdruck</li> </ul> <p>Weiteres</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Bewohnern mit einer Neuropathie,</li> </ul>

		<p>etwa in Folge eines Diabetes mellitus, kann das Schmerzempfinden deutlich herabgesetzt sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei dementiell verwirrten Bewohnern kann ein akutes Abdomen zumindest in der Anfangsphase leicht mit einem Verwirrungszustand verwechselt werden.</li> <li>• Mit einem Stethoskop kann eine Änderung der Darmperistaltik erkannt werden, etwa durch ein Glucksen oder andere ungewöhnliche Geräusche oder die Darmgeräusche fehlen komplett, etwa bei einer Darmlähmung.</li> <li>• Das Beklopfen der Bauchdecke muss vorsichtig geschehen. Wenn der Bewohner schon bei leichten Berührungen Schmerzen hat, ist dieses ein Anzeichen für eine Peritonitis ("Bauchfellentzündung"). Es besteht dann Lebensgefahr.</li> </ul>
<p><b>Durchführung:</b></p>	<p>pflegerische Maßnahmen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegekraft löst über die Rufanlage Alarm aus und ruft weitere Kollegen herbei.</li> <li>• Eine Pflegekraft alarmiert den Notarzt.</li> <li>• Eine Pflegekraft bleibt permanent beim Bewohner. Der Bewohner wird (soweit möglich) beruhigt.</li> <li>• Der Bewohner wird ins Bett gebracht.</li> <li>• Die Kniekehlen werden mit Unterlagen unterstützt, um damit den Bauch zu entlasten.</li> <li>• Ggf. wird der Oberkörper leicht erhöht gelagert.</li> <li>• Ggf. wird der Bewohner beim Erbrechen unterstützt.</li> <li>• Ggf. wird der Bewohner bei den Ausscheidungen im Bett unterstützt.</li> <li>• Bei Bewusstlosigkeit wird der Bewohner in eine stabile Seitenlage gebracht.</li> </ul>
	<p>Informationssammlung</p>	<p>Wir stellen für den Notarzt alle Informationen zusammen, die für die Diagnose und die Therapie relevant sein könnten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeinzustand des Bewohners</li> <li>• Vitalzeichen</li> <li>• Stuhlgang und Miktion</li> <li>• Atemnot</li> <li>• Anzeichen für eine Kreislaufzentralisierung (kühle und</li> </ul>

		<p>blasse Extremitäten)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umstände und Zeitpunkt des Schmerzbeginns</li> <li>• Charakter des Schmerzes             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ drückend</li> <li>○ zunehmend</li> <li>○ an- und abschwellend</li> <li>○ gleich bleibend</li> <li>○ dumpf</li> <li>○ stechend</li> <li>○ schneidend</li> <li>○ brennend</li> <li>○ ausstrahlend</li> <li>○ krampfartig</li> <li>○ kolikartig</li> <li>○ ziehend</li> <li>○ als Reaktion auf Druck</li> <li>○ abhängig von Bewegung</li> <li>○ abhängig von der Nahrungsaufnahme?</li> </ul> </li> <li>• Ursprungsort des Schmerzes und Bereiche, in die er ausstrahlt</li> <li>• Übelkeit, Erbrechen</li> <li>• Aufstoßen</li> <li>• Darmgeräusche</li> <li>• fehlende Darmgeräusche</li> <li>• Durchfall</li> <li>• vorhergehende ähnliche Erkrankungen</li> <li>• bekannte Erkrankungen der Geschlechtsorgane</li> <li>• bekannte Herzerkrankungen</li> <li>• vorherige operative Eingriffe im Bauchraum</li> <li>• Zeitpunkt, Art und Umfang der letzten Mahlzeit</li> <li>• regelmäßig eingenommene Medikamente</li> <li>• ggf. vorangegangener Sturz</li> </ul> <p>Soweit vorhanden werden die letzten Ausscheidungen (Urin, Stuhl, Erbrochenes) aufbewahrt und dem Notarzt gezeigt.</p>
	<p>kontraindizierte Maßnahmen</p>	<p>Verschiedene Maßnahmen müssen unbedingt unterbleiben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner erhält unter keinen Umständen ein Schmerzmittel. Wir raten ihm dringend von jeder Form der Selbstmedikation ab.</li> <li>• Analgetika würden die ärztliche Diagnostik massiv stören. Streng kontraindiziert sind insbesondere alle Opiate.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner erhält weder Lebensmittel noch Flüssigkeit.</li> </ul>
<b>Nachbereitung:</b>	nach Abfahrt des Bewohners im Krankenwagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Ereignis wird sorgfältig dokumentiert.</li> <li>• Die Pflegedienstleitung und die Heimleitung werden (sofern noch nicht geschehen) informiert.</li> <li>• Ggf. werden die Angehörigen informiert.</li> </ul>
	Ausblick	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die meisten Krankheiten, die ein akutes Abdomen auslösen, sind zeitkritisch. Wenn also frühzeitig ein Notarzt gerufen wird, hat der Bewohner gute Chancen, dass ihm Folgeschäden erspart bleiben.</li> </ul>
<b>Dokumente:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berichtsblatt</li> <li>• Vitaldatenblatt</li> <li>• Medikamentenblatt</li> </ul>	
<b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alle Pflegekräfte</li> </ul>	

**Notfallstandard "Hämatemesis, Teerstuhl und Blutstuhl"****Definition:**

- Anhand des Aussehens von Stuhl oder Erbrochenem können Rückschlüsse auf etwaige Schädigungen im Magen-Darm-Trakt gezogen werden. In Frage kommen:
  - Tumore
  - Geschwüre, etwa im Magen oder im Zwölffingerdarm (Ulkuskrankheit)
  - Entzündungen, etwa in der Speiseröhre oder im Dickdarm
  - Krampfadern, etwa in der Speiseröhre, Hämorrhoiden
  - Störungen der Blutgerinnung
  - Medikamentennebenwirkungen
- Unterscheidung:
  - Eine sog. "obere Gastrointestinalblutung" liegt vor, wenn die Blutung in der Speiseröhre, im Magen oder im oberen Dünndarm vorkommt.
  - Eine sog. "untere Gastrointestinalblutung" liegt vor, wenn die Blutung im unteren Dünndarm, im Dickdarm, im Enddarm oder im After auftritt.
- Blutausscheidung per Erbrechen (sog. "Hämatemesis"):
  - Der erbrochene Mageninhalt hat oft Ähnlichkeit mit "Kaffeesatz". Auslöser ist dann ein Geschwür oder ein Tumor im Bereich des Magens oder des Zwölffingerdarms. Neun von zehn Gastrointestinalblutungen sind in diesem Bereich lokalisiert.
  - Wird hell-flüssiges Blut erbrochen, liegt die Ursache oft bei Tumoren oder Verletzungen der Speiseröhre. Als Auslöser kommen auch Ösophagusvarizen in Frage. Entleert der Bewohner große Mengen Blut, liegt oft eine Massenblutung durch ein Magengeschwür vor.
- Blutausscheidung über den Darm
  - Wird das Blut über den Darm ausgeschieden, so entsteht zumeist Teerstuhl ("Meläna"); eine schwarze und glänzende Stuhlmasse mit klebriger Konsistenz. Ausgelöst wird diese Teerstuhl-Symptomatik durch Gefäßverletzungen im Nasen-Rachen-Raum, in der Speiseröhre, im Magen sowie im oberen Abschnitt des Zwölffingerdarms.
  - Liegt die Schädigung in tieferen Darmbereichen, wird kein Teerstuhl gebildet, da hier keine Säure mehr auftritt. Ein solcher analer Abgang von rotem Blut wird "rote Darmblutung" oder "Hämatochezie" genannt.
  - Wenn das Blut auf der Stuhlmasse lediglich aufgelagert ist und es zudem frisch und hellrot wirkt, können verletzte Hämorrhoiden oder Tumore im Mastdarmbereich die Ursache sein.
- Hinweis: Die Lokalisierung der Blutungsquelle ist schwierig.
  - Teerstuhl ist kein sicherer Hinweis auf die Lokalisation einer Schädigung, da er sich auch ohne Kontakt zu Magensäure bilden kann. Bleibt das Blut länger als acht Stunden im Darm, zersetzt es sich ebenfalls und färbt sich schwarz.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Andererseits kann bei oberen Gastrointestinalblutungen die Bildung von Teerstuhl trotz Kontakt mit Magensäure ausbleiben, wenn die Schädigung so umfangreich ist, dass sehr viel Blut einströmt.</li> <li>○ Wenn Blut im Stuhl oder im Erbrochenen gefunden wird, bedeutet das nicht zwingend, dass die Blutungsquelle im Magen-Darm-Bereich liegt. Oftmals wird das Symptombild durch ein verletztes Gefäß im Nasen-Rachen-Raum ausgelöst.</li> </ul>	
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn hinreichende Anzeichen für einen Notfall sprechen, wird immer ein Notarzt gerufen. Die Folgen eines oder ggf. auch mehrerer Fehlalarme wiegen weniger schwer als eine verzögerte Behandlung bei einem echten Notfall.</li> <li>• Der Notruf erfolgt auch dann, wenn der Bewohner diesen nicht wünscht, etwa weil er die Gefährdung nicht korrekt einschätzt.</li> <li>• Die schriftliche Patientenverfügung wird beachtet, insbesondere bei Reanimationen.</li> </ul>	
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Leben des Bewohners wird geschützt.</li> <li>• Der Notfall wird schnell und korrekt erkannt.</li> </ul>	
<b>Vorbereitung:</b>	Allgemeines	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Leben des Bewohners wird geschützt.</li> <li>• Der Notfall wird schnell und korrekt erkannt.</li> <li>• Wir empfehlen dem Bewohner, die eigene Stuhlausscheidung zu überwachen und Auffälligkeiten an die Pflegekraft zu melden.</li> <li>• Die richtigen Maßnahmen bei derartigen Blutausscheidungen werden regelmäßig im Rahmen der Erste-Hilfe-Ausbildung thematisiert.</li> <li>• Wir halten stets aktuelle Fachliteratur zu diesem Thema bereit.</li> </ul>
<b>Durchführung:</b>	Ausschluss anderer Ursachen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir prüfen, ob es andere Ursachen für eine Stuhlverfärbung gibt.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hat der Bewohner Blutwurst, Rotwein, Johannisbeeren, Rote Bete, Blaubeeren oder Spinat gegessen?</li> <li>○ Erhält der Bewohner Kohletabletten, Wismutpräparate oder Eisentabletten?</li> </ul> </li> <li>• Wenn die hier angegebenen alternativen Auslöser zweifelsfrei gegeben sind, sehen wir ggf. von</li> </ul>

		<p>der Alarmierung des Notarztes ab. Maßgeblich für diese Entscheidung ist der Allgemeinzustand des Bewohners. Ansonsten werden die hier folgenden Notfallmaßnahmen eingeleitet.</p>
	<p>Notfallmaßnahmen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir informieren den Notarzt über den Gesundheitszustand des Bewohners und bereiten uns auf die Krankenhauseinweisung vor.</li> <li>• Die Vitaldaten werden ermittelt, insbesondere Puls, Blutdruck, Atmung und Bewusstseinslage. Wir achten insbesondere auf Schocksymptome wie schneller und flacher Puls, niedriger Blutdruck und Bewusstseinsstörungen. Weitere Symptome können Schwindel, Atemnot und eine auffallend blasse Gesichtsfarbe sein.</li> <li>• Der Bewohner darf keine Flüssigkeit oder Nahrung zu sich nehmen, da er ggf. in kurzer Zeit operiert wird.</li> <li>• Eine Pflegekraft bleibt stets beim Bewohner und beruhigt ihn.</li> <li>• Der Oberkörper wird flach gelagert. Die Beine werden hochgelagert, sofern keine Herzkrankheiten bekannt sind.</li> </ul>
	<p>Verhalten bei Bluterbrechen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegekraft zieht Schutzkleidung an. Dazu zählen insbesondere Einmalhandschuhe.</li> <li>• Der Bewohner wird aufgefordert, sich in eine aufrechte Position zu bringen. Ggf. wird er dabei unterstützt.</li> <li>• Falls sich der Bewohner eigenständig nicht in aufrechter Position halten kann, wird das Kopfteil des Bettes aufgestellt und der Bewohner mit Kissen unterstützt.</li> <li>• Falls möglich, wird dem Bewohner vor dem Erbrechen die Zahnprothese entnommen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass das Gebiss aus dem Mund heraus fällt.</li> <li>• Falls sich der Bewohner aufgrund einer Krankheit nicht aufsetzen darf</li> </ul>



		<p>oder bewusstlos ist, wird er in eine stabile Seitenlage gebracht und der Kopf zur Seite gedreht.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ggf. wird die Kleidung des Bewohners gelockert. Sie wird falls möglich mit Zellstoff vor Verschmutzung geschützt.</li> <li>• Der Bewohner wird aufgefordert, ruhig und gleichmäßig zu atmen.</li> <li>• Falls notwendig, wird der Bewohner abgesaugt.</li> <li>• Sofern es der Bewohner nicht bis zur Toilette schafft, wird ihm eine Nierenschale bereitgestellt.</li> <li>• Wir halten für den Bewohner feuchte Tücher zur Reinigung bereit.</li> <li>• Das Erbrochene wird nicht entsorgt, sondern in einer Schale gesammelt und dem Notarzt gezeigt.</li> </ul>
	<p>Verhalten bei blutigem Stuhl</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegekraft zieht Schutzkleidung an. Dazu zählen insbesondere Einmalhandschuhe.</li> <li>• Eine Stuhlprobe wird aufbewahrt und dem Notarzt gezeigt. Wir nutzen ggf. ein Steckbecken.</li> </ul>
	<p>Informationssammlung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir stellen für den Notarzt alle relevanten Informationen zusammen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nimmt der Bewohner Gerinnungshemmer ein (z.B. Marcumar)?</li> <li>○ Erhält der Bewohner Medikamente, die die Entstehung eines Ulkus fördern, etwa Azetylsalizylsäure?</li> </ul> </li> <li>• Wir bedenken, dass Teerstuhl erst einige Stunden nach Entstehung der Wunde auftritt. Wir "rechnen" also zurück: Klagte der Bewohner unlängst über relevante Beschwerden, etwa beim Essen? Gab es andere ungewöhnliche Beobachtungen?</li> </ul>
	<p>weitere Maßnahmen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Ankunft des Rettungstransportwagens und des Notarztes wird der Arzt ausführlich eingewiesen.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Dokumente werden übergeben.</li> <li>• Alle weiteren im Standard "Krankenhauseinweisung" beschriebenen Maßnahmen werden umgesetzt.</li> </ul>
<b>Nachbereitung:</b>	weitere Maßnahmen nach Abfahrt des Bewohners im Rettungstransportwagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Ereignis wird sorgfältig dokumentiert.</li> <li>• Die Pflegedienstleitung und die Heimleitung werden (sofern noch nicht geschehen) informiert.</li> <li>• Der Verlauf der Geschehnisse von den ersten Symptomen bis zum Eintreffen des Notarztes wird im Team noch einmal besprochen. Ziel ist es, ggf. aufgetretene Versäumnisse zu identifizieren.</li> <li>• Alle Flächen, die mit Blut, mit Stuhl oder mit Erbrochenem in Kontakt gekommen sind, werden sorgfältig desinfiziert. Die Pflegekraft führt eine hygienische Händedesinfektion durch.</li> </ul>
	Prognose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jede Gastrointestinalblutung ist möglicherweise lebensgefährlich. Die Letalität liegt bei fünf bis zehn Prozent.</li> </ul>
<b>Dokumente:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berichtsblatt</li> <li>• Fragen an den Arzt</li> </ul>	
<b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alle Mitarbeiter</li> </ul>	

<b>Pflegestandard "Vorgehen bei akuter Verwirrtheit"</b>			
<b>Definition:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akute Verwirrtheit beschreibt unvermittelt auftretende Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der kognitiven Fähigkeiten, des Bewusstseins oder des Tag-Nacht-Rhythmus. Im Gegensatz zur chronischen Verwirrtheit besteht das Krankheitsbild zumeist nur wenige Stunden oder Tage.</li> <li>• Auslöser der Verwirrtheit ist häufig eine Funktionsbeeinträchtigung des Gehirns, die ihre Ursache wiederum in verschiedensten Erkrankungen oder Störungen haben kann. Wenn dieser Auslöser erkannt und beseitigt wurde, lässt zumeist auch die Verwirrtheit wieder nach. Allerdings ist eine akute Verwirrtheit ein Warnzeichen für eine sich entwickelnde dementielle Erkrankung.</li> <li>• Männer sind häufiger von der akuten Verwirrtheit betroffen als Frauen. Das Risiko steigt außerdem mit dem Lebensalter, insbesondere sobald der Bewohner älter als 80 Jahre ist.</li> <li>• Eine gezielte Behandlung ermöglicht in 19 von 20 Fällen eine deutliche Verbesserung oder Heilung der akuten Verwirrtheit.</li> </ul>		
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mit der Diagnose "Verwirrtheit" ist stets vorsichtig umzugehen. Allzu leicht werden auch solche Bewohner als "verwirrt" bezeichnet, deren Verhalten lediglich von der Norm abweicht und als unangemessen empfunden wird.</li> <li>• Eine akute Verwirrtheit ist eine ernstzunehmende Symptomatik und keine unvermeidliche Begleiterscheinung des Alterns. In jedem Fall muss der Auslöser ärztlich abgeklärt werden.</li> <li>• Eine akute Verwirrtheit lässt sich im Frühstadium aussichtsreicher behandeln. Daher achten wir aufmerksam auf alle Anzeichen und nehmen diese ernst.</li> <li>• Wenn die akute Verwirrtheit von Aggressionsschüben begleitet wird, wägen wir stets die Interessen des Bewohners mit jenen seiner Mitbewohner und unserer Mitarbeiter ab. Ggf. prüfen wir die Überweisung in eine geeignete psychiatrische Facheinrichtung.</li> </ul>		
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Ursachen für die akute Verwirrtheit werden erkannt und behandelt.</li> <li>• Der Bewohner ist wieder orientiert.</li> <li>• Komplikationen werden vermieden.</li> <li>• Der Bewohner hat einen entspannten Schlaf.</li> <li>• Der Bewohner gefährdet weder sich selbst noch andere Personen.</li> <li>• Der Bewohner hat keine Ängste.</li> <li>• Der Bewohner nutzt die ihm verbliebenen Ressourcen für ein möglichst selbständiges Leben.</li> </ul>		
<b>Vorbereitung:</b>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">Wir achten intensiv auf Symptome, die für eine einsetzende akute Verwirrtheit sprechen.</td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">zeitliche Verwirrung:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• veränderter Tag- und Nachtrhythmus, insbesondere</li> </ul> </td> </tr> </table>	Wir achten intensiv auf Symptome, die für eine einsetzende akute Verwirrtheit sprechen.	zeitliche Verwirrung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• veränderter Tag- und Nachtrhythmus, insbesondere</li> </ul>
Wir achten intensiv auf Symptome, die für eine einsetzende akute Verwirrtheit sprechen.	zeitliche Verwirrung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• veränderter Tag- und Nachtrhythmus, insbesondere</li> </ul>		

		<p>Unruhe in der Nacht und Schläfrigkeit am Tag</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergessen der Essenszeiten</li> <li>• Nichteinhalten von Verabredungen</li> </ul>
		<p>örtliche Verwirrung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeinschaftsräume oder Toiletten werden nicht gefunden.</li> <li>• Nichtzurechtfinden im eigenen Zimmer</li> <li>• Verlegen von Gegenständen und grundlose Diebstahlsvorwürfe gegen Mitbewohner oder Pflegekräfte</li> </ul>
		<p>personelle Verwirrtheit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitbewohner und Pflegekräfte werden verwechselt</li> <li>• Angehörige werden nicht erkannt</li> <li>• der eigene Name wird vergessen</li> </ul>
		<p>Verlust von anderen Fähigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lang- und Kurzzeitgedächtnis sind gestört.</li> <li>• Wortfindungsprobleme, Schwierigkeiten bei der Satzbildung oder vollständiger Verlust der Sprachfähigkeit</li> <li>• allgemeine Konzentrationsprobleme</li> <li>• zeitweilige Inkontinenz</li> </ul>
	Prophylaxemaßnahmen	<p>Der Standard Dehydratationsprophylaxe wird sorgfältig ausgeführt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir setzen das Konzept der Bezugspflege um, halten damit also die Zahl der Bezugs- und Pflegepersonen möglichst gering.</li> <li>• Ein neuer Bewohner wird sorgfältig mit dem Leben im Heim vertraut gemacht.</li> <li>• Alle Pflegekräfte stellen sich ihm in den folgenden Wochen ggf. mehrfach mit Namen vor.</li> <li>• Wir fördern die sozialen Kontakte unter den Bewohnern.</li> <li>• Wir führen ggf. ein Realitäts-</li> </ul>

		<p>Orientierungs-Training durch.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir vermeiden Bettlägerigkeit durch geeignete Mobilisierungsmaßnahmen.</li> <li>• Wir geben unseren Bewohnern eine laufende zeitliche Orientierung, etwa durch Abreißkalender, große Uhren und jahreszeitliche Gestaltung der Wohnbereiche.</li> </ul>
	<p>Sammlung von Informationen</p>	<p>Wir sammeln relevante Informationen über die akute Verwirrtheit und stellen diese dem Hausarzt zur Verfügung. Etwa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trat die Verwirrung plötzlich auf?</li> <li>• Wann wurde die Verwirrung das erste Mal bemerkt?</li> <li>• Wie entwickelte sich das Krankheitsbild seitdem?</li> <li>• Wir prüfen, über welche Ressourcen der Bewohner verfügt:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reagiert der Bewohner, wenn er angesprochen wird?</li> <li>○ Nimmt der Bewohner Blickkontakt auf?</li> <li>○ Antwortet der Bewohner verständlich und sinnvoll auf Fragen?</li> <li>○ Erkennt der Bewohner die Pflegekräfte und andere Bezugspersonen?</li> <li>○ Ist der Bewohner örtlich orientiert?</li> <li>○ Ist der Bewohner zeitlich orientiert?</li> <li>○ Ist das Langzeitgedächtnis intakt?</li> <li>○ Ist das Kurzzeitgedächtnis intakt?</li> <li>○ Ist der Bewohner in der Lage, sich selbst anzuziehen?</li> <li>○ Ist der Bewohner in der Lage, eigenständig zu essen?</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Durchführung:</b></p>		
<p>Wir prüfen stets, ob das Symptombild das Rufen des Arztes oder eines Notarztes rechtfertigt. Wenn es hinreichende Gründe gibt, die für organische Ursachen sprechen, ist immer eine zeitnahe medizinische Untersuchung geboten. Wir vermeiden damit, dass bei</p>		

schweren Erkrankungen, wie etwa einer Hirnschädigung, wertvolle Zeit vergeudet wird.

Folgende Sofortmaßnahmen sind bei einer plötzlich auftretenden akuten Verwirrtheit unverzichtbar:

- Alle Vitalzeichen werden kontrolliert.
- Bei Anzeichen für Exsikkose wird dem Bewohner etwas zu trinken angeboten.
- Der Arzt wird informiert. Wir teilen ihm die Vitaldaten mit und beschreiben das Verhalten des Bewohners.
- Der Bewohner wird bis zum Eintreffen des Arztes nicht aus den Augen gelassen.
- Wir beruhigen den Bewohner.
- In regelmäßigen Abständen wird die Bewusstseinslage des Bewohners kontrolliert.

Pflegemaßnahmen:

Abhängig von den jeweiligen Symptomen wählen wir in enger Absprache mit dem Hausarzt die passenden Pflegemaßnahmen.

Symptome	mögliche Ursache	Maßnahmen
trockene Zunge ausgetrocknete Mundschleimhäute beschleunigter Puls Fieber Gewichtsverlust konzentrierter und verminderter Urin verstärktes Durstgefühl Erbrechen Schwitzen Durchfall	Exsikkose	Flüssigkeit zuführen Trinkverhalten beobachten Trinkplan erstellen Ein- und Ausfuhen bilanzieren ggf. stationäre Infusionstherapie
Krämpfe Erregungszustände lederartige Zunge Juckreiz Schwellungen flache Atmung	Funktionsstörungen der Niere oder Leber erhöhte Blutfettwerte	Einweisung in ein Krankenhaus

<p>Bewusstseinsstörungen Schwächegefühl blasse Hautfärbung Schwankungen der Pulsfrequenz und des Blutdrucks Atemnot</p>	<p>Durchblutungsstörungen im Gehirn oder Sauerstoffmangelversorgung. Verursacht etwa durch:  Herzerkrankungen  Degeneration der hirnnahen Blutgefäße  Blutdruckschwankungen, insbesondere verminderter nächtlicher Blutdruck  Atemwegserkrankungen</p>	<p>Frischluftezufuhr  durchblutungssteigernde Präparate  ggf. dem Bewohner auch abends Kaffee anbieten</p>
<p>Schwitzen Heißhunger Appetitlosigkeit Unruhezustände Herzrasen</p>	<p>Stoffwechselstörungen, also etwa:  Flüssigkeitsmangel  Störung des Elektrolythaushaltes  Unterzuckerung, vor allem wenn die letzte Mahlzeit lange zurückliegt  Überzuckerung bei Bewohnern, die an Diabetes mellitus leiden  Niereninsuffizienz oder Harnvergiftung  Störung im Säure-Basen-Haushalt (Alkalose oder Azidose)</p>	<p>Bewohner beruhigen  Blutzucker bestimmen  geeignete Lebensmittel zuführen  Prüfung, ob die Zeitspanne zwischen dem Abendessen und dem Frühstück zu groß ist und eine Zwischenmahlzeit notwendig wäre  Eine eventuell notwendige Spätmahlzeit sollte leicht verdaulich sein, etwa Mus oder Jogurt.</p>
<p>Halluzinationen Übelkeit Ekzeme</p>	<p>Medikamenteneinfluss, etwa in Folge von Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Missbrauch oder Überdosierung. Dieses tritt vor allem auf bei:  Beruhigungsmitteln (Sedativa)  Schlafmitteln (Hypnotika)  schmerzstillenden Arzneimitteln (Analgetika)</p>	<p>Prüfung, ob die Medikamente in der richtigen Dosis zur richtigen Zeit eingenommen werden  Prüfung, ob ein zeitlicher Zusammenhang zwischen Verwirrung und Medikamenteneinnahme besteht, ggf. Zeitpunkt variieren  Prüfung, ob der Bewohner Medikamente hortet und versteckt</p>

		Prüfung, ob der Bewohner eine Alkoholfahne hat
<p>Fieber</p> <p>Schwitzen oder Frieren</p> <p>Husten, Schnupfen</p> <p>Atemprobleme</p> <p>Kopfschmerzen</p> <p>Schmerzen beim Wasserlassen</p>	<p>akute Infektionen, etwa</p> <p>Atemwegsinfektionen</p> <p>Harnwegsinfektionen</p>	<p>Vitalzeichen ermitteln</p> <p>Antibiotikaeinsatz</p>
<p>Stolpern</p> <p>Unsicherheit</p> <p>verbale Missverständnisse</p>	<p>Seh- oder Hörbehinderung</p>	<p>Kontrolle, ob eine bislang unerkannte Sehschwäche vorliegt</p> <p>Prüfung, ob die Brille eine aktuelle Stärke hat</p> <p>Funktionsprüfung des Hörgerätes</p> <p>Versorgung mit einer geeigneten Gehhilfe</p>
<p>Depressionen</p> <p>Angstzustände</p> <p>Reizbarkeit</p> <p>ggf. Aggressivität</p>	<p>psychosoziale Belastungen, etwa:</p> <p>unlängst erfolgter Umzug in die Pflegeeinrichtung</p> <p>gesundheitliche Verschlechterungen, vor allem in Kombination mit chronischen Schmerzen</p> <p>Verlust einer nahe stehenden Person</p>	<p>verbesserte persönliche Betreuung, mehr Zuwendung durch Hautkontakt und Aufmerksamkeit</p> <p>Bewohner zu mehr körperlicher Aktivität anregen</p> <p>Reizüberflutung vermeiden, etwa durch Fernseher, Radio oder Stimmengewirr</p> <p>Im Zimmer des Bewohners sollten möglichst wenig Veränderungen vorgenommen werden, etwa Umstellen des Bettes</p>
<p>spezielle Maßnahmen bei nächtlicher Verwirrtheit</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir ermitteln die Vitaldaten</li> <li>• Bei niedrigem Blutdruck bieten wir dem Bewohner eine Tasse Bohnenkaffee an. Ansonsten sollte der Bewohner auf dieses Genussmittel und auch auf schwarzen Tee und Alkohol verzichten oder diese nur in der ersten Tageshälfte zu sich nehmen.</li> </ul>	



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sofern gerichtlich genehmigt oder selbst gewünscht wird das Bettgitter hochgefahren.</li> <li>• Ggf. bieten wir dem Bewohner eine Zwischenmahlzeit an.</li> <li>• Ggf. wird der Bewohner in der Nacht mit Inkontinenzmaterial versorgt.</li> <li>• Wir vermeiden den Einsatz von Bedarfsmedikamenten. Schlafmittel sollten nicht nach 22 Uhr verabreicht werden, da der Bewohner sonst am nächsten Tag schläfrig wäre.</li> <li>• Sturzgefährdete Bewohner sollten keine Schlafmittel erhalten. Hier sind Entspannungsübungen vorzuziehen.</li> <li>• Ggf. erhält der Bewohner warme Milch, um leichter einschlafen zu können.</li> <li>• Ein Dämmerlicht hilft dem Bewohner bei der Orientierung und beugt Angstzuständen vor.</li> </ul>
weitere Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüfung, ob der Bewohner sich oder andere im Straßenverkehr gefährdet.</li> <li>• Ggf. kann eine akute Verwirrtheit auch von einem Entzug suchterregender Stoffe verursacht werden.</li> <li>• Wenn ein akut verwirrter Bewohner in ein Krankenhaus eingeliefert werden muss, sorgen wir dafür, dass er einige vertraute Gegenstände um sich hat. Etwa:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fotos von Angehörigen, Freunden, Haustieren usw.</li> <li>○ eigene Handtücher</li> <li>○ vertraute Bettwäsche</li> <li>○ Körperpflegemittel</li> </ul> </li> </ul>
<b>Nachbereitung:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle gewonnenen Informationen werden in der Pflegedokumentation festgehalten und die Ergebnisse dem Arzt mitgeteilt.</li> <li>• Die Pflege von Bewohnern, die Psychopharmaka nehmen, wird regelmäßig in Fallbesprechungen thematisiert.</li> <li>• Die Pflegeplanung wird regelmäßig aktualisiert.</li> <li>• Alle für die medizinische Behandlung relevanten Informationen werden an den Arzt weitergeleitet.</li> </ul>
<b>Dokumente:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegedokumentation</li> </ul>
<b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegefachkräfte</li> </ul>

<b>Standard "Pflege und Betreuung von aggressiven Senioren"</b>	
<b>Definition:</b>	<p>Ein Bewohner ist aggressiv, wenn er ein Verhalten zeigt, durch das andere Menschen körperlich, seelisch oder sexuell verletzt werden können. Gesteigerte Aggressivität ist ein Symptom verschiedener Krankheitsbilder, insbesondere bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• manischen Bewohnern</li> <li>• Schizophrenie in Kombination mit Paranoia</li> <li>• organischen Psychosen, etwa als Folge von Demenz oder Alkoholmissbrauch</li> <li>• bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen</li> <li>• dissozialer Persönlichkeitsstörung (auch "antisoziale Persönlichkeitsstörung")</li> </ul> <p>Bei depressiven Bewohnern oder Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung kann es zudem häufig auch zu Autoaggressionen kommen.</p>
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewaltvermeidung hat stets oberste Priorität.</li> <li>• Auch Bewohner mit Gewaltverhalten sind wertvolle Mitglieder unserer Hausgemeinschaft. Sie sind aber stets auch eine potentielle Gefahr für sich selbst und andere. Daher ist ein permanentes Maß an Vorsicht unverzichtbar.</li> <li>• Gewalt ist kein Tabuthema. Wir sprechen dieses Problem offen an und verheimlichen es nicht.</li> <li>• Wir arbeiten eng mit Hausärzten und Selbsthilfegruppen zusammen.</li> <li>• Wir halten es für notwendig, Aggressivität ganzheitlich zu behandeln. Medikamente sind dabei nur eine Säule. Ebenso wichtig sind therapeutische Gespräche, sozialpsychiatrische Betreuung und Beschäftigungstherapie.</li> <li>• Körperliche Gewalt und Fixierungen sind immer als allerletztes Mittel zu wählen und keinesfalls zu disziplinarischen Zwecken.</li> <li>• Unsere Möglichkeiten zur Betreuung von aggressiven Bewohnern sind begrenzt. Wenn unsere Mittel nicht reichen, prüfen wir eine Überstellung des Bewohners an eine Fachklinik. Dieses ist insbesondere dann der Fall, wenn der Kranke eine Gefahr für andere Bewohner oder Mitarbeiter unserer Einrichtung darstellt.</li> </ul>
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In unserer Einrichtung herrscht ein angstfreies Klima.</li> <li>• Der Bewohner ist in der Lage, seine aggressiven Impulse zu kontrollieren.</li> <li>• Der Bewohner verzichtet auf jede Form der Gewalt.</li> <li>• Der Bewohner erkennt, dass er seinen Mitmenschen seelischen oder gar körperlichen Schaden zufügt.</li> <li>• Der Bewohner, seine Mitbewohner und Pflegekräfte bleiben unversehrt.</li> </ul>
<b>Vorbereitung:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unser Team wird regelmäßig zum Thema Gewaltprävention fortgebildet.</li> <li>• Wir halten stets aktuelle Fachliteratur zum Thema Gewaltprävention bereit.</li> <li>• Der Umgang mit aggressiven Bewohnern wird regelmäßig in</li> </ul>

	<p>Rollenspielen geübt. Insbesondere erwarten wir, dass erfahrene Pflegekräfte ihr Wissen an jüngere Kollegen weitergeben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggressive Bewohner erhalten eine geschulte und erfahrene Bezugspflegekraft. Diese sollte nach Möglichkeit nicht wechseln. Bei der Zuteilung ist darauf zu achten, dass kein Mitarbeiter für unangemessen viele verhaltensauffällige Bewohner zuständig ist.</li> <li>• Falls ein oder mehrere Bewohner potentiell gewalttätig sind, wird das Team auf Zwischenfälle vorbereitet. Dazu zählen insbesondere:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ technische Einweisung in das Alarm- und Sicherheitssystem</li> <li>○ Prüfung, ob ein funkgesteuertes mobiles Notrufsystem sinnvoll ist.</li> </ul> </li> <li>• Wir beachten, dass der bauliche Zustand einer Einrichtung Einfluss auf Aggressionen haben kann. In einer gut gepflegten Einrichtung sind weniger Zwischenfälle zu erwarten als in einer heruntergekommenen Umgebung.</li> <li>• Keine Pflege- oder Betreuungsmaßnahme erfolgt gegen den Willen des Bewohners. Wenn sich etwa ein Bewohner nicht waschen (lassen) will oder die Nahrung verweigert und dieses seine Gesundheit nicht gefährdet, so wird diese Willensbekundung beachtet.</li> <li>• Wir kontrollieren regelmäßig, ob die verordneten Medikamente aggressionssteigernde Nebenwirkungen haben.</li> <li>• In den ersten Wochen nach dem Umzug nehmen wir uns besonders viel Zeit, um mit dem neuen Bewohner zu sprechen. Dieser wird ermuntert, sich an unserem Freizeitprogramm zu beteiligen.</li> <li>• Wir versuchen, Alkoholmissbrauch durch Bewohner zu verhindern.</li> <li>• Nicht jede Meinungsverschiedenheit unter Bewohnern sollte von Pflegekräften sofort geschlichtet werden. Pflegekräfte sollten erst dann einschreiten, wenn die Situation außer Kontrolle zu geraten droht. Also:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ verbale Aggressivität</li> <li>○ sexuelle Belästigung</li> <li>○ Demütigungen, öffentliches Lächerlichmachen und Kränkungen</li> <li>○ soziale Ausgrenzung von Bewohnern, Ausschluss von Gemeinschaftsaktivitäten</li> </ul> </li> <li>• Wir befragen die Angehörigen nach "Reizthemen", die den Bewohner emotional belasten könnten. Diese werden in der Pflegedokumentation vermerkt. Wichtig ist auch zu klären, inwieweit Gewalt Teil des bisherigen Lebensweges war.</li> <li>• Das Verhalten des Bewohners wird in Fallbesprechungen sorgfältig thematisiert. Wichtig sind insbesondere             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Faktoren, die das aggressive Verhalten offenbar fördern oder hemmen.</li> <li>○ Frühwarnzeichen (etwa Mimik oder Gestik), die auf ein baldiges aggressives Verhalten hindeuten.</li> <li>○ "bevorzugte" Tageszeiten für aggressives Verhalten.</li> <li>○ Die Maßnahmen innerhalb des Pflegeteams werden genau abgesprochen. Es ist wichtig, dass alle Pflegekräfte einheitlich handeln. Jeder Mitarbeiter muss wissen, welche Verhaltensweisen eines Bewohner toleriert werden und welche nicht.</li> </ul> </li> </ul>	
<p>Durchführung:</p>	<p>Maßnahmen zur allgemeinen Aggressionsverminderung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir versuchen ein Klima zu schaffen, in dem sich jeder Bewohner akzeptiert und angenommen fühlen darf. Wir ermöglichen ihm ein weitgehend selbst bestimmtes Leben.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir achten auf ein gutes Arbeitsklima. Spannungen unter den Pflegekräften und insbesondere ein rauer Umgangston können sich auf die Senioren übertragen.</li> <li>• Unverzichtbar sind Rückzugsmöglichkeiten für Bewohner, insbesondere wenn diese in einem Zweibettzimmer leben. Dazu zählt etwa ein Garten oder eine Bibliothek.</li> <li>• Dauerhafter Lärm kann Aggressionen auslösen und wird daher vermieden. Dazu zählen Straßenlärm, Lärm aus der Hauswirtschaft usw.</li> <li>• Eine Reizüberflutung des Bewohners wird vermieden. Insbesondere werden unnötig laufende Fernseher und Radios ausgeschaltet.</li> <li>• Wir vermeiden weitere aggressionsauslösende Faktoren, etwa:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ unangenehme Gerüche</li> <li>○ Hitze, insbesondere Temperaturen über 25°C</li> <li>○ unbekannte Geräusche</li> <li>○ Unterzuckerung oder Hunger</li> <li>○ Atemnot</li> <li>○ Austrocknung</li> <li>○ Harnverhalt</li> <li>○ hoher Blutdruck</li> <li>○ Schilddrüsenüberfunktion</li> <li>○ Arzneimittel, insbesondere Nootropika, aktivierende Antidepressiva oder Coffein-Produkte.</li> <li>○ morgendlicher Stress, wenn der Bewohner noch verlangsamt reagiert</li> <li>○ unnötige Störungen in der Nacht</li> <li>○ mangelhafte Schmerzbehandlung</li> <li>○ bedrohlich wirkende Pflegemaßnahmen, wie etwa das unangekündigte Einführen von Schläuchen</li> </ul> </li> <li>• Aggressives Verhalten darf nicht durch unverhältnismäßige Aufmerksamkeit "belohnt" werden. Dieses führt beim verhaltensauffälligen Bewohner zu einem Lerneffekt. Zudem würden stille und zurückhaltende Bewohner ins Hintertreffen geraten.</li> <li>• Wir prüfen, ob sich die Aggressionen mit Medikamenten lindern lassen, insbesondere Magnesium, Betablocker usw.</li> <li>• In einem Wohnbereich, in dem potentiell aggressive Bewohner leben, sollten stets</li> </ul>
--	--	---

		<p>zwei Nachtwachen eingesetzt werden.</p>
	<p>Verhalten, wenn der Bewohner verbale Aggressionen zeigt</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschimpfungen werden ruhig und sachlich zurückgewiesen. Die Pflegekräfte reagieren niemals mit eigenen verbalen Entgleisungen.</li> <li>• Mitbewohner werden in Schutz genommen, wenn sie das Ziel von Beschimpfungen werden.</li> <li>• Beschimpfungen sind immer auch eine Möglichkeit für den Bewohner, "Dampf abzulassen". Wenn damit körperliche Aggressionen vermieden werden, können (je nach individuellen Gegebenheiten) verbale Angriffe in Grenzen toleriert werden. Gewalt gegen Gegenstände oder Lebewesen wird niemals toleriert.</li> </ul>
	<p>Verhalten bei einer sich andeutenden Gewaltsituation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei dementen Bewohnern wird geprüft, ob Validation sinnvoll ist.</li> <li>• Maßnahmen, die den Bewohner ggf. weiter reizen könnten, werden eingestellt. Dazu können etwa zählen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pflegemaßnahmen, wenn der Bewohner diese nicht mag</li> <li>○ Medikamenteneingabe, wenn diese vom Bewohner nicht gewollt ist</li> <li>○ räumliche Trennung von einem Mitbewohner, zu dem eine starke Abneigung besteht</li> </ul> </li> <li>• Wir versuchen den Bewohner in einer Weise zu beschäftigen, die seine Aggressionen mindert, etwa             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Spaziergang</li> <li>○ Gymnastik</li> <li>○ Musiktherapie</li> <li>○ handwerkliche Tätigkeiten</li> <li>○ Arbeit im Garten</li> </ul> </li> <li>• Wir vereinbaren falls möglich mit dem Bewohner, dass er von sich aus anzeigt, wenn er in sich das Ansteigen von Aggressionen bemerkt und mehr Freiraum benötigt.</li> </ul>
<p>Verhalten bei einer Gewaltsituation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Häufig lässt sich die Situation bereits dadurch entschärfen, dass das Personal Geschlossenheit, Stärke und erhöhte Präsenz zeigt.</li> <li>• Bedrohte Mitbewohner und Kollegen werden aus dem Gefahrenbereich befreit.</li> <li>• Die Bezugspflegekraft oder eine andere vertraute Pflegekraft werden herbeigerufen. Diese suchen den Dialog mit dem</li> </ul>	

		<p>Bewohner und versuchen, ihn von Gewalttaten abzubringen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dem Bewohner wird eine Rückzugsmöglichkeit angeboten, damit er seine Gedanken ordnen kann.</li> <li>• Die Pflegekraft versucht im Dialog mit dem Bewohner zu klären, durch was die Aggressionen ausgelöst wurden.</li> <li>• Es kann sinnvoll sein, dem Bewohner zu zeigen, dass sein Verhalten auf andere Menschen bedrohlich wirkt. Etwa: "Herr Meier, wenn Sie sich so aggressiv verhalten, bekomme ich Angst vor Ihnen."</li> <li>• Pflegekräfte sollten versuchen, die Erwartungshaltung des aggressiven Bewohners zu durchbrechen. Er erwartet von den Pflegekräften, dass diese ihn beschwichtigen oder überwältigen wollen. Stattdessen können Pflegekräfte etwas Unerwartetes tun. Beispiel: Ein Bewohner bedroht Pflegekräfte mit einem Schraubenzieher. Eine Pflegekraft geht ohne Angst zu zeigen auf den Bewohner zu und sagt: "Das ist ja nett, dass Sie mir den Schraubenzieher bringen möchten. Den brauche ich jetzt für die Reparatur des Tisches." Oft kann man dem verblüfften Bewohner nun den Gegenstand abnehmen.</li> </ul>
	<p>Überwältigung eines Bewohners</p>	<p>Nur wenn alle Alternativen ausgeschöpft sind und es keine Möglichkeit zu einer gewaltfreien Lösung gibt, wird der aggressive Bewohner überwältigt. Dieses ist insbesondere dann notwendig, wenn eine eindeutige Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt. Kein eigener Zugriff erfolgt, wenn der Bewohner etwa mit einem Messer bewaffnet ist. In solchen Fällen wird die Polizei gerufen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Mitarbeiter bereitet außer Sichtweite des Bewohners die Fixierungsmaterialien vor.</li> <li>• Der Zugriff erfolgt primär durch männliches Pflegepersonal.</li> <li>• Der Zugriff erfolgt niemals im Alleingang. Es müssen stets mindestens zwei Pflegekräfte anwesend sein.</li> <li>• Der Zugriff erfolgt stets von zwei Seiten gleichzeitig. Eine Pflegekraft führt einen Scheinzugriff durch, während der zweite Mitarbeiter den tatsächlichen Zugriff beginnt.</li> <li>• Das Gesicht des Bewohners wird mit Kleidung überdeckt (Bissgefahr!).</li> <li>• Die Handgelenke werden fest gegriffen,</li> </ul>

		<p>ebenso die Füße.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle weiteren Maßnahmen erfolgen gemäß des Standards "Fixierung von Bewohnern"</li> </ul>
<p>Nachbereitung:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn Bewohner bei dem Zwischenfall verletzt wurden, werden umgehend ein Arzt und die Polizei gerufen.</li> <li>• Alle Beobachtungen werden genau dokumentiert. Die Beschreibung erfolgt wertfrei. Wir achten insbesondere auf Veränderungen im Verhalten des Bewohners.</li> <li>• Die Dokumentation sollte präzise erfolgen. Statt also zu schreiben, dass der Bewohner "aggressiv" ist, sollten dessen Handlungen genau beschrieben werden, etwa: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Bewohner wirft das Tablett mit dem Mittagessen um.</li> <li>○ Der Bewohner beschimpft Mitbewohner im Gymnastikraum.</li> </ul> </li> <li>• Der Abbau der Aggressionen wird in der Pflegeplanung als Ziel definiert. Bei der Anpassung der Pflegeplanung berücksichtigen wir, dass die Wahrscheinlichkeit für aggressives Verhalten mit jedem Zwischenfall ansteigt. Der Bewohner "erlernt", dass er mittels Gewalt "Dampf ablassen" kann.</li> <li>• Wenn ein Bewohner wiederholt aggressiv gegen seine Bezugspflegekraft vorgeht, so wird diese ausgewechselt.</li> <li>• Der Vorfall wird mit dem behandelnden Arzt besprochen. Ggf. wird die medikamentöse Behandlung angepasst. Sollte das Gewaltverhalten regelmäßig auftreten, werden eine Zwangseinweisung und die Bestellung eines Betreuers erörtert.</li> <li>• Pflegekräfte müssen sich darüber bewusst sein, dass sie ihre eigene Angst nicht unterdrücken sollten. Dieses könnte dazu führen, dass sie ihrerseits übermäßige Gewalt anwenden. Wir bieten unseren Pflegekräften daher regelmäßig Supervision an.</li> </ul>	
<p>Dokumente:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegebericht</li> <li>• Pflegeplanung</li> </ul>	
<p>Qualifikation / Verantwortlichkeit:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegefachkräfte</li> <li>• Pflegehilfskräfte</li> </ul>	

<b>Standard "Verhalten bei sexuellen Übergriffen auf Pflegekräfte durch Patienten"</b>		
<b>Definition:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein sexueller Übergriff beginnt nicht erst bei Handgreiflichkeiten. Wir werten auch gezielte verbale Attacken als sexuelle Übergriffe.</li> <li>• Für Mitarbeiter von Pflegediensten ist das Thema von besonderer Bedeutung, da sie (oftmals allein) in fremden Haushalten arbeiten.</li> <li>• Pflegeschüler und Praktikanten sind häufig das Ziel von sexuellen Übergriffen, da sie über weniger berufliche Erfahrung verfügen und sehr jung sind.</li> </ul>	
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir sind als Arbeitgeber verpflichtet, unsere Mitarbeiter vor sexuellen Übergriffen zu schützen. Diese Aufgabe hat für uns höchste Priorität, die auch durch wirtschaftliche Interessen nicht eingeschränkt werden darf.</li> <li>• Wir verstehen jeden Patienten grundsätzlich auch als sexuelles Wesen. Jeder Patient hat das Recht, seine Sexualität auszuleben. Dieses Recht endet, wenn Pflegekräfte in sexuelle Handlungen einbezogen werden.</li> <li>• Auch männliche Pflegekräfte können das Ziel sexueller Übergriffe werden; sei es durch weibliche oder durch homosexuelle männliche Patienten. Daher gelten die in diesem Standard definierten Vorgehensweisen für männliche wie für weibliche Pflegekräfte gleichermaßen.</li> <li>• Da es keine objektiven Maßstäbe für sexuelle Übergriffe gibt, bleibt "das Gefühl" das zentrale Kriterium. Wenn eine Pflegekraft davon ausgeht, das Ziel eines bewussten sexuellen Übergriffs gewesen zu sein, dann ist diese Einschätzung für uns "wahr" und bei der weiteren Entscheidungsfindung maßgeblich. Dieses unabhängig davon, ob Zeugen den Vorfall beobachtet haben.</li> </ul>	
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Patient sieht ein, dass sein Verhalten unangemessen ist und ändert dieses.</li> <li>• Die Pflegekraft kann ihre Arbeit leisten, ohne sexuelle Übergriffe fürchten zu müssen.</li> <li>• Jede Pflegekraft soll sich sicher sein, den vollen Rückhalt aller Kollegen und Vorgesetzten zu haben.</li> </ul>	
<b>Vorbereitung:</b>	Organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das richtige Verhalten bei sexuellen Übergriffen ist Teil der Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Insbesondere junge Auszubildende sowie Praktikanten werden sorgfältig eingewiesen.</li> <li>• Wir geben unseren Pflegekräften Rückendeckung. Wir verdeutlichen jedem Mitarbeiter, dass wir sexuelle Übergriffe nicht dulden und ggf. die Pflege von auffälligen Patienten</li> </ul>



		<p>einstellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jede Pflegekraft ist verpflichtet, sexuelle Übergriffe eines Patienten auf eine andere Pflegekraft zu melden. Dieses auch dann, wenn die betroffene Pflegekraft die Situation als minder gravierend einschätzt.</li> <li>• Wir regen Pflegekräfte dazu an, den eigenen Kleidungsstil ggf. kritisch zu hinterfragen. Ggf. könnten sich einzelne Patienten durch freizügige Outfits animiert fühlen. Dagegen abzuwägen ist das Recht der Pflegekraft auf Ausdruck der eigenen Persönlichkeit.</li> </ul>
	<p>mentale Vorbereitung:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jede Pflegekraft sollte sich im Vorfeld mit diesem Thema beschäftigen, um später in der akuten Situation richtig zu reagieren. Folgende Fragen sollte sie für sich selbst beantworten:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ist der Pflegekraft das Thema so peinlich, dass sie darauf verzichten würde, entsprechende Vorkommnisse zu melden? Etwa auch, weil die eigenen Kollegen Schuldzuweisungen machen könnten?</li> <li>○ Glaubt die Pflegekraft, dass derartiges Verhalten durch einen schlechten Gesundheitszustand entschuldbar ist? Ist Mitleid mit dem Patienten ein relevantes Kriterium bei der Reaktion auf solche Vorkommnisse?</li> <li>○ Gibt es eigene negative Lebenserfahrungen, die bei einem solchen Vorfall reaktiviert werden könnten, also "wieder hoch kommen" würden?</li> <li>○ Das richtige Verhalten in derartigen Situationen wird ggf. in Form von Rollenspielen trainiert. Dazu zählt etwa auch die Aufforderung an den Patienten, die Intimpflege selbständig durchzuführen.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Durchführung:</b></p>	<p>Abwägung:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei minder schweren Verhaltensweisen wägen wir ab, ob diese das Ergebnis des biografisch verankerten Frauenbildes sind. Wir sehen daher ggf. über ein Hinterherpfeifen ebenso hinweg wie über herum liegende Zeitschriften mit erotischem Inhalt.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschiedene Handlungen akzeptieren wir in keinem Fall, darunter anzügliche Bemerkungen über die Figur der Pflegekraft oder deren Privatleben. Nicht toleriert werden auch gezielt dargestellte pornografische Fotos, Briefe an die Pflegekraft mit sexuellen Anspielungen, kneifen in den Po, klapsen auf den Po, aufgedrängte Küsse oder Aufforderungen zu sexuellen Handlungen.</li> <li>• Differenzierter muss die Abwägung bei dementiell erkrankten Senioren erfolgen, da diese zumeist nicht in der Lage sind, ihr Verhalten zu kontrollieren. Aber auch in solchen Fällen werden insbesondere Tätlichkeiten in keinem Fall toleriert.</li> </ul>
	Fallbesprechung:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das sexuelle Verhalten eines Patienten wird bei einer Fallbesprechung nicht ausgeklammert. Es ist wichtig, dass etwaige Übergriffe im Kollegenkreis thematisiert werden.</li> <li>• Im Team wird ein einheitliches Verhalten im Umgang mit dem Bewohner besprochen. Es muss eine Grenze definiert werden, deren Überschreitung dem Patienten deutlich signalisiert wird.</li> </ul>
	Maßnahmen nach einem sexuellen Übergriff durch einen nicht dementiell erkrankten Senioren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegekraft teilt dem Patienten unmissverständlich mit, dass sie dessen Verhalten nicht toleriert. Sie bleibt dabei sachlich und freundlich. Sexuelle Anspielungen werden eindeutig zurückgewiesen. Der Vorfall wird der Pflegedienstleitung mitgeteilt.</li> <li>• Falls es zu weiteren Übergriffen kommt, sucht die Pflegedienstleitung den Kontakt zum Patienten und verdeutlicht diesem, dass wir in letzter Konsequenz die Pflege ablehnen werden. Der Patient erhält diesen Hinweis auch schriftlich. Ggf. wird dem Patienten eine neue Bezugspflegekraft zugeordnet. Ideal ist oftmals die Zuweisung einer gleichgeschlechtlichen Pflegekraft.</li> <li>• Wenn sich das Verhalten des Patienten auch nach dem Wechsel der Pflegeperson nicht ändert, wird der Pflegevertrag ggf. gekündigt und wir stellen die Pflege ein.</li> <li>• Vorkommnisse mit strafrechtlicher Bedeutung bringen wir konsequent zur Anzeige. Dieses insbesondere, wenn</li> </ul>

		<p>der Patient oder seine Angehörigen gewaltsames Verhalten zeigten.</p>
	<p>Maßnahmen nach einem sexuellen Übergriff durch einen dementiell erkrankten Senioren</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir prüfen, ob wir mittels Realitäts-Orientierungs-Training (ROT) oder Validation eine Änderung des Verhaltens erzielen können.</li> <li>• Bei Übergriffen unter Anwendung von Gewalt prüfen wir, ob eine Versorgung durch männliches Pflegepersonal möglich ist. Alternativ sollten weibliche Pflegekräfte den Patienten grundsätzlich zu zweit aufsuchen.</li> <li>• Ist dieses nicht möglich, empfehlen wir die Versorgung durch eine stationäre Einrichtung.</li> </ul>
<p><b>Nachbereitung:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Vorkommnisse und unsere Reaktionen darauf werden sorgfältig, zeitnah und vollständig dokumentiert.</li> <li>• Wir bieten Pflegekräften Supervision an, damit sie belastende Situationen verarbeiten können.</li> </ul>	
<p><b>Dokumente:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegebericht</li> <li>• Pflegeplanung</li> </ul>	
<p><b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alle Mitarbeiter</li> </ul>	

<b>Standard "Verhalten bei zerebralen Krampfanfällen"</b>		
<b>Definition:</b>	Ein zerebraler Krampfanfall wird durch eine Fehlfunktion von Nervenzellen im Gehirn ausgelöst. Es kommt zu einer krankhaften Steigerung der Aktivität im Zentralnervensystem. Dieses führt zu plötzlichen, starken und ungewollten Serien von Muskelkontraktionen.	
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das wichtigste pflegerische Mittel ist ruhiges besonnenes Handeln.</li> <li>• Ein einzelner Anfall ist für den Bewohner zumeist nicht gefährlich, wenn er von Pflegekräften vor Verletzungen geschützt wird.</li> </ul>	
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Wohnumfeld des Bewohners ist frei von unnötigen Gefahrenquellen, die ihn bei einem Krampfanfall verletzen könnten.</li> <li>• Der Bewohner wird während des Krampfanfalls vor Verletzungen geschützt.</li> <li>• Die Ursache des Krampfanfalls wird korrekt erkannt.</li> <li>• Die Würde des Bewohners wird geschützt.</li> </ul>	
<b>Vorbereitung:</b>	allgemeine Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die richtigen Maßnahmen bei einem Krampfanfall werden regelmäßig im Rahmen der Erste-Hilfe-Ausbildung thematisiert.</li> <li>• Wir halten stets aktuelle Fachliteratur zu diesem Thema bereit.</li> </ul>
	vorbereitende Schutzmaßnahmen	<p>Wenn ein Bewohner gehäuft Krampfanfälle erleidet, treffen wir verschiedene Maßnahmen zu seinem Schutz.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir bitten den Bewohner uns mitzuteilen, wenn er eine sog. "Aura" erlebt, also eine Veränderung der Gefühls-, Geruchs-, Geschmacks- und Lichtwahrnehmung. Frühwarnzeichen für einen unmittelbar bevorstehenden Krampfanfall sind auch Schwindel, Übelkeit oder Erbrechen. Der Bewohner wird dann sofort ins Bett oder auf den Boden gelegt, um einen Sturz zu vermeiden.</li> <li>• Der Bewohner wird in ein Zimmer nahe dem Dienstzimmer verlegt. Sein Zustand wird engmaschiger überwacht, als dieses bei einem gesunden Bewohner erforderlich wäre.</li> <li>• Gegenstände, die ein hohes Verletzungsrisiko beinhalten, werden aus dem Zimmer des Bewohners entfernt. Dies gilt etwa für scharfkantige</li> </ul>

		<p>Möbelstücke.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sofern der Bewohner damit einverstanden ist, wird in den Ruhezeiten das Bettgitter hochgefahren. Ggf. wird ein gepolstertes Bettgitter angebracht.</li> </ul>
<p><b>Durchführung:</b></p>	<p>Versorgung während des Anfalls</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Kopf wird auf eine Decke oder ein Kissen gelegt.</li> <li>• Gegenstände im Umkreis des Bewohners werden weggeräumt, etwa Stühle, Beistelltische usw.</li> <li>• Der Bewohner wird von gefährlichen Bereichen weggezogen, etwa von Heizungskörpern oder von Treppenabsätzen.</li> <li>• Der Bewohner wird während des gesamten Anfalls am Boden liegen gelassen und nicht in sein Bett gebracht.</li> <li>• Möglichst den Bewohner jetzt schon in die stabile Seitenlage bringen, Aspirationsprophylaxe.</li> <li>• Falls möglich wird dem Bewohner eine Mullbindenrolle oder ein zusammengerolltes Taschentuch zwischen die obere und untere Zahnreihe geschoben. Dabei muss behutsam vorgegangen werden. Ein gewaltsames Öffnen der Zahnreihen ist für Pflegekräfte wie den Bewohner gleichermaßen gefährlich. (Der Punkt ist umstritten: Einige Experten empfehlen nichts zwischen die Zähne zu schieben, da das Verletzungsrisiko für beide Parteien nur noch erhöht wird.)</li> <li>• Eine Pflegekraft beobachtet den Anfallstyp und die Dauer. Diese Informationen sind später wichtig, um die Diagnose und Therapie darauf einstellen zu können.</li> <li>• Dem Bewohner werden während eines Anfalls keine oralen Medikamente oder sonstige Flüssigkeiten eingegeben. Es besteht eine hohe Aspirationsgefahr.</li> <li>• Die krampfenden Arme und Beine werden nicht festgehalten.</li> <li>• Erbricht der Bewohner während eines Anfalls, wird das Erbrochene vorsichtig aus seiner Mundhöhle entfernt. Es besteht Bissgefahr.</li> <li>• Neugierige Mitbewohner, die das Geschehen verfolgen, werden aus dem Raum gebeten.</li> <li>• Einengende Kleidung wird gelockert.</li> <li>• Der Notarzt wird gerufen, wenn eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Bewohner hat bislang noch nie einen Anfall erlitten.</li> <li>○ Der Anfall dauerte länger als 10 Minuten.</li> <li>○ Es kam zu mehreren kleinen Anfällen in enger zeitlicher Abfolge.</li> <li>○ Die Zahnprothese hat sich gelöst und ist in Rachenrichtung gefallen.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falls eine entsprechende Bedarfsmedikation besteht, werden (ggf. per Rectiole) krampflösende Arzneimittel verabreicht. (Hinweis: In Fachkreisen wird gestritten, zu welchem Zeitpunkt derartige Wirkstoffe verabreicht werden sollten. Häufig wird die Ansicht vertreten, dass Diazepam© bei einem vereinzelt Krampf nicht gegeben werden sollte, sondern erst bei Krampfserien oder lange anhaltenden Krämpfen.) Der Blutzuckerspiegel wird kontrolliert. Eine Hypoglykämie muss ausgeschlossen werden.</li> <li>• Bei schweren Atemstörungen (Zyanose) muss der Bewohner beatmet werden.</li> </ul>
	<p>Versorgung nach dem Anfall</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner wird nach dem Ende des Anfalls bis zur Wiedererlangung des Bewusstseins in die stabile Seitenlage gebracht, um eine Aspiration zu vermeiden.</li> <li>• Das Bewusstsein, die Atmung und der Kreislauf werden regelmäßig überprüft.</li> <li>• Falls es zu Stuhl- oder Urinabgängen kam, wird eine Intimpflege durchgeführt.</li> <li>• Erlittene Wunden werden angemessen versorgt.</li> <li>• Wenn es zu Verletzungen im Mundraum gekommen ist (Wangen- oder Zungenbiss), wird eine fachärztliche Versorgung angeregt. Bei kleineren Blessuren kann eine Mundspülung ausreichen.</li> <li>• Dem Bewohner wird erklärt, dass er in den nächsten Tagen wegen der Krampfbewegungen mit Muskelkater zu rechnen hat.</li> <li>• Dem Bewohner wird Gelegenheit gegeben, sich zu erholen. Er wird während des Schlafens so wenig wie möglich gestört. Mitbewohner werden zu entsprechender Rücksichtnahme</li> </ul>

		aufgefordert.
<b>Nachbereitung:</b>	allgemeine Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die psychosoziale Betreuung des Bewohners wird intensiviert. Als Folge eines Anfalls kann sich beim Bewohner eine depressive Stimmung verfestigen.</li> <li>• Ggf. wird der Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe vermittelt.</li> </ul>
	Dokumentation	<p>Der Verlauf des Anfalls wird dokumentiert. Kriterien dafür sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beginn und Ende des Anfalls</li> <li>• Initialschrei</li> <li>• plötzliches Hinfallen</li> <li>• Streckkrampf</li> <li>• Atemstillstand für einige Sekunden</li> <li>• Zuckungen, Verkrampfungen</li> <li>• Zungenbissverletzungen</li> <li>• schaumiger Speichel vor dem Mund</li> <li>• Stuhl- und Urinabgang</li> <li>• anschließender tiefer Schlaf</li> <li>• Bewusstlosigkeit</li> <li>• fehlende Erinnerung an den Krampf.</li> </ul>
	Ursachenforschung	<p>Sofern die Ursache für den Krampfanfall nicht bereits bekannt ist, prüfen wir gemeinsam mit dem Hausarzt, welche Auslöser für den Anfall in Betracht kommen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ungewöhnlich hoher Stress</li> <li>• Nichteinnahme von Antiepileptika</li> <li>• Alkoholmissbrauch</li> <li>• Nebenwirkungen von Medikamenten</li> <li>• hohes Fieber</li> <li>• Unterzuckerung</li> <li>• Flackerlicht (defekte Neonröhre o.Ä.)</li> <li>• Schlafmangel</li> </ul>
	Anpassung der Pflegeplanung	<p>Falls notwendig wird die Pflegeplanung und die weitere Versorgung angepasst.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeinsam mit dem Arzt wird die regelmäßige Medikamenteneinnahme verändert.</li> <li>• Ggf. wird dem Bewohner empfohlen, einen Schutzhelm zu tragen.</li> </ul>
<b>Dokumente:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berichtsblatt</li> <li>• Vitaldatenblatt</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medikamentenblatt</li></ul>
<b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• alle Pflegekräfte</li></ul>



<b>Notfallstandard "Vergiftung mit Sedativa"</b>	
<b>Definition:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mehr als die Hälfte aller Medikamentenvergiftungen sind die Folge einer Überdosierung von Schlafmitteln und Sedativa. Sehr häufig sind Bewohner betroffen, die Benzodiazepine einnehmen.</li> <li>• Die eigenständige Medikamenteneinnahme ist Bestandteil einer selbstbestimmten Lebensführung und Teil unseres Konzepts der aktivierenden Pflege. Viele Krankheitsbilder machen es jedoch erforderlich, dass wir bei der Medikamenteneinnahme stärker assistierend und kontrollierend eingreifen. So konsumieren Demenzpatienten häufig eine doppelte oder dreifache Tagesdosis, da sie den Überblick über die regelmäßige Einnahme verloren haben.</li> <li>• Andere Betroffene lehnen die Einnahme von Psychopharmaka ab, etwa aus Angst vor den Nebenwirkungen. Oftmals täuschen sie die Einnahme nur vor und horten die vermeintlich eingenommenen Medikamente; dieses etwa als Vorbereitung für einen Suizid.</li> </ul>
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn hinreichende Anzeichen für eine Vergiftung sprechen, wird immer ein Notarzt gerufen. Die Folgen eines oder ggf. auch mehrerer Fehlalarme wiegen weniger schwer als eine verzögerte Behandlung bei einem echten Notfall.</li> <li>• Der Notruf erfolgt auch dann, wenn der Bewohner diesen nicht wünscht, etwa weil er die Gefährdung nicht korrekt einschätzt.</li> <li>• Bei einer Vergiftung geht es zwar um Minuten, dennoch dürfen Maßnahmen nicht überhastet werden.</li> <li>• Die schriftliche Patientenverfügung wird beachtet, insbesondere bei einer Reanimation.</li> </ul>
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Vergiftung wird frühzeitig bemerkt.</li> <li>• Durch eine zeitnahe Behandlung wird das Leben des Bewohners geschützt.</li> <li>• Der Vorfall wird analysiert. Durch geeignete Vorsichtsmaßnahmen werden weitere Vergiftungen vermieden.</li> <li>• Das Selbstbestimmungsrecht des Bewohners bleibt so weit wie irgend möglich erhalten.</li> </ul>
<b>Vorbereitung:</b>	<p>Wir achten auf Symptome, die für eine Sedativa-Vergiftung sprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• leichte Vergiftung: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verwirrtheit</li> <li>○ Schläfrigkeit (Somnolenz)</li> <li>○ Gang- und Bewegungsstörungen (Ataxie)</li> <li>○ undeutliches Sprechen (Dysarthrie)</li> <li>○ Blutdruckabfall</li> <li>○ Muskelschwäche</li> </ul> </li> <li>• schwere Vergiftung, insbesondere zentrale Verminderung der Herz-Kreislauf- und Atemfunktionen, also <ul style="list-style-type: none"> <li>○ blau-rote Färbung von Haut und Schleimhaut (Zyanose)</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bewusstlosigkeit bis hin zum Atemstillstand</li> <li>○ Herzstillstand</li> <li>• Hinweis:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Das Symptombild kann durch Erregungszustände oder Krämpfe überlagert werden.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Durchführung:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegekraft löst über die Rufanlage Alarm aus und ruft weitere Kollegen herbei.</li> <li>• Eine Pflegekraft alarmiert den Notarzt.</li> <li>• Eine Pflegekraft bleibt permanent beim Bewohner. Der Bewohner wird (soweit möglich) beruhigt.</li> <li>• Wir befragen den Bewohner. Ggf. kann er Angaben zur Ursache machen.</li> <li>• Bei Herz-Kreislauf-Stillstand wird der Bewohner sofort reanimiert. Die Reanimation wird fortgesetzt, bis der Notarzt eingetroffen ist oder das Herz des Bewohners wieder schlägt.</li> <li>• Es ist damit zu rechnen, dass sich der Bewohner übergibt. In diesem Fall müssen die Atemwege umgehend wieder freigemacht werden. Hinweis: Ein Erbrechen ist in diesen Fällen oft hilfreich, da es den Mageninhalt samt eines großen Teils des Medikaments entleert.</li> <li>• Der Bewohner wird ggf. zugedeckt, um ein Auskühlen zu vermeiden.</li> <li>• Wir suchen das Zimmer des Bewohners nach leeren Tablettenröhrchen u.Ä. ab, um weitere Informationen über das auslösende Medikament und über die mögliche Dosis zu erfahren.</li> <li>• Wir stellen weitere Informationen für den Notarzt zusammen, die bei der weiteren Behandlung relevant sein können. Insbesondere             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anwendung von Antihistaminika (Arzneimittel z.B. zur Behandlung von Allergien oder Erkältungen)</li> <li>○ Anwendung von Cimetidin oder Omeprazol (Arzneimittel zur Behandlung von z.B. Magengeschwüren)</li> <li>○ Anwendung von Disulfiram (Arzneimittel zur Alkoholentzugsbehandlung)</li> <li>○ Anwendung von Theophyllin (in Arzneimitteln zur Behandlung von Asthma)</li> <li>○ Anwendung von Levodopa (Arzneimittel zur Behandlung der Parkinsonschen Erkrankung)</li> <li>○ Anwendung von Phenobarbital und Phenytoin (Arzneimittel zur Behandlung von Anfallsleiden)</li> <li>○ Alkohol- oder Drogenmissbrauch</li> <li>○ hirnorganische Veränderungen</li> <li>○ Kreislauf- und Atmungsschwäche (chronisch obstruktive Ateminsuffizienz)</li> <li>○ eingeschränkte Nieren- oder Leberfunktion</li> </ul> </li> <li>• Bei Ankunft des Rettungstransportwagen und des Notarztes wird der Arzt ausführlich eingewiesen.</li> <li>• Die Dokumente werden übergeben.</li> <li>• Alle weiteren im Standard "Krankenhauseinweisung" beschriebenen Maßnahmen werden umgesetzt.</li> </ul>	
<b>Nachbereitung:</b>	nach Abfahrt des	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Ereignis wird sorgfältig</li> </ul>

	Bewohners im Rettungstransportwagen	<p>dokumentiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegedienstleitung und die Heimleitung werden (sofern noch nicht geschehen) informiert.</li> <li>• Ggf. werden die Angehörigen informiert.</li> <li>• Im Rahmen einer Fallbesprechung wird das Ereignis im Team diskutiert. Wir prüfen, ob es in Zukunft notwendig ist, dass die Medikamentenversorgung ganz oder teilweise von den Pflegekräften übernommen und überwacht wird.</li> </ul>
	weitere Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach der Rückkehr des Bewohners wird der Hautstatus genau überprüft. Nach Barbituratvergiftungen entwickeln sich häufig großflächige Hautblasen und Hautnekrosen. Diese befinden sich vor allem an Körperbereichen, die einem hohen Auflagedruck ausgesetzt sind. Wir intensivieren daher die Maßnahmen im Rahmen der Dekubitusprophylaxe.</li> <li>• Wir prüfen, ob alle etwaigen Sekundärkomplikationen überwunden sind, wie etwa eine Pneumonie.</li> <li>• Wir suchen den Dialog mit dem Bewohner. Wir versuchen zu ergründen, ob die Vergiftung die Folge eines Unfalls oder eines versuchten Suizides war. Ggf. regen wir eine fachpsychiatrische und sozialmedizinische Versorgung an.</li> <li>• Wir passen die Pflegeplanung an.</li> </ul>
<b>Dokumente:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berichtsblatt</li> <li>• Vitaldatenblatt</li> <li>• Medikamentenblatt</li> </ul>	
<b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alle Pflegekräfte</li> </ul>	

<b>Standard "Bewusstseinskontrolle"</b>			
<b>Definition:</b>	<p>Das Bewusstsein ist die Summe aller somato-psychischen Vorgänge, also etwa Wahrnehmungen und Gedanken. Insbesondere beinhaltet das Bewusstsein das Verständnis um die umgebende Welt sowie um das Selbst. Ein Mensch, der bei klarem Bewusstsein ist, ist</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• orientiert über Raum, Zeit und Person</li> <li>• in der Lage, zielgerichtet zu handeln</li> <li>• ist aufmerksam und auffassungsfähig</li> <li>• ist in der Lage, Wissen zu reproduzieren</li> </ul> <p>Die Kontrolle des Bewusstseins zählt zu den primären Aufgaben von Ärzten und Pflegekräften.</p> <p>Die Glasgow Koma Skala ist ein Werkzeug, um das Ausmaß der Bewusstseinsstörung objektiv einschätzen und dokumentieren zu können. Die Reaktionen des Bewohners in den Bereichen "Augen öffnen", "verbale Reaktionen" und "motorische Reaktionen auf Schmerzreize" werden beobachtet und mit Punkten bewertet. Die Werte werden addiert und das Ergebnis verschiedenen Bewusstseinszuständen (von völliger Wachheit bis hin zum Koma) zugeordnet.</p>		
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unerwartete Bewusstseinsveränderungen erfordern stets eine ärztliche Untersuchung. Wenn es hinreichende Anzeichen auf eine etwaige Gefährdung gibt, wird immer der Notarzt alarmiert.</li> <li>• Menschen, die offenbar bewusstlos sind, können in wenigen Fällen ihre Umwelt dennoch wahrnehmen. Daher ist es erforderlich, in der täglichen Pflegepraxis mit dem Bewohner so umzugehen, als wäre er bei Bewusstsein. Der Bewohner wird über alle durchzuführenden Pflegemaßnahmen informiert, etwa beim Waschen oder vor Injektionen. Insbesondere wird es unterlassen, sich in der Gegenwart des Bewohners skeptisch über dessen Heilungsaussichten zu äußern.</li> <li>• Bei Bewohnern mit Bewusstseinsstörungen besteht stets ein erhöhtes Risiko, dass sie sich selbst verletzen könnten.</li> </ul>		
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Bewusstseinsstörung und eine Bewusstlosigkeit werden schnell und sicher erkannt.</li> <li>• Das Ausmaß der Bewusstseinsstörung wird korrekt bestimmt.</li> <li>• Eine etwaige Gefährdung des Bewohners wird korrekt erkannt.</li> <li>• Wirksame Gegenmaßnahmen werden gewählt und durchgeführt.</li> <li>• Komplikationen und Folgeerkrankungen werden vermieden.</li> </ul>		
<b>Vorbereitung:</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Indikation</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>Eine Bewusstseinskontrolle ist bei verschiedenen Krankheitsbildern und Situationen notwendig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei Verletzungen oder Schädigungen des Zentralnervensystems, etwa als</li> </ul> </td> </tr> </table>	Indikation	<p>Eine Bewusstseinskontrolle ist bei verschiedenen Krankheitsbildern und Situationen notwendig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei Verletzungen oder Schädigungen des Zentralnervensystems, etwa als</li> </ul>
Indikation	<p>Eine Bewusstseinskontrolle ist bei verschiedenen Krankheitsbildern und Situationen notwendig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei Verletzungen oder Schädigungen des Zentralnervensystems, etwa als</li> </ul>		

		<p>Folge eines Schädel-Hirn-Traumas, Tumorwachstum, entzündlichen Prozessen oder Vergiftungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nach gravierenden Verletzungen, insbesondere bei massivem Blutverlust oder Schocksymptomen</li> <li>• nach Verabreichung von Medikamenten mit sedierender Wirkung</li> </ul>
	Material	<p>Wir stellen das Material zusammen, das für die Bewusstseinskontrolle notwendig ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taschenlampe (für die Kontrolle der Pupillenreaktion)</li> <li>• Reflexhammer (für die Prüfung der Reflextätigkeit und Sensibilität)</li> </ul>
	Informationssammlung	<p>Wir prüfen, welche Ursachen für die Bewusstseinsstörung in Betracht kommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schlaganfall</li> <li>• Alkoholmissbrauch</li> <li>• Drogenmissbrauch</li> <li>• Medikamentenmissbrauch</li> <li>• Vergiftung</li> <li>• Unfall, insbesondere bei Beteiligung des Kopfes</li> <li>• Durchblutungsstörung</li> <li>• Fieber</li> <li>• Krampfanfall</li> <li>• Dehydratation</li> <li>• Lungeninsuffizienz</li> <li>• Stoffwechselentgleisung, etwa durch Diabetes</li> <li>• Hirntumor</li> <li>• Morbus Alzheimer</li> <li>• Schock</li> </ul> <p>weitere Informationen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wann trat die Bewusstseinsstörung das erste Mal auf?</li> <li>• Trat die Bewusstseinsstörung plötzlich auf oder steigerten sich die Symptome langsam?</li> </ul>
<b>Durchführung:</b>	Ansprechen des Bewohners	<p>Der Bewohner wird verbal angesprochen. Dabei prüfen wir, ob der Bewohner</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• spontan oder verlangsamt reagiert</li> <li>• geweckt werden muss</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• zeitlich, örtlich und persönlich orientiert ist</li> </ul> <p>Dem Bewohner werden gezielte Fragen gestellt. Er sollte folgende Punkte beantworten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eigener Name und Vorname</li> <li>• Geburtsdatum</li> <li>• aktueller Aufenthaltsort (Pfleheim, nicht seine alte Wohnung)</li> <li>• Wochentag</li> <li>• Name der fragenden Pflegekraft</li> </ul> <p>Wir beobachten die Reaktionen des Bewohners auf das Ansprechen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner sollte nach entsprechender Aufforderung einfache Bewegungen durchführen. Etwa den Mund öffnen, die Hand drücken usw.</li> <li>• Der Bewohner sollte verständlich antworten, also keine zusammenhangslosen Sätze oder unverständliche Laute.</li> </ul>
	Berühren des Bewohners	<p>Wir berühren den Bewohner und beobachten seine Reaktionen auf den physischen Kontakt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner sollte ohne größere zeitliche Verzögerung auf die Berührung reagieren.</li> <li>• Die Reflexe werden überprüft, etwa durch das Bestreichen ("Kitzeln") der Fußsohlen. Kontrolliert wird auch das Auftreten von pathologischen Reflexen wie dem Babinski-Reflex.</li> <li>• Auf Schmerzreize sollte der Bewohner schnell und gezielt reagieren. (Hinweise: Der Einsatz von Schmerzreizen ist ethisch umstritten.)</li> </ul>
	Beobachten der Augen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er sollte seine Augen selbständig während des Ansprechens öffnen. Zumindest sollte er dieses auf ausdrückliche Aufforderung tun.</li> <li>• Der Bewohner sollte den Blickkontakt herstellen.</li> <li>• Die Pupillenreaktion auf Lichteinfall soll in der Norm liegen, also keine</li> </ul>

		verlangsamte Reaktion, keine Lichtstarre und keine Entrundung.
	weitere Beobachtungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist ausgeschlossen, dass der Bewohner schwerhörig ist und sein Hörgerät nicht funktioniert?</li> <li>• Die Vitalwerte werden ermittelt, insbesondere Puls, Blutdruck, Körpertemperatur, BZ-Wert usw.</li> </ul>
<b>Nachbereitung:</b>	Bestimmung des Bewusstseinszustandes	<p>Basierend auf den gewonnenen Informationen bestimmen wir den Bewusstseinszustand des Bewohners.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klares Bewusstsein: Der Bewohner ist wach und ansprechbar. Er ist zeitlich, örtlich und zur Person orientiert. Äußere und innere Reize werden korrekt aufgenommen, erlebt und verarbeitet.</li> <li>• Benommenheit: Der Bewohner wirkt schläfrig oder gar gereizt. Sein Denken und sein Handeln sind verlangsamt und unpräzise.</li> <li>• Somnolenz: Der Bewohner schläft zwar, lässt sich durch Berührungen und lautes Ansprechen aber wecken. Im Wachzustand ist er antriebsarm und teilnahmslos. Er leidet unter Konzentrationsproblemen.</li> <li>• Sopor: Der Bewohner schläft tief. Nur massive äußere Reize können ihn wecken, und selbst dann nur für kurze Augenblicke. Der Bewohner ist in der Lage, zielgerichtet auf Schmerzreize zu reagieren.</li> <li>• Koma: Es gibt keine Möglichkeit, den Bewohner zu wecken. Die Augen bleiben geschlossen. Je nach Schweregrad des Komas gibt es zumindest noch Reaktionen auf Schmerz oder Pupillenreflexe.</li> </ul>
	Verhalten im Notfall	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn sich der Bewusstseinszustand eines Bewohners unerwartet verschlechtert, wird der Notarzt gerufen und der entsprechende Notfallstandard ausgeführt.</li> </ul>
	weitere Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Glasgow-Koma-Skala wird ausgefüllt.</li> <li>• Alle gewonnenen Informationen</li> </ul>

		<p>werden in der Pflegedokumentation festgehalten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflege von Bewohnern mit Bewusstseinsstörungen wird regelmäßig in Fallbesprechungen thematisiert.</li> <li>• Die Pflegeplanung wird regelmäßig aktualisiert.</li> <li>• Alle für die medizinische Behandlung relevanten Informationen werden an den Arzt weitergeleitet.</li> </ul>
<b>Dokumente:</b>	Pflegedokumentation	
<b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b>	Pflegefachkräfte	



<b>Standard "Maßnahmen nach einem Sturz"</b>	
<b>Definition:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Als Sturz bezeichnet man den unkontrollierten freien Fall eines Körpers aus dem Stehen, Sitzen oder Liegen.</li> <li>• Bedingt durch die reduzierte Knochenmasse, nachlassende Reflexe und den Abbau der schützenden Muskulatur führen Stürze bei Senioren häufiger zu Frakturen. Diese Ereignisse stehen dann häufig am Anfang einer stetig fortschreitenden Immobilität.</li> <li>• Jeder dritte Senior über 65 Jahre stürzt mindestens einmal pro Jahr. Bei über 80-Jährigen erleidet jeder Zweite mindestens einen Sturz innerhalb dieses Zeitraumes. Noch höher ist diese Rate bei stationär versorgten Senioren. Hier stürzt jeder Bewohner durchschnittlich fast eineinhalb Mal pro Jahr.</li> <li>• Bei über 65-Jährigen führt durchschnittlich jeder zehnte Sturz zu Verletzungen, die ärztlich versorgt werden müssen. Davon ist die Schenkelhalsfraktur mit 120.000 Fällen pro Jahr der weitaus häufigste Frakturtyp.</li> </ul>
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oberste Priorität nach einem Sturz hat der Gesundheitszustand des Bewohners.</li> <li>• Jedes Ereignis, das auf einen Sturz hindeutet, wird ernst genommen. Selbst wenn der Bewohner zunächst nicht über Schmerzen klagt, wird sein Zustand in den folgenden Stunden engmaschiger kontrolliert.</li> <li>• Nur bei kleineren äußeren Verletzungen verzichten wir darauf, einen Arzt zu rufen. Wenn hinreichende Anzeichen für eine innere Verletzung besteht, wird umgehend ein Notarzt alarmiert.</li> <li>• Ausnahmslos jedes Ereignis, das auf einen Sturz hindeutet, wird sorgfältig und unverzüglich protokolliert.</li> <li>• Nur die Pflegedienstleitung ist in Schadensfällen berechtigt, im Namen der Einrichtung schriftlich oder telefonisch mit der Krankenkasse zu kommunizieren. Dazu zählt insbesondere das Verschicken von Dokumentationskopien, Unfallberichten usw.</li> </ul>
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine etwaige Gesundheitsschädigung des Bewohners soll korrekt erkannt werden, damit eine angemessene medizinische Versorgung zeitnah eingeleitet werden kann.</li> <li>• Der Bewohner soll durch den Sturz nicht das Vertrauen in seine eigenen Fähigkeiten verlieren.</li> <li>• Die Einrichtung muss vor unangemessenen Schadensersatzansprüchen geschützt werden.</li> </ul>
<b>Vorbereitung:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir achten auf eine fundierte Sturzprophylaxe für alle Bewohner. Der Standard "Sturzprophylaxe" wird sorgfältig umgesetzt.</li> <li>• Die richtigen Maßnahmen nach einem Sturz werden regelmäßig im Rahmen der Erste-Hilfe-Ausbildung thematisiert.</li> <li>• Die korrekte Dokumentation eines Sturzes sowie die rechtlichen Folgen werden regelmäßig in internen und externen Fortbildungen vermittelt.</li> <li>• Wir halten stets aktuelle Fachliteratur zu diesem Thema bereit.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Pflegekräfte werden instruiert, bei telefonischen oder schriftlichen Anfragen der Krankenkasse hinsichtlich eines Sturzes auf die Pflegedienstleitung zu verweisen und selbst keine inhaltlichen Angaben zu machen.</li> <li>• Wir achten darauf, dass die Pflegeplanung stets den aktuellen Hilfebedarf des Bewohners widerspiegelt. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich der Gesundheitszustand des Bewohners bessert. Wir vermeiden damit, dass es zu Widersprüchen hinsichtlich der laut Pflegeplanung notwendigen Hilfeleistungen und der am Tag des Ereignisses geleisteten Hilfe kommt. Beispiel: Der Bewohner wird laut veralteter Pflegeplanung bei jedem Gang ins Badezimmer begleitet, war am Tag des Sturzes aber allein unterwegs. Was daran lag, dass er seit einigen Wochen wieder sicher gehen konnte und nach Ansicht der Bezugspflegekraft und des Hausarztes keine Begleitung mehr brauchte.</li> </ul>	
<p><b>Durchführung:</b></p>	<p>erste Maßnahmen nach dem Sturz bzw. nach dem Auffinden des Bewohners:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner wird mit seinem Namen angesprochen und beruhigt.</li> <li>• Bei Herz- und Atemstillstand beginnen wir sofort mit Mund-zu-Nase-Beatmung und Herzmassage. Wir rufen den Notarzt.</li> <li>• Die Pflegekraft prüft, ob der Bewohner bei Bewusstsein ist.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei Bewusstlosigkeit wird der Bewohner in eine stabile Seitenlage gebracht, der Notarzt gerufen und ggf. eine Wolldecke gegen die Auskühlung verwendet.</li> <li>○ Bis zum Eintreffen des Arztes werden permanent die Vitalwerte ermittelt. Ggf. wird der Bewohner reanimiert.</li> </ul> </li> </ul> <p>Hinweis zur Bewusstseinsprüfung: Wir stellen einfache Fragen, die einer ggf. vorhandenen dementiellen Erkrankung angemessen sind, etwa nach dem eigenen Vornamen oder dem Vornamen der Mutter/des Vaters. Wir beobachten den Bewohner genau, während er antwortet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegekraft misst Puls und Blutdruck. Diese dienen bei späteren Kontrollen als Vergleichswert.</li> <li>• Bei Diabetikern wird der Blutzucker gemessen.</li> <li>• Die Pflegekraft kontrolliert, ob eine Gehirnerschütterung vorliegt. Anzeichen dafür sind:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Übelkeit oder Erbrechen</li> <li>○ Erinnerungslücken, insbesondere zum Sturzhergang</li> </ul> </li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Änderung der Pupillenweite</li> <li>○ Kopfschmerzen</li> <li>○ Schwindel</li> </ul> <p>(Hinweis für die ambulante Pflege: Die Prüfung der Pupillenweite erfolgt mittels einer kleinen Taschenlampe, die jede Pflegekraft am Schlüsselbund tragen sollte.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegekraft fragt den Bewohner nach Schmerzen. Dabei rechnet sie stets damit, dass Schmerzen durch den Schock vielleicht unterdrückt werden.</li> <li>• Wir prüfen, ob äußerliche Verletzungen erkennbar sind. Wir inspizieren auch Bereiche, die durch Kleidung verdeckt sind. Insbesondere wird die Hose geöffnet, um die Knie, Unter- und Oberschenkel in Augenschein zu nehmen.</li> <li>• Bei Schmerzfreiheit: Alle vier Extremitäten werden vorsichtig durch bewegt, um Frakturen ausschließen zu können. Die Pflegekraft fordert den Bewohner auf, sich auf den Bauch zu drehen. Danach hilft die Pflegekraft dem Bewohner dabei, in den Vierfüßlerstand zu kommen. Der Bewohner soll zunächst ein Bein aufstellen und sich dann aufrichten.</li> <li>• Wenn Bewohner über Schmerzen klagen, sich nicht bewegen können, in unnormaler Lage am Boden liegen oder unfreiwillig Harn verlieren, gehen wir von einer Fraktur aus. Eine Pflegekraft alarmiert den Notarzt. Der Bewohner wird nicht in sein Bett gebracht, da durch den Transfer die gesundheitlichen Schäden größer werden könnten. Eine Decke schützt den Bewohner vor der Auskühlung.</li> <li>• Der Bewohner wird bis zum Eintreffen des Arztes von einer Pflegekraft überwacht. Wir sprechen mit dem Bewohner über vertraute Themen. (Diese ergeben sich aus dessen Biografie).</li> <li>• Falls sich der Bewohner übergibt, halten wir die Atemwege frei.</li> <li>• Ggf. wird die Krankenhauseinweisung vorbereitet. Insbesondere stellen wir sicher, dass der Weg zum Rettungswagen frei geräumt ist, da der Bewohner liegend transportiert wird.</li> <li>• Wenn der Bewohner trotz</li> </ul>
--	--	--

		<p>offensichtlicher Verletzungen das Rufen des Notarztes ablehnt, suchen wir den Dialog mit dem Bewohner und dringen auf eine Änderung seiner Entscheidung. Dafür wird ggf. eine zweite Pflegekraft als Zeuge hinzugezogen. Wenn wir glauben, dass der Bewohner akut verwirrt ist (als Folge des Sturzes) wird dennoch der Notarzt gerufen. Dieses auch, wenn der Bewohner aufgrund einer dementiellen Erkrankung keine Entscheidungen treffen kann.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Abstand von 1, 2, 6, 12 und 24 Stunden wird der Gesundheitszustand des Bewohners erfasst. Kriterien sind:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bewusstseinszustand</li> <li>○ Vitalwerte</li> <li>○ Veränderung der Pupillengröße</li> <li>○ Schmerzzustand</li> <li>○ Beweglichkeit</li> <li>○ Schwellungen / Hämatome</li> <li>○ 24 Stunden nach dem Sturz kontrollieren wir, ob Hirndruckzeichen vorliegen, etwa Druckpuls oder lichtstarre Pupillen. Die Kontrolle erfolgt ggf. auch in der Nacht.</li> <li>○ In den folgenden Tagen wird der Bewohner beobachtet (Veränderungen im Gang).</li> </ul> </li> </ul> <p>(Hinweis für die ambulante Pflege: Die Überprüfung des Zustandes des Patienten erfolgt im Rahmen eines oder mehrerer zusätzlicher Kontrolleinsätze.)</p>
	<p>Maßnahmen bei Verletzungen:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bagatellverletzungen, also etwa Abschürfungen, werden versorgt. Wenn die Beweglichkeit des Gelenks gegeben ist und keine weiteren Verletzungen zu befürchten sind, ist keine Information an den Hausarzt erforderlich.</li> <li>• Offene Wunden werden steril bedeckt und ggf. Blutungen mittels eines Druckverbandes gestoppt. Wir fordern ärztliche Hilfe an.</li> <li>• Bewohner mit Nasenbluten werden aufgefordert, den Kopf nach vorne zu beugen und das Blut in einer Nierenschale zu sammeln. Die Pflegekraft legt dem Bewohner kalte Kompressen in den Nacken. Wenn der Bewohner viel Blut verloren hat, wird ein Arzt informiert.</li> <li>• Besondere Vorsicht ist geboten bei Bewohnern, die Antikoagulanzen</li> </ul>

		<p>("Gerinnungshemmer") einnehmen.</p>
<p><b>Nachbereitung:</b></p>	<p>Informationsbeschaffung für die spätere Dokumentation:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner wird zum Verlauf des Sturzes befragt. Wir fragen insbesondere nach Fremdverschulden, etwa ob er von einem Mitbewohner geschubst wurde.</li> <li>• Die Pflegekraft prüft, ob Mitbewohner den Sturz beobachtet haben.</li> <li>• Der Sturzort wird in Augenschein genommen. Die Pflegekraft prüft, ob ein Auslöser des Sturzes zu erkennen ist.</li> </ul>
	<p>weitere Maßnahmen:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es darf kein relevanter Faktor ausgelassen werden. Aus dem Bericht muss klar hervorgehen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ wann und wo das Ereignis stattfand</li> <li>○ welche Pflegekraft als erste vor Ort war</li> <li>○ in welchem Zustand und Position der Bewohner vorgefunden wurde</li> <li>○ ob es Zeugen gab</li> <li>○ ob der Bewohner Angaben zum Hergang machen konnte</li> <li>○ ob er sich verletzt hat</li> <li>○ ob er sich bewegen kann</li> <li>○ welche Maßnahmen getroffen wurden</li> <li>○ ob es vor Ort offensichtliche Auslöser des Sturzes gab</li> </ul> </li> <li>• Wenn der Bewohner nach einem Unfall schmerzfrei gehen kann, wird dieses explizit dokumentiert, da dann kein Oberschenkelhalsbruch vorliegt. Solange nicht feststeht, dass es sich bei dem Ereignis um einen Sturz handelte, wird der Begriff "Sturz" in der Dokumentation nicht verwendet, sondern ggf. "Ereignis". Wenn also ein dementer Bewohner neben der Toilette sitzend vorgefunden wurde, ist es möglich, dass er sich versehentlich neben die Toilette gesetzt hat. In diesem Fall lautet der Eintrag "Bewohner um 14.10 im eigenen Badezimmer neben der Toilette sitzend vorgefunden ..."</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegedienstleitung wird über den Sturz informiert.</li> <li>• Das Ereignis wird noch am gleichen</li> </ul>

		<p>Tag sorgfältig dokumentiert. Dazu gehört in jedem Fall auch die Beschreibung der später durchgeführten Kontrollmaßnahmen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die nachfolgende Schicht wird über das Ereignis informiert.</li> <li>• Ggf. schreibt die Pflegedienstleitung einen Unfallbericht.</li> <li>• Ggf. wird die Pflegeplanung des Bewohners um Komponenten der Sturzprophylaxe erweitert.</li> <li>• Wir prüfen, ob weitere Hilfsmittel notwendig sind (Gehstock, Rollstuhl usw.).</li> <li>• Wir prüfen, ob Fixierungsmaßnahmen sinnvoll sind (Bauchgurt im Rollstuhl, Bettgitter usw.)</li> <li>• Wir helfen dem Bewohner oder dessen Angehörigen beim Ausfüllen des an ihn gerichteten Unfallbogens. Wir bitten um Erlaubnis, eine Kopie des Bogens machen zu dürfen, bevor er an die Krankenkasse verschickt wird.</li> <li>• Wir stellen sicher, dass alle Angaben des Unfallberichts für die Krankenkasse mit unserer Pflegedokumentation insbesondere mit dem Berichtsblatt übereinstimmen.</li> </ul>
	<p>Prognose</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je nach Schwere der Verletzung ist mit einer erhöhten Sterblichkeit zu rechnen. Bei einer Schenkelhalsfraktur überlebt rund jeder 10. Betroffene die Operation nicht oder nur kurzzeitig. Jeder vierte Betroffene verstirbt binnen eines Jahres an den Folgen der Verletzung.</li> <li>• In den folgenden Wochen muss die Entstehung einer Sturzphobie verhindert werden, also eine gesteigerte Angst vor weiteren Stürzen. Bewohner bewegen sich dann ungewöhnlich vorsichtig und weniger elastisch. Dieses kann zu Störungen im Bewegungsablauf führen und steigert erneut das Sturzrisiko.</li> <li>• Wenn der Bewohner immobil wird, verlagert sich das Risiko. Er kann zwar nicht mehr stürzen, erleidet dafür aber gehäuft einen Dekubitus, eine Embolie oder etwa eine Pneumonie.</li> </ul>
<p><b>Dokumente:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berichtsblatt</li> <li>• Vitaldatenblatt</li> <li>• Unfallbericht</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sturzprotokoll / Ereignisprotokoll</li></ul>
<b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• alle Pflegekräfte</li></ul>

<b>Standard "Krankenhauseinweisung"</b>			
Definition:	Die Gesundheit und das Wohlbefinden unserer Bewohner stehen im Mittelpunkt unseres Handelns. Die Krankenhauseinweisung muss daher für den Bewohner so schonend und stressfrei wie möglich ablaufen. Dafür ist eine lückenlose Kooperation zwischen Pflegeeinrichtung und Krankenhaus unverzichtbar.		
Grundsätze:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Entscheidung, ob ein Bewohner in ein Krankenhaus eingewiesen werden muss, wird stets von einem Arzt getroffen (Hausarzt, Notarzt, Facharzt usw.)</li> <li>• Insbesondere bei einer unerwarteten Krankenhauseinweisung, etwa in Folge eines Unfalls, müssen die Pflegekräfte besonnen und professionell handeln.</li> <li>• Wichtige Unterlagen und Medikamente dürfen nicht in der Pflegeeinrichtung vergessen werden.</li> <li>• Bewohner und deren Angehörige sollten durch die Krankenhauseinweisung so wenig wie möglich beunruhigt werden.</li> </ul>		
Ziele:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dem Krankenhauspersonal stehen alle wichtigen Dokumente und Informationen zur Verfügung.</li> <li>• Der Bewohner verfügt im Krankenhaus über alle wichtigen Gegenstände (Pflegehilfsmittel, Toilettenartikel usw.), die seinen Aufenthalt so angenehm wie möglich gestalten.</li> <li>• Alle Funktionsbereiche der Pflegeeinrichtung (Pflegebereich, Hauswirtschaft und Verwaltung) werden über die Krankenhauseinweisung informiert und können alle daraus resultierenden organisatorischen Maßnahmen treffen.</li> </ul>		
Vorbereitung:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unsere Pflegekräfte werden regelmäßig zum korrekten Ablauf einer Krankenhauseinweisung geschult.</li> <li>• Alle Dokumente werden stets zeitnah und lückenlos geführt, damit alle Informationen jederzeit verfügbar sind.</li> </ul>		
Durchführung:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Bekleidung des Bewohners wird gerichtet.</li> <li>• Bis zur Übergabe des Bewohners an das Krankenwagenpersonal wird dieser von einer Pflegekraft (ideal Bezugspflegekraft) begleitet.</li> </ul>		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">                     Folgende Dokumente und Utensilien werden zusammengestellt und dem Bewohner mitgegeben:                       Dokumente:                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ggf. Einweisung des behandelnden Arztes</li> <li>• Krankenversicherungskarte und ggf. Zusatzversicherungsnachweise</li> <li>• Allergiepass (falls vorhanden)</li> <li>• Schrittmacherpass (falls vorhanden)</li> <li>• Patientenverfügung (falls vorhanden)</li> <li>• Diabetespass (falls vorhanden)</li> <li>• wichtige Berichte des Hausarztes oder Unterlagen aus früheren Krankenhausaufenthalten (also:</li> </ul> </td> </tr> </table>	Folgende Dokumente und Utensilien werden zusammengestellt und dem Bewohner mitgegeben:  Dokumente:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ggf. Einweisung des behandelnden Arztes</li> <li>• Krankenversicherungskarte und ggf. Zusatzversicherungsnachweise</li> <li>• Allergiepass (falls vorhanden)</li> <li>• Schrittmacherpass (falls vorhanden)</li> <li>• Patientenverfügung (falls vorhanden)</li> <li>• Diabetespass (falls vorhanden)</li> <li>• wichtige Berichte des Hausarztes oder Unterlagen aus früheren Krankenhausaufenthalten (also:</li> </ul>
Folgende Dokumente und Utensilien werden zusammengestellt und dem Bewohner mitgegeben:  Dokumente:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ggf. Einweisung des behandelnden Arztes</li> <li>• Krankenversicherungskarte und ggf. Zusatzversicherungsnachweise</li> <li>• Allergiepass (falls vorhanden)</li> <li>• Schrittmacherpass (falls vorhanden)</li> <li>• Patientenverfügung (falls vorhanden)</li> <li>• Diabetespass (falls vorhanden)</li> <li>• wichtige Berichte des Hausarztes oder Unterlagen aus früheren Krankenhausaufenthalten (also:</li> </ul>		



		<p>vorhandene Röntgenbilder, Aufnahmen vom Kernspin- bzw. Computertomograph, Laborwerte, EKG)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kopie des Pflegeberichtes</li> </ul>
	<p>Utensilien:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorrat wichtiger Medikamente</li> <li>• Schlafanzug/Nachthemd; Bademantel</li> <li>• Hausschuhe mit rutschfester Sohle</li> <li>• Unterwäsche, Socken, bequeme Oberbekleidung</li> <li>• Handtücher, Waschlappen, Seife, Zahnbürste und Zahnpasta bzw. Reinigungsmittel für die "Dritten Zähne"</li> <li>• Kamm/Bürste, Rasierer, Kosmetika, Deodorant, Nagelschere und -feile</li> <li>• Brille mit Etui</li> <li>• Papier und Stift (für Fragen)</li> <li>• Kleingeld (u.a. für Krankenhaus-Chipkarte zum Telefonieren)</li> <li>• Wecker</li> <li>• Bücher/Zeitschriften, Fernsehzeitschrift</li> </ul>
	<p>Folgende Daten werden im Überleitungsbogen ermittelt und für das Krankenhaus zusammenstellt:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• letzter Stuhlgang</li> <li>• DK-Größe und letzter Wechsel</li> <li>• Name und Telefonnummer des behandelnden Hausarztes</li> <li>• Name und Telefonnummer der behandelnden Fachärzte</li> <li>• Name und Telefonnummer der Angehörigen</li> <li>• ggf. Name, Telefonnummer und Kompetenzen des Betreuers</li> <li>• ggf. Ernährungsplan (PEG) und Infusionsplan</li> <li>• Hilfebedarf des Bewohners in den ATL / AEDL</li> <li>• Übersicht über regelmäßig einzunehmende Medikamente</li> </ul>
	<p>Folgende Funktionsbereiche und externe Partner werden informiert:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwaltung</li> <li>• Hauswirtschaft</li> <li>• Angehörige</li> <li>• Betreuer</li> <li>• Hausarzt</li> </ul>
<p>Nachbereitung:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle bei der Krankenhauseinweisung aufgetretenen Probleme werden dokumentiert und im Qualitätszirkel diskutiert.</li> <li>• Alle Pflegekräfte werden bei der Übergabe über die Krankenhauseinweisung informiert</li> <li>• Alle Wertgegenstände des Bewohners werden erfasst und gesichert.</li> <li>• Ggf: Die Versorgung der Haustiere wird sichergestellt.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Zimmer des Bewohners wird gereinigt und das Bett frisch bezogen.</li> <li>• Die Krankenseinweisung wird genau dokumentiert.</li> <li>• Der Bewohner erhält - sofern möglich - nach einigen Tagen Besuch durch die Bezugspflegekraft.</li> </ul>
Dokumente:	Überleitungsbogen
Qualifikation / Verantwortlichkeit:	Pflegefachkraft

<b>Standard "Versorgung von Bagatellwunden"</b>		
<b>Definition:</b>	<p>Bagatellwunden sind Wunden, die aufgrund ihres geringen Verletzungsausmaßes zunächst keine ärztliche Untersuchung rechtfertigen. Wichtige Kriterien dafür sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ausreichende Tetanusschutzimpfung</li> <li>• bei Schnittwunden                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ nur oberflächliche Verletzung</li> <li>○ relativ sauberer Schnittgegenstand</li> </ul> </li> <li>• bei Schürfwunden                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ geringe Exsudation</li> <li>○ mäßige Blutung und mäßige Verschmutzung</li> <li>○ Wundreinigung ohne Lokalanästhesie möglich</li> <li>○ keine Verletzung von Hautschichten unterhalb der Epidermis</li> <li>○ keine Wunde in der Nähe des Auges</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bagatellwunden werden mit der gleichen Aufmerksamkeit versorgt wie große Wunden. Nur so wird sichergestellt, dass keine Komplikationen auftreten.</li> <li>• Wenn es hinreichende Anzeichen für die Gefahr von Komplikationen gibt, sollte die Wunde von einem Arzt untersucht werden.</li> </ul>	
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Wunde infiziert sich nicht.</li> <li>• Der Bewohner hat keine Schmerzen.</li> <li>• Die Wundheilung verläuft so schnell wie möglich.</li> <li>• Die Wunde hinterlässt keine oder eine möglichst kleine Narbe.</li> <li>• Der Bewohner, seine Mitbewohner und die Pflegekräfte werden vor Keimübertragungen geschützt.</li> </ul>	
<b>Vorbereitung:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir sorgen dafür, dass unsere Bewohner alle zehn Jahre die Tetanusimpfung auffrischen.</li> <li>• Wir benennen einen Wundbeauftragten, der kontinuierlich weitergebildet wird.</li> </ul>	
<b>Durchführung:</b>	allgemeine Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir beruhigen den Bewohner.</li> <li>• Vor dem ersten Kontakt mit der Wunde führt die Pflegekraft eine hygienische Händedesinfektion durch und zieht Einmalhandschuhe an.</li> <li>• Wir stellen sicher, dass sich der Bewohner (z.B. bei einem Sturz) nicht ernsthaft verletzt hat.</li> <li>• Wir ermitteln ggf. die Vitalwerte.</li> <li>• Wir prüfen, ob der Bewohner über eine ausreichende Tetanusschutzimpfung verfügt.</li> </ul>

	<p>Wundreinigung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auch Wunden, die zunächst "sauber" wirken, sollten stets gespült werden. Wir verwenden dafür sterile Kochsalzlösung oder Ringerlösung.</li> <li>• Je deutlicher die Wunde verschmutzt ist, umso mehr Spüllösung sollte genutzt werden.</li> <li>• Mit sterilen Tupfern, Kompressen oder einer Pinzette werden einzelne Schmutzpartikel entfernt.</li> <li>• Bei oberflächlichen Wunden kann der Druck erhöht werden, indem eine Kanüle zum Spülen genutzt wird.</li> </ul>
	<p>Wunddesinfektion</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschmutzte Wunden werden desinfiziert. Wir verwenden dafür:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Octenidin-Lösung</li> <li>○ ggf. PVP-Iod-Lösung</li> <li>○ ggf. PVP-Iod-Gel</li> </ul> </li> <li>• Das Wundantiseptikum verbleibt auf der Wunde.</li> <li>• Eine mehrmalige Wunddesinfektion ist zumeist nicht notwendig.</li> </ul>
	<p>Abdecken</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kleine Wunden werden mit einem Fertigverband abgedeckt, also etwa mit einem sterilen Pflaster (Wundkissen in der Mitte und umgebende Klebefläche).</li> <li>• Alternativ nutzen wir ein Stück sterile Komresse, das wir mit einem breitflächigen Fixierpflaster über der Wunde positionieren.</li> <li>• Bei minimaler Sekretion kann auch ein semipermeabler Folienverband eingesetzt werden.</li> </ul>
	<p>Beobachtung</p>	<p>Die Wunde wird regelmäßig kontrolliert. Relevante Veränderungen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schmerzen</li> <li>• Überwärmung</li> <li>• Rötung</li> <li>• Sekretion</li> <li>• Schwellung</li> </ul>
	<p>spezielle Maßnahmen bei Schnittwunden</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Schwere der Verletzung wird abgeschätzt. Nerven oder größere Gefäße dürfen nicht verletzt sein. Ggf. prüfen wir die Funktionsfähigkeit der umliegenden Gelenke.</li> <li>• Wir lassen die Wunde zunächst etwas ausbluten, bevor diese ausgespült und</li> </ul>

		<p>abgedeckt wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn die Gefahr einer Infektion mit HIV oder Hepatitis besteht, wird der entsprechende Notfallstandard umgesetzt.</li> </ul>
	<p>spezielle Maßnahmen bei Schürfwunden</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist häufig von einer großen Verschmutzung auszugehen. Die Spülung der Wunde erfolgt daher besonders sorgfältig.</li> <li>• Die Wunde kann mit imprägnierten Gazen oder speziellen nicht verklebenden Kompressen versorgt werden.</li> <li>• Bei Exsudation nutzen wir Hydrokolloide oder Hydrogele als Wundauflagen.</li> <li>• Zur Stillung von Blutungen eignen sich Wundverbände auf Alginate-Basis.</li> <li>• Nur leichte Schürfwunden können unbedeckt bleiben. Wir nutzen dann einen Sprühverband. Wir bereiten den Bewohner darauf vor, dass Sprühverbände etwas brennen können. Unter Schorf heilen solche Wunden erfahrungsgemäß besser ab. (Anmerkung: Dieser Punkt ist umstritten. Häufig wird die offene Wundheilung abgelehnt, da der Schorf die Migration von Epithelzellen behindert.)</li> <li>• In der Heilungsphase, nachdem sich die Wunde geschlossen hat, kann eine Wund- und Heilsalbe aufgetragen werden.</li> </ul>
<p><b>Nachbereitung:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Ereignis wird noch am gleichen Tag sorgfältig dokumentiert. Dazu gehört in jedem Fall auch die Beschreibung der später durchgeführten Kontrollmaßnahmen.</li> <li>• Abfälle werden entsorgt. Spitze Gegenstände wie Kanülen müssen in fest umschlossenen Behältern entsorgt werden, um Stichverletzungen zu vermeiden.</li> <li>• Der Bewohner wird nach dem Befinden und Schmerzen befragt.</li> <li>• Der Bestand an Verbrauchsmaterial wird überprüft und ggf. eine Nachbestellung eingeleitet bzw. der Arzt um ein Rezept gebeten.</li> <li>• Angebrochene Spüllösungen werden nach spätestens 24 Stunden verworfen.</li> <li>• 24 Stunden nach dem Ereignis muss jede Bagatellwunde von der Wundbeauftragten überprüft werden.</li> </ul>	
<p><b>Dokumente:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wunddokumentation</li> <li>• ärztliches Ordnungsblatt</li> <li>• Kommunikationsblatt mit dem Arzt</li> </ul>	
<p><b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegefachkräfte</li> </ul>	

### **Dienstanweisung: Verhalten bei einem Unfall mit Medizinprodukten**

Wichtig: Diese Dienstanweisung ist zu befolgen, sobald die Erstversorgung eines ggf. verletzten Bewohners erfolgt ist.

#### **Nach einem Unfall, bei dem ein Bewohner verletzt wurde, sind folgende Personen umgehend zu informieren:**

- die Pflegedienstleitung (rund um die Uhr, Privatruftnummern siehe internes Telefonverzeichnis)
- die Heimleitung (rund um die Uhr, Privatruftnummern siehe internes Telefonverzeichnis)
- falls die Polizei vor Ort bereits ermitteln sollte: Rechtsanwalt Dr. Stein (01234/ 5678 oder 0171 / 87654321)

#### **Sicherung von Beweismitteln:**

- Das Medizinprodukt wird außer Betrieb genommen. Es dürfen keine Reparaturmaßnahmen durchgeführt werden.
- Nach Möglichkeit wird der Unfallort nicht verändert. Mit unserer Digitalkamera für die Wunddokumentation werden Aufnahmen des Unfallortes erstellt. Die Aufnahmen werden schnellstmöglich ausgedruckt und umseitig von zwei Mitarbeitern unterschrieben.

#### **Sicherung der Dokumentation:**

- Nach Rücksprache mit der Heimleitung oder der Pflegedienstleitung wird der Unfall in die Pflegedokumentation eingetragen. Die Eintragung erfolgt lückenlos, sachlich, wahrheitsgetreu. Wertungen, Meinungen und Schuldzuweisungen unterbleiben.
- Von der Pflegedokumentation werden Fotokopien erstellt, da die Originale ggf. von der Polizei beschlagnahmt werden könnten.
- Darüber hinaus kann sich jeder Beteiligte eigene Aufzeichnungen machen, um diese später ggf. als Gedächtnisstütze zu nutzen.

#### **Aussagen gegenüber Polizei, Bewohnern und Angehörigen:**

- Kein Mitarbeiter äußert sich zu dem Unfall, wenn er sich durch die Angaben ggf. selbst oder unsere Einrichtung belasten könnte. Jede Form eines Schuldeingeständnisses hat zu unterbleiben.
- Im Zweifelsfall ist jede Aussage zu verweigern, bis unser Rechtsanwalt vor Ort verfügbar ist.

Ort, Datum, Unterschrift des Mitarbeiters

<b>Standard "Verhalten bei einem Verkehrsunfall"</b>		
Definition:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Autounfall ist, selbst wenn es bei einem Blechschaden bleibt, eine gravierende Störung unseres Betriebsablaufes. Es ist daher wichtig, dass in einer solchen Situation Ruhe bewahrt und besonnen reagiert wird.</li> </ul>	
Grundsätze:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach einem Verkehrsunfall ist jeder Unfallbeteiligte verpflichtet, am Unfallort zu bleiben, bis alle anderen Beteiligten die Möglichkeit hatten, die Personalien festzustellen.</li> </ul>	
Ziele:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflege unserer Patienten soll so wenig wie möglich beeinträchtigt werden.</li> <li>• Das beschädigte Fahrzeug muss schnellstmöglich repariert werden.</li> <li>• Die Voraussetzung für eine schnelle Schadensregulierung durch die Versicherungen müssen geschaffen werden.</li> </ul>	
Vorbereitung:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jede Pflegekraft verfügt über ein Mobiltelefon mit ausreichend Guthaben und Akkuleistung.</li> <li>• Während der Einsätze sollte das Mobiltelefon stets eingeschaltet sein. Jede Pflegekraft wird darüber hinaus gebeten, auch in der Freizeit das Mobiltelefon eingeschaltet zu lassen.</li> <li>• Jede Pflegekraft verfügt über eine Telefonliste mit den Rufnummern der Patienten und deren wichtigsten Angehörigen.</li> <li>• Jede Pflegekraft verfügt über ein Verzeichnis der Rufnummern aller Kollegen.</li> <li>• Jedes Fahrzeug ist mit einem "Unfallset" ausgerüstet, bestehend aus einer Einwegkamera und einem Formular "Unfallbericht"</li> <li>• Jedes Fahrzeug verfügt über einen Notizblock mit Kugelschreiber</li> <li>• Dieser Standard ist in jedem Fahrzeug hinterlegt.</li> </ul>	
Durchführung:	Sicherung der Unfallstelle und Hilfe für Verletzte:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Warnblinkanlage einschalten</li> <li>• Warndreieck und, soweit vorhanden, Warnleuchte aufstellen</li> <li>• Verletzte werden versorgt.</li> <li>• Bei Unfällen mit Personenschäden oder Sachschäden, die über kleine Blechschäden hinausgehen, wird die Polizei per Notruf informiert.</li> </ul>
	Sammlung von Daten und Informationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Personalien aller am Unfall Beteiligten werden notiert (Ausweis oder Führerschein einsehen).</li> <li>• Die Kfz-Kennzeichen von sämtlichen Unfallbeteiligten werden notiert.</li> <li>• Die Namen und Adressen von möglichen</li> </ul>

		<p>Zeugen werden notiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auf keinen Fall werden Schuldeingeständnisse abgegeben - weder schriftlich noch mündlich!</li> <li>• Eine Unfallskitze wird erstellt. Mit Hilfe der Einwegkamera werden Fotos aus allen Blickwinkeln gemacht.</li> <li>• Der Unfallbericht wird ausgefüllt und unterschrieben.</li> </ul>
	<p>dienstliche Erfordernisse:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegedienstleitung wird über den Unfall informiert. Diese bestimmt über das weitere Vorgehen.</li> <li>• Sollte die Pflegedienstleitung nicht erreichbar sein, wird wie folgt vorgegangen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Patienten bzw. deren Angehörige werden telefonisch über die Verspätung informiert.</li> <li>○ Sollte eine Weiterfahrt unmöglich sein, wird versucht, ein Ersatzfahrzeug zu beschaffen.</li> <li>○ Weitere Kollegen werden über den Unfall informiert und gebeten, einzelne Patienten der Tour zu übernehmen. Es muss dabei sichergestellt sein, dass die Pflege tatsächlich geleistet wird und dass kein Patient vergessen wird.</li> <li>○ So schnell wie möglich wird die Pflegedienstleitung informiert.</li> </ul> </li> <li>• Bei nur leichten Blechschäden ist die Tour fortzusetzen.</li> <li>• Sollte das Fahrzeug beschädigt worden sein, wird es zur Werkstatt "VW Maier und Söhne, Musterstraße 12, 12345 Beispielstadt gefahren. Sollte es nicht mehr fahrtauglich sein, wird die Werkstatt unter (01234) 56 78 informiert und ein Abschleppfahrzeug angefordert.</li> <li>• Vertrauliche Unterlagen werden aus dem Fahrzeug entnommen.</li> </ul>
<p>Nachbereitung:</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Fotos der Einwegkamera werden entwickelt und Ersatz für die Kamera beschafft.</li> <li>• Alle Bewohner, deren Pflege durch den Unfall verzögert wurde, erhalten einen kleinen Blumenstrauß bzw. eine kleine Schachtel Pralinen.</li> </ul>
<p>Dokumente:</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unfallbericht</li> <li>• Telefonliste Patienten</li> <li>• Telefonliste Pflegekräfte</li> </ul>



Qualifikation /  
Verantwortlichkeit:

- alle Pflegekräfte

<b>Standard "Brandschutz in der stationären Pflege"</b>		
<b>Definition:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pro Jahr kommt es zu rund 50 Bränden in stationären Pflegeeinrichtungen. Bei diesen Bränden sterben bis zu 20 Senioren, 150 werden verletzt.</li> <li>• Wir verfolgen in unserer Einrichtung daher einer Doppelstrategie. Einerseits muss ein Brand durch entsprechende Sicherheitsmaßnahmen vermieden werden. Gleichzeitig gilt es richtig zu handeln, falls es trotzdem zu einem Feuer kommt.</li> <li>• Dieser Standard beschreibt, wie Pflegekräfte durch ihr Verhalten das Brandrisiko senken können. Baurechtliche Aspekte sind ausgeklammert.</li> </ul> <p>Hinweis: Dieser Standard sollte in enger Kooperation mit der Feuerwehr überarbeitet und an die jeweiligen Bedingungen vor Ort angepasst werden. Beispiel: Pflegeheime der ersten und zweiten Generation benötigen mit ihren langgestreckten Fluren eine andere Konzeption als etwa Einrichtungen der dritten oder vierten Generation. Dort sind die Flure nicht primär Fluchtwege sondern immer auch Teil des Wohnraumes und entsprechend eingerichtet.</p>	
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn eigene Löschversuche nicht sofort Wirkung zeigen, wird umgehend die Feuerwehr informiert. Es darf keine Zeit vergeudet werden.</li> <li>• Die Rettung von Bewohnern hat Vorrang vor der Rettung des Gebäudes.</li> <li>• Keine Pflegekraft spielt den Helden. Die Rettung eines Bewohners aus einer unmittelbaren Gefahrenlage erfolgt nur, wenn das Risiko für die Pflegekraft gering ist.</li> </ul>	
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Entstehung eines Brandes wird vermieden.</li> <li>• Falls es dennoch brennt, wird die Rauch- und Feuerausbreitung vermindert und verzögert.</li> <li>• Es kommen keine Menschen zu Schaden.</li> <li>• Die Bewohner werden nicht unnötig beunruhigt.</li> <li>• Sachschäden werden auf ein Minimum begrenzt.</li> </ul>	
<b>Vorbereitung:</b>	Organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im gesamten Gebäude unserer Pflegeeinrichtung gilt ein Rauchverbot. Dieses umfasst alle Mitarbeiter, also den Pflegebereich, die Verwaltung und auch die Hauswirtschaft. Mitarbeiter können in ihrer Pause im Raucherraum rauchen.</li> <li>• Der Umgang mit Kerzen (etwa in der Adventszeit) wird durch eine Dienstanweisung geregelt.</li> <li>• Wenn Bewohner eigene Elektrogeräte mit in die Einrichtung bringen, so wird deren Sicherheit überprüft. Geräte, von denen eine Feuergefährdung ausgeht, werden vom Stromnetz getrennt. Relevant sind insbesondere schadhafte elektrische</li> </ul>

		<p>Isolierungen, defekte Schalter oder Schwelgeruch. Gemeinsam mit der Haustechnik prüfen wir, ob eine Reparatur sinnvoll ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In Fluren, die als Flucht- und Rettungswege benötigt werden, dürfen keine brennbaren Stoffe gelagert werden. Dazu zählen insbesondere Papier, Kartons, Möbelstücke oder Sauerstoffflaschen.</li> <li>• Notausgänge, Fluchtflure, Ein- und Ausgänge, Treppenaufgänge, Fluchtbalkone usw. werden durch entsprechende Schilder gekennzeichnet. Sie müssen von allen Gegenständen frei gehalten werden, die eine rasche Flucht erschweren würden.</li> <li>• Wir stellen sicher, dass die Zufahrtswege nicht durch parkende Fahrzeuge blockiert oder verengt sind. Angehörige, externe Partner usw. werden freundlich darum gebeten, ihre Pkw auf den dafür vorgesehenen Flächen zu parken.</li> <li>• Soweit Rauch- und Brandabschnittstüren nicht vom Brandmeldesystem automatisch geschlossen werden, sorgen die Mitarbeiter dafür, dass diese stets geschlossen sind. In keinem Fall dürfen Keile oder andere Gegenstände dazu genutzt werden, die Türen offen zu halten.</li> <li>• Wir bringen auf jeder Ebene die jeweiligen Geschossgrundrisse an. Hier drauf sind auch die Fluchtwege gekennzeichnet und die Positionen der Feuerlöscher vermerkt. Wir stellen sicher, dass diese Informationen nicht verdeckt werden.</li> <li>• Wenn ein Mitarbeiter einen Schaden an einem Feuerlöscher bemerkt, informiert er unverzüglich die Haustechnik.</li> </ul>
	<p>Vorbereitung des Personals</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir benennen einen Brandschutzbeauftragten. Dieser wird entsprechend weitergebildet und ist für die Einhaltung der Sicherheitsvorschriften zuständig. Insbesondere führt er regelmäßige Begehungen der Einrichtung durch.</li> <li>• Alle Maßnahmen zum Brandschutz sind Teil der Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Einmal im Jahr findet in unserem Haus eine Unterweisung zum Brandschutz statt. Beides ist Aufgabe des Brandschutzbeauftragten.</li> <li>• Nachtwachen nehmen einmal im Jahr an einer speziellen Brandschutzschulung für Nachtwachen teil.</li> <li>• In regelmäßigen Abständen wird die</li> </ul>

		<p>komplette Evakuierung des Pflegeheimes geübt. Die „Rollen“ der zu rettenden Heimbewohner werden dabei von Schülern, Praktikanten, Angehörigen oder Ehrenamtlichen übernommen.</p>
	<p>rauchende Bewohner:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir können Bewohnern das Rauchen in ihren Zimmern nicht verbieten, da es sich hierbei um deren zentralen Lebensbereich handelt.</li> <li>• Wir wirken auf den Bewohner ein, das Rauchen einzustellen. Dieses begründen wir primär mit den gesundheitlichen Folgen des Nikotinkonsums.</li> <li>• Wir erfassen das Risiko, das von jedem rauchenden Bewohner ausgeht. Relevant sind dabei etwaige dementielle Erkrankungen sowie der Kooperationswille. Beispiel: Ein Bewohner raucht trotz mehrmaliger deutlicher Ansprache weiterhin im Bett.</li> <li>• Riskantes Verhalten eines Bewohners wird von den Pflegekräften im Dialog korrigiert. Zudem muss jede dieser Gefährdungen umgehend der Pflegedienstleitung gemeldet werden.</li> <li>• Abhängig vom ermittelten Risiko wird das Verhalten des Bewohners überwacht. Insbesondere wird die Frequenz der Besuche im Bewohnerzimmer erhöht.</li> <li>• Zudem ist es wichtig, dass der Bewohner in seiner Nähe einen Sicherheitsaschenbecher vorfindet. Es ist riskant, wenn Asche in brennbare Abfallbehälter entsorgt wird.</li> </ul>
<p><b>Durchführung:</b></p>	<p>Erkennung eines Brandes und Betätigung des Brandmelders</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn eine Pflegekraft Brandgeruch, Brandrauch oder Flammen bemerkt, vergeudet sie keine Zeit mit der Suche nach der Brandquelle, sondern betätigt den nächsten Brandmelder. Falls sich die Pflegekraft getäuscht hat, hat dieses für sie keine negativen Konsequenzen.</li> <li>• Die Pflegekraft nimmt den nächsten Feuerlöscher, zieht ggf. bereits jetzt die Sicherung und sucht nach der Ursache.</li> </ul>
	<p>Löschversuch</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falls Rauch aus einem Spalt der Tür eines Zimmers tritt, prüft die Pflegekraft mit dem Handrücken, ob die Tür heiß ist.</li> <li>• Wenn die Tür oder der Türgriff heiß sind, Rauch schon durch die untere Türritze dringt oder die Farbe Blasen wirft, bleibt die Tür geschlossen.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falls die Tür kalt ist, öffnet die Pflegekraft diese einen Spalt weit und blickt in das Zimmer. Sichtbare Flammen werden von der Tür aus gelöscht, also ohne das Zimmer zu betreten.</li> <li>• Brennende elektrische Geräte werden durch Betätigung des „Notaus“-Schalters vom Stromnetz getrennt. Alternativ wird der Netzstecker gezogen.</li> <li>• Falls das Zimmer völlig verqualmt ist, schließt die Pflegekraft die Tür sofort und unterlässt jeden Versuch, in den Raum vorzudringen. Dieses auch, wenn sie noch Personen darin vermutet.</li> <li>• Nach der Rettung der Bewohner im Zimmer oder einem Löschversuch schließt die Pflegekraft die Tür wieder.</li> <li>• Wenn eigene Löschversuche keinen schnellen Erfolg zeigen, wird das Gebäude ggf. ganz oder in Teilen evakuiert.</li> </ul>
	<p>Notruf per Telefon</p>	<p>Die Pflegekraft alarmiert per Notruf die Feuerwehr. Relevant sind dabei folgende Informationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wo ist der Ort des Notfalls? Beispiel: „Pfleheim Herbstsonne, Kastanienwall 12 in Musterhausen“</li> <li>• Was ist geschehen? Beispiel: „Es brennt im ersten Stock des Hauptgebäudes.“</li> <li>• Wie viele Personen sind betroffen? Beispiel: „85 Bewohner, davon 35 immobil und 5 beatmet.“</li> <li>• Welche Art der Erkrankung/Verletzung liegt vor? Beispiel: „Drei Bewohner haben sich Verbrennungen zugezogen.“</li> <li>• Weitere Gefahren? Beispiel: „Im 2. Stock lagern Sauerstoffflaschen.“</li> <li>• Warten auf Rückfragen!</li> </ul>
	<p>weiteres Verhalten im Brandfall</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Nutzung von Aufzügen muss unterbleiben.</li> <li>• Rauchabzugsanlagen werden angeschaltet (sofern vorhanden).</li> <li>• Bewohner, die mobil und dementiell nicht verändert sind, werden damit beauftragt, andere Bewohner ins Freie zu begleiten.</li> <li>• Schwerhörige oder gehörlose Bewohner werden über die Evakuierung informiert.</li> <li>• Stark verqualmte Räume lassen sich gebückt oder kriechend passieren.</li> <li>• Wenn die Kleidung von Bewohnern Feuer fängt, werden diese aufgefordert, sich auf den Boden zu legen. Die Flammen werden dann mit einer Decke gelöscht.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegekraft stellt sicher, dass alle Bewohner die Einrichtung verlassen haben. Sie schließt dann die Türen und begibt sich ebenfalls ins Freie.</li> <li>• Die Beleuchtung bleibt angeschaltet.</li> </ul> <p>Hinweis: Die Frage, ob das Gebäude evakuiert werden muss, ist abhängig vom Umfang des Feuers und der Distanz zur Feuerwache, also der zu erwartenden Zeit bis zum Eintreffen der Feuerwehr. Bei kleinen Bränden oder Einrichtungen im städtischen Umfeld erfolgt eine Räumung auf Anweisung der Feuerwehr. Bei fortgeschrittenen Bränden oder Einrichtungen im ländlichen Bereich treffen die Pflegekräfte die Entscheidung eigenständig.</p>
<b>Nachbereitung:</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebrauchte oder beschädigte Feuerlöscher werden unverzüglich der Haustechnik übergeben. Die Haustechnik sorgt für Ersatz oder eine Neubefüllung. Als „gebraucht“ gelten auch Feuerlöscher, bei denen lediglich die Sicherung gezogen wurde.</li> <li>• Nach einem Brand oder nach einem Fehlalarm werden die gewonnenen Informationen genutzt, um durch eine konsequente Fehleranalyse die Risiken künftig zu verringern.</li> </ul>
<b>Dokumente:</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brandschutzordnung</li> </ul>
<b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• alle Mitarbeiter</li> </ul>

<b>Standard "Patient öffnet die Tür nicht / Notöffnung einer Wohnung"</b>			
<b>Definition:</b>	Nicht alle unsere Patienten möchten uns einen Haustürschlüssel überlassen. Wir respektieren diesen Wunsch. Gleichwohl kann diese Entscheidung in Notfällen zu Verzögerungen führen. Dieses etwa dann, wenn der Patient hilflos in seiner Wohnung liegt, die Pflegekraft die Notlage aber von außen nicht sofort erkennen kann.		
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Wohnung des Patienten ist unverletzlich. Wir werden diese nicht ohne seine Erlaubnis betreten.</li> <li>• Eine Ausnahme ist nur möglich, wenn wir hinreichende Hinweise auf eine akute Gefährdung seiner Gesundheit oder seines Lebens haben.</li> </ul>		
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Patient erhält schnellstmöglich Hilfe, wenn er sich in einer hilflosen Lage in seiner Wohnung befindet.</li> <li>• Die Polizei wird nur dann gerufen, wenn dieses nach Abwägung aller Informationen geboten erscheint.</li> <li>• Die Tür des Patienten wird nur in Notfallsituationen gewaltsam geöffnet.</li> <li>• Die Pflegekraft ist sicher vor dem Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung.</li> <li>• Unser Pflorgeteam ist keinen Haftungsansprüchen ausgesetzt.</li> </ul>		
<b>Vorbereitung:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir bitten den Patienten um die Überlassung eines Haustürschlüssels; dieses insbesondere mit dem Hinweis, dass damit aufwendige Notfallaktionen vermieden werden.</li> <li>• Der Patient wird darum gebeten, den Pflegedienst zu kontaktieren, wenn er einen geplanten Termin nicht wahrnehmen kann.</li> <li>• Die Nummer des Pflegedienstes wird in das Telefon des Patienten einprogrammiert (falls möglich und gewünscht).</li> <li>• Die Pflegedienstleitung oder deren Stellvertretung sind jederzeit per Mobiltelefon erreichbar. Deren Telefonnummern sind in alle Handys der Pflegekräfte einprogrammiert.</li> </ul>		
<b>Durchführung:</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;">Der Patient öffnet die Haustür nicht.</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegekraft prüft, ob sie über einen Haustürschlüssel verfügt. Falls dieses der Fall ist, schließt sie die Tür eigenständig auf und betritt die Wohnung.</li> </ul> <p>Falls kein Schlüssel verfügbar ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegekraft ruft per Mobiltelefon beim Patienten an. Sinnvoll ist dieses etwa, wenn der Patient mit einem Schnurlostelefon bei einem Nachbarn ist. Wenn ein stationäres Telefon "besetzt" ist, aber von draußen keine Stimmen zu hören sind, ist dieses ein Hinweis auf einen Notfall. Der Bewohner könnte beim Versuch, per Telefon Hilfe zu</li> </ul> </td> </tr> </table>	Der Patient öffnet die Haustür nicht.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegekraft prüft, ob sie über einen Haustürschlüssel verfügt. Falls dieses der Fall ist, schließt sie die Tür eigenständig auf und betritt die Wohnung.</li> </ul> <p>Falls kein Schlüssel verfügbar ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegekraft ruft per Mobiltelefon beim Patienten an. Sinnvoll ist dieses etwa, wenn der Patient mit einem Schnurlostelefon bei einem Nachbarn ist. Wenn ein stationäres Telefon "besetzt" ist, aber von draußen keine Stimmen zu hören sind, ist dieses ein Hinweis auf einen Notfall. Der Bewohner könnte beim Versuch, per Telefon Hilfe zu</li> </ul>
Der Patient öffnet die Haustür nicht.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegekraft prüft, ob sie über einen Haustürschlüssel verfügt. Falls dieses der Fall ist, schließt sie die Tür eigenständig auf und betritt die Wohnung.</li> </ul> <p>Falls kein Schlüssel verfügbar ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegekraft ruft per Mobiltelefon beim Patienten an. Sinnvoll ist dieses etwa, wenn der Patient mit einem Schnurlostelefon bei einem Nachbarn ist. Wenn ein stationäres Telefon "besetzt" ist, aber von draußen keine Stimmen zu hören sind, ist dieses ein Hinweis auf einen Notfall. Der Bewohner könnte beim Versuch, per Telefon Hilfe zu</li> </ul>		

		<p>holen, ohnmächtig geworden sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegekraft ruft in der Pflegestation an und erfragt, ob eine Terminverschiebung durch den Patienten erbeten wurde. Gleichzeitig erfragt sie, ob dort Telefonnummern von Verwandten oder Freunden hinterlegt sind. Diese werden ebenfalls telefonisch kontaktiert.</li> <li>• Die Pflegekraft klingelt bei Nachbarn (etwa bei mehreren Wohnungen auf der gleichen Etage). Ggf. haben diese einen Schlüssel oder Informationen zum Aufenthaltsort.</li> </ul>
	<p>offensichtlicher Notfall</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soweit möglich geht die Pflegekraft um das Haus oder die Wohnung herum und schaut durch die Fenster.</li> <li>• Die Pflegekraft horcht, ob Geräusche nach draußen dringen.</li> <li>• Falls der Patient hilflos in der Wohnung liegt und Gefahr für die Gesundheit besteht, ist die Pflegekraft ermächtigt, sich Zutritt zur Wohnung zu verschaffen. Dieses auch, wenn dafür etwa die Scheibe einer rückwärtigen Terrassentür eingeschlagen werden muss.</li> </ul>
	<p>Risikobewertung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Häufig kann nicht geklärt werden, ob der Patient hilflos in der Wohnung liegt oder nicht. Die Pflegekraft muss dann entscheiden, ob die Polizei zu rufen ist, um eine Notöffnung der Tür zu prüfen. Bei der Risikobewertung werden folgende Punkte berücksichtigt: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ist der Patient herzkrank?</li> <li>○ Leidet der Patient an Diabetes Mellitus?</li> <li>○ Ist das Sturzrisiko des Patienten erhöht?</li> <li>○ Befand sich der Patient in der Vergangenheit schon häufiger in einer hilflosen Lage?</li> </ul> </li> <li>• Falls möglich informiert die Pflegekraft die Pflegedienstleitung.</li> <li>• Wenn die Risikoprüfung ergibt, dass sich der Patient in Gefahr befinden könnte, wird die Polizei gerufen.</li> <li>• In keinem Fall wird eigenständig ein Schlüsselnotdienst gerufen.</li> <li>• Falls das Risiko nur gering ist, setzt die Pflegekraft ihre Tour fort.</li> </ul>
	<p>Alarmierung der Polizei</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegekraft wählt den Notruf und bittet um sofortiges Erscheinen der Polizei. Alle</li> </ul>



		<p>Fragen der Notrufstelle werden sorgfältig beantwortet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bis zum Eintreffen der Polizei bleibt die Pflegekraft vor Ort.</li> <li>• Die Beamten werden über die genauen Umstände informiert. Dazu zählen insbesondere alle Verdachtsmomente, die auf einen Notfall schließen lassen.</li> <li>• Die Polizisten entscheiden nun über das weitere Vorgehen.</li> </ul>
<b>Nachbereitung:</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Beobachtungen und Maßnahmen werden sorgfältig dokumentiert.</li> <li>• Die Pflegedienstleitung wird so schnell wie möglich über den aktuellen Stand der Geschehnisse informiert.</li> <li>• Wenn sich derartige Vorkommnisse häufen, bitten wir erneut und eindringlich um die Überlassung eines Haustürschlüssels.</li> </ul>
<b>Dokumente:</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ärztliche Diagnosen</li> <li>• Berichtsblatt</li> </ul>
<b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• alle Pflegekräfte</li> </ul>

<b>Standard "Nottestament"</b>	
<b>Definition:</b>	<p>Nicht alle Bewohner haben rechtzeitig ihren Nachlass durch die Errichtung eines Testaments geordnet. Eine plötzlich auftretende Krankheit kann dazu führen, dass der Bewohner nun doch seinen letzten Willen zum Ausdruck bringen möchte. Hierfür hat der Gesetzgeber mehrere Möglichkeiten geschaffen, von denen zwei für die Altenpflege relevant sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bürgermeistertestament: Der Bewohner erstellt ein Nottestament über den Bürgermeister. Bedingung: Der Bewohner ist der Auffassung, dass er sich in akuter Lebensgefahr befindet und dass keine Aussicht mehr besteht, ein Testament vor einem Notar zu errichten.</li> <li>• Dreizeugentestament: Eine weitere Variante des Nottestaments ist das Dreizeugentestament. Dieses kommt nur dann in Frage, wenn der Bürgermeister oder sein Vertreter nicht erreichbar sind. Auch hier ist die Bedingung, dass sich der Bewohner dem Tod nahe glaubt und kein Notar zur Verfügung steht.</li> </ul> <p>Die gesetzliche Grundlage schafft das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB).</p> <p>§ 2249 BGB, Nottestament vor dem Bürgermeister:</p> <p><i>(1) Ist zu besorgen, dass der Erblasser früher sterben werde, als die Errichtung eines Testaments vor einem Notar möglich ist, so kann er das Testament zur Niederschrift des Bürgermeisters der Gemeinde, in der er sich aufhält, errichten. Der Bürgermeister muss zu der Beurkundung zwei Zeugen zuziehen. [...]</i></p> <p>§ 2250 BGB, Nottestament vor drei Zeugen:</p> <p><i>[...](2) Wer sich in so naher Todesgefahr befindet, dass voraussichtlich auch die Errichtung eines Testaments nach § 2249 nicht mehr möglich ist, kann das Testament durch mündliche Erklärung vor drei Zeugen errichten. [...]</i></p>
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Regelung der letzten finanziellen Angelegenheiten ist ein zentrales Bedürfnis vieler Sterbender. Daher zählt die Hilfe bei der Errichtung eines Testaments zu einer menschenwürdigen Sterbebegleitung.</li> <li>• Ein Nottestament ist dennoch grundsätzlich zu vermeiden. Es entsteht unter dem Eindruck des nahenden Todes. Der Inhalt ist nicht selten unüberlegt. Unter dem hohen emotionalen Druck kann es dazu kommen, dass der Sterbende Entscheidungen trifft, die seinen bisherigen Plänen widersprechen. Dieses etwa, wenn nahe stehende Personen enterbt werden sollen.</li> </ul>
<b>Ziele:</b>	Hauptziel:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner ordnet seine finanziellen Angelegenheiten bereits so frühzeitig, dass ein Nottestament nicht erforderlich wird.</li> </ul> <p>weitere Ziele, falls doch ein Nottestament errichtet werden muss:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Wille des Bewohners wird korrekt abgebildet.</li> <li>• Alle rechtlichen Vorgaben werden erfüllt.</li> </ul>	
<p><b>Vorbereitung:</b></p>	<p>Organisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir wirken auf alle Bewohner ein, noch "in guten Tagen" ein Testament zu verfassen. Wir helfen ggf. bei der Suche nach einem Notar.</li> <li>• Wir erfragen bereits im Vorfeld, welche Beamten autorisiert sind, ein Nottestament zu dokumentieren. In kleineren Gemeinden ist dieses zumeist der Bürgermeister und sein Stellvertreter. In größeren Städten geht diese Kompetenz häufig auf Standesbeamte über.</li> </ul>
	<p>Wahl der richtigen Testamentsform</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir versuchen, einen Notar herbei zu rufen. Wenn der Notar rechtzeitig eintrifft, leitet dieser alle weiteren Schritte ein. Ein Nottestament ist dann nicht mehr erforderlich. (Hinweis: In vielen Städten bieten Notare einen Notdienst an.)</li> <li>• Die Pflegekräfte versuchen den Bürgermeister telefonisch zu erreichen. Dieser erstellt dann das Bürgermeistertestament.</li> <li>• Falls der Bürgermeister nicht rechtzeitig verfügbar sein wird, errichtet der Bewohner ein sog. "Dreizeugentestament", also eine mündliche Erklärung vor drei Zeugen.</li> </ul>
	<p>Voraussetzungen</p>	<p>Wir prüfen, ob die Voraussetzungen für ein Nottestament bestehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner liegt im Sterben. Die ihm verbleibende Lebensspanne reicht nicht, um ein konventionelles Testament zu erstellen. Ein Notar wird nicht rechtzeitig eintreffen können.</li> <li>• Der Bewohner ist nicht mehr in der Lage, ein handschriftliches Testament zu verfassen.</li> <li>• Der Bewohner ist in der Lage, die Tragweite seiner Entscheidungen zu überblicken. Er ist nicht verwirrt, noch steht er unter dem Einfluss</li> </ul>

		<p>bewusstseinsverändernder Medikamente.</p>
<p><b>Durchführung:</b></p>	<p>Zeugen</p>	<p>Wir stellen sicher, dass die erforderlichen Zeugen anwesend sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falls der Bürgermeister erschienen ist, werden zwei Zeugen benötigt. Ansonsten sind drei Zeugen erforderlich.</li> <li>• Falls möglich sollten Mitarbeiter als Zeugen fungieren; bevorzugt die Bezugspflegekraft sowie andere Pflegekräfte.</li> <li>• Direkte Verwandte des Bewohners (Kinder, Enkel, Urenkel, Eltern) sowie Personen, die als Testamentsvollstrecker benannt wurden, dürfen keine Zeugen sein.</li> <li>• Die Zeugen dürfen nicht selbst in dem Testament bedacht werden.</li> <li>• Dementiell erkrankte Bewohner sind als Zeugen nicht zugelassen.</li> <li>• Schwerhörige Bewohner sind ungeeignet, da sie die Worte des Sterbenden ggf. nicht korrekt verstehen können.</li> <li>• Die Zeugen müssen die gleiche Sprache wie der Sterbende sprechen. Dieses ist relevant bei Bewohnern mit Migrationshintergrund.</li> </ul>
	<p>Errichtung des Testaments</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Zeugen müssen während der gesamten Zeit der Testamentserrichtung anwesend sein. Falls Pflegekräfte als Zeugen fungieren, werden ihre Aufgaben von Kollegen übernommen.</li> <li>• Ein Zeuge protokolliert die Wünsche des Sterbenden. Er vermerkt Ort und Datum.</li> <li>• Die Niederschrift wird dem Bewohner vorgelesen. Er wird gefragt, ob er der Fassung zustimmt.</li> <li>• Die Identität des Bewohners und der Zeugen wird dokumentiert.</li> <li>• Das Nottestament wird von allen drei Zeugen sowie dem sterbenden Bewohner unterschrieben.</li> <li>• Wenn der Sterbende nicht mehr in der Lage ist, eigenständig zu unterschreiben, wird dieses im Testament vermerkt. Beschrieben wird auch der Grund, warum ein Nottestament errichtet werden muss. Beispiel: Der Bewohner leidet unter einem Lungenkarzinom und befindet sich im Endstadium.</li> </ul>

	<p>Inhalte des Testaments</p>	<p>Der Bewohner kann in seinem Testament von der gesetzlichen Erbfolge abweichen und frei bestimmen, welche Person welche Werte aus dem Vermögen erhalten soll.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bewohner kann einzelne oder mehrere Personen zum Erben bestimmen. Alternativ dazu kann er auch wohltätige Organisationen, Vereine oder Glaubensgemeinschaften als Erben einsetzen.</li> <li>• Der Bewohner kann einzelne Personen enterben, also ihren gesetzlichen Erbanspruch einschränken. Diese erhalten dann lediglich den sog. "Pflichtteil".</li> <li>• Der Bewohner kann festlegen, wie der Nachlass aufgeteilt werden soll. Beispiel: Der Sohn erhält das Haus, die Tochter die Aktien usw.</li> <li>• Der Bewohner kann Vermächtnisse bestimmen. Er legt also fest, dass Personen, die keine Erben sind, dennoch bestimmte Gegenstände erhalten. Die Erben sind dann verpflichtet, dieser Person den benannten Gegenstand herauszugeben. Beispiel: Der Sohn und die Tochter sind die Erben. Die Münzsammlung vermachte der Bewohner jedoch seinem Zimmernachbarn.</li> <li>• Der Bewohner kann Auflagen machen und festlegen, wie sich seine Erben und Vermächtnisnehmer in einer definierten Angelegenheit zu verhalten haben. Er kann also festlegen, dass seine Kinder nicht nur das Haus erben, sondern auch die darin lebende Katze pflegen müssen.</li> </ul>
<p><b>Nachbereitung:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Nottestament verliert seine Gültigkeit, wenn seit der Errichtung drei Monate vergangen sind und der Erblasser noch am Leben ist.</li> <li>• Die Frist verlängert sich, solange die schwere Krankheit des Bewohners andauert.</li> <li>• Das Nottestament kann jederzeit vom Bewohner widerrufen werden.</li> <li>• Wenn sich der Zustand des Bewohners wider Erwarten bessert, drängen wir sehr deutlich darauf, dass der Bewohner ein reguläres Testament unter Beteiligung eines Notars verfasst.</li> </ul>	
<p><b>Dokumente:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nottestament</li> </ul>	
<p><b>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alle Mitarbeiter</li> </ul>	



### Recht in der Pflege: Arbeitnehmerhaftung

Grundsätzlich kann ein Heimträger oder ein Pflegedienstbetreiber von einer Pflegekraft Schadenersatz verlangen, wenn diese ihre arbeitsvertraglichen Pflichten verletzt hat. Falls jedoch dem Arbeitgeber eine Mitschuld an dem entstandenen Schaden nachgewiesen wird, kann sich dieses haftungsmildernd auswirken. Etwa bei diesen (in der Pflege recht häufigen) Konstellationen:

- Im QM-Handbuch einer Einrichtung fehlen wichtige Pflegestandards, etwa zum sicheren Patiententransfer, zur Wundbehandlung oder zu freiheitsentziehenden Maßnahmen. Oder es fehlen andere wichtige Dokumente wie Desinfektions- oder Hygienepläne. Der Arbeitgeber hat in diesem Fall der Pflegekraft die gebotenen Anweisungen nicht erteilt.
- Gesicherte Erkenntnisse von Wissenschaft und Technik werden nicht umgesetzt. In der Pflege sind dieses vor allem die neuen Expertenstandards, etwa zur Dekubitusvermeidung oder zur Sturzprophylaxe. Stattdessen wird in der Einrichtung durchweg gepflegt wie in den 70er Jahren, ohne dass die Heimleitung auf Modernisierung dringt.
- Der Arbeitgeber weigert sich, die Pflegekräfte angemessen weiterzubilden, etwa durch Inhouse-Seminare oder externe Schulungen. Dieses ist etwa dann von besonderer Bedeutung, sobald die Einrichtung ihren Schwerpunkt ändert. Beispiel: Ein Wohnbereich für beatmete Menschen wird eingerichtet. Jetzt müssen die Pflegekräfte entsprechend fortgebildet werden.
- Der Arbeitgeber überwacht die Arbeit seiner Pflegekräfte nicht oder nur unzureichend. Dieses ist etwa dann der Fall, wenn die letzte Pflegevisite schon zwei Jahre zurückliegt. Oder: Bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter werden der frisch angestellten Pflegekraft zwar alle wichtigen Handgriffe demonstriert, die selbständige Durchführung unter den Augen der Praxisanleiterin wurde jedoch vergessen.
- Die Pflegekraft verfügt über mangelhafte Arbeitmaterialien. Etwa:
  - Der Patientenlifter ist defekt.
  - Händedesinfektionsmittel für die Pflegekräfte fehlt seit Wochen.
  - Das einzige Blutdruckmessgerät wurde gestohlen, als Ersatz dient ein privates, nicht geeichtes Gerät.
- Die Pflegedienstleitung ist offensichtlich überfordert mit der Dienstplanung. Zum Frühdienst erscheinen deutlich mehr Pflegekräfte als notwendig. Dafür fehlen drei Mitarbeiter im Spätdienst. Die Übergabe fällt komplett aus; die Pflegekräfte arbeiten bis zum Abend in größter Hektik.

Welchen Anteil die Pflegekraft am entstandenen Schaden tragen muss, hängt vom jeweiligen Einzelfall ab. Die Rechtsprechung definiert dieses als Haftungsbeschränkung. Sprich: Hat die Pflegekraft nur einen kleinen Flüchtigkeitsfehler begangen oder es "einfach mal drauf ankommen lassen"? Die Fehler werden in drei Stufen aufgeteilt:

- Leichte Fahrlässigkeit. Die für die Pflegekraft mildeste Stufe ist die "leichte Fahrlässigkeit". Dazu gehört etwa ein Glas Cola, das in der Hektik vom Tisch gefegt wird oder eine Delle im Pflegefahrzeug beim Einparken (sofern dabei nicht gleichzeitig telefoniert wurde). Wenn es sich also um eine bloße Unaufmerksamkeit handelt, entscheiden Richter zumeist, dass der Arbeitnehmer nicht haftet.
- Mittlere Fahrlässigkeit: Solche Fälle lassen sich nicht mehr damit entschuldigen, "dass dieses jedem mal passieren kann". Es handelt sich also um Fehler, die vermeidbar wären, wenn die Pflegekraft die gültigen Standards beachtet hätte, also etwa das Vertauschen von Medikamenten oder die Beschädigung eines Dienst-PCs. In solchen Fällen werden die individuellen Umstände des Unfalls bewertet. Der

Schaden wird dann entsprechend aufgeteilt, z.B. ein Drittel trägt die Pflegekraft und zwei Drittel die Einrichtung. Verschiedene Faktoren werden dabei berücksichtigt, etwa:

- die hierarchische Position der Pflegekraft (Leitungsebene oder Pflegehilfskraft)
  - Höhe des Gehalts im Verhältnis zur Schadenshöhe
  - persönliche Lebenssituation der Pflegekraft
  - das bisherige Verhalten der Pflegekraft (erstes Missgeschick oder x-ter Verstoß gegen Vorschriften)
  - Umstände des Ereignisses (ggf. hektische Notsituation mit wenig Zeit zum Überlegen)
- Grobe Fahrlässigkeit und Vorsatz: Hier verstößt eine Pflegekraft wissentlich gegen klare Vorgaben der Heimleitung. Etwa: Eine Pflegekraft erscheint unter Drogeneinfluss zum Dienst und badet einen Bewohner in zu heißem Wasser. Oder: Ein Mitarbeiter eines ambulanten Dienstes wechselt während der Fahrt den Sender des Autoradios und verursacht dabei einen Unfall.  
Normalerweise müsste die Pflegekraft in diesem Fall den Schaden komplett selbst tragen, allerdings setzen Richter hier zumeist eine Höchstgrenze. Etwa dann, wenn der Schaden so groß ist, dass die Pflegekraft diesen vom eigenen Gehalt niemals im Leben begleichen kann. Zumeist wird dem Mitarbeiter nicht mehr als ein Jahresgehalt zugemutet. Zwei oder drei Monatgehälter wird die Pflegekraft bei grober Fahrlässigkeit aber immer tragen müssen.

Weitere wichtige Punkte:

- Wenn der Arbeitgeber einem Bewohner oder Patienten Schadenersatz leisten muss, so kann er von der (für den Schaden verantwortlichen) Pflegekraft eine Rückerstattung fordern. Allerdings setzen Richter auch hier oftmals Höchstgrenzen. Eine solche Forderung ist nur dann möglich, wenn die Pflegekraft den Schaden vorsätzlich herbeiführte oder mittel bzw. grob fahrlässig handelte.
- Der gegenteilige Fall: Eine Pflegekraft muss Schadenersatz an einen Patienten oder Bewohner zahlen. Falls der Schaden das Ergebnis einer nur leichten Fahrlässigkeit war, kann der Mitarbeiter die Summe vom Arbeitgeber zurückfordern.
- Je nach Versicherungsschutz, der vom Arbeitgeber gestellt wird, kann es sinnvoll sein, eine eigene Berufshaftpflichtversicherung und eine Berufsrechtsschutzversicherung abzuschließen. Zum Beispiel bieten einige Berufsverbände, wie etwa der DBfK, ÖTV, Berufshaftpflichtversicherungen zu günstigen Konditionen an.



### Recht in der Pflege: Wer haftet bei Organisationsmängeln?

Zunächst liegt die Organisationsverantwortung bei der Geschäftsführung der Einrichtung, geht dann aber auf die Pflegedienstleitung, die Wohnbereichsleitung und die Schichtleitung über. Diese Führungskräfte sind im Rahmen ihrer Kompetenzen dafür verantwortlich, dass ausreichend Pflegekräfte zur Verfügung stehen und dass diese für ihre Aufgaben ausreichend qualifiziert sind.

Was bedeutet das also etwa für eine Pflegedienstleitung?

- Sie muss die Mitarbeiter korrekt auswählen, sorgfältig anleiten und deren Arbeitsleistung überwachen. Eine sichere Pflege, Betreuung und Versorgung muss permanent gewährleistet sein.
- Wenn es zu einem Unfall kommt, kann sich eine Führungskraft nur dann entlasten, wenn alle im Rahmen des Qualitätsmanagements erforderlichen Maßnahmen belegt werden können. Doch wie kann dieser Nachweis gelingen? Ein möglicher Weg sind Pflegevisiten. Die Pflegedienstleitung macht sich dabei ein eigenes Bild von den Fähigkeiten und ggf. vorhandenen Qualifikationslücken jedes ihr unterstellten Mitarbeiters. Die Maßnahme sollte per Protokoll schriftlich festgehalten werden.
- Die Führungskraft muss korrekte und verständliche Anordnungen geben und die Pflegekräfte über deren Aufgaben informieren. Dieses geschieht in der Regel durch mündliche Weisungen. Die Anordnungen müssen inhaltlich richtig, vollständig und rechtzeitig gegeben werden.
- Möglich ist auch eine schriftliche Form, etwa über Dienstanweisungen oder Standards. Wichtig ist dabei der Nachweis, dass die Mitarbeiter die Anweisungen erhalten haben und Zugriff auf alle für die Pflege relevanten Dokumente haben. Standards sollten im QM-Handbuch gesammelt werden, das allen Mitarbeitern zugänglich ist.

Ein Organisationsverschulden ist immer dann gegeben, wenn durch eine fehlerhafte Organisation die korrekte Betreuung der Bewohner oder Patienten nicht mehr gesichert ist und auf diese Weise ein Senior zu Schaden kommt.

*Beispiel: Das Pflegeheim "zur Mühle" verfügt derzeit nicht über ausreichend examiniertes Personal. Daher wird der Nachtdienst mit Pflegehilfskräften abgedeckt. Bewohner Gustav K. liegt im Wachkoma und ist nicht in der Lage abzuhusten. Das Sekret behindert seine Atmung, er droht zu ersticken. Beim hektischen Versuch, Gustav K. abzusaugen, kommt es zu Blutungen in der Luftröhre.*

Ein klarer Fall von Organisationsverschulden. Die Einrichtung muss auch den Nacht- und Wochenenddienst so organisieren, dass für Bewohner keine Gefährdung auftreten kann.

*Beispiel: Der adipöse Bewohner Hubertus G. soll gebadet werden. Der Badewannenlifter ist seit einigen Wochen defekt, obwohl die Heimleitung über den Schaden informiert ist. Pflegekraft Gudrun E. soll den Bewohner in die Wanne heben, die Unterstützung durch eine Pflegehilfskraft wird ihr verweigert. Beim Transfer fällt Hubertus G. auf die Kante der Wanne und bricht sich den Schenkelhals.*

In diesem Fall liegt ebenfalls ein Organisationsverschulden vor. Die Einrichtung ist nicht nur für den Einsatz des Personals verantwortlich, sondern auch für die Bereitstellung und Nutzung von Pflegehilfsmitteln.

*Beispiel: Im Pflegeheim "zur Blume" wird der Nachtdienst zwar von einer Pflegefachkraft geleistet, diese ist aber oftmals allein. Schon mehrfach hat Nachtwache Margitta P. den Träger erfolglos darauf aufmerksam gemacht, dass in ihrer Pause der Wohnbereich zeitweise unbeaufsichtigt bleibt. Während einer Nachtschicht verlässt die Pflegekraft in ihrer Pause den Wohnbereich, um im Innenhof eine Zigarette zu rauchen. In dieser Zeit erleidet die Bewohnerin Paula T. einen Herzinfarkt. Das Klingelzeichen bleibt für 15 Minuten unbeachtet.*

Auch in diesem Fall wird das Heim haften müssen, da ein Organisationsverschulden vorliegt. Die Leitung hätte den Nachtdienst anders organisieren müssen. Der Nachtwache selbst kann kein Vorwurf gemacht werden.

### Rechtsbezug:

#### **§ 823 BGB / Schadensersatzpflicht**

1. Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.
2. Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz verstößt. Ist nach dem Inhalt des Gesetzes ein Verstoß gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht nur im Falle des Verschuldens ein.

#### **§ 831 BGB / Haftung für den Verrichtungsgehilfen**

1. Wer einen anderen zu einer Verrichtung bestellt, ist zum Ersatz des Schadens verpflichtet, den der andere in Ausführung der Verrichtung einem Dritten widerrechtlich zufügt. Die Ersatzpflicht tritt nicht ein, wenn der Geschäftsherr bei der Auswahl der bestellten Person und, sofern er Vorrichtungen oder Gerätschaften zu beschaffen oder die Ausführung der Verrichtung zu leiten hat, bei der Beschaffung oder der Leitung die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet oder wenn der Schaden auch bei Anwendung dieser Sorgfalt entstanden sein würde.
2. Die gleiche Verantwortlichkeit trifft denjenigen, welcher für den Geschäftsherrn die Besorgung eines der im Absatz 1 Satz 2 bezeichneten Geschäfte durch Vertrag übernimmt.

### **Recht in der Pflege: rechtfertigender Notstand gemäß § 34 StGB**

- Fallbeispiel A: Ein 85-jähriger Bewohner eines Pflegewohnheimes hat die Einrichtung ohne vorherige Abmeldung verlassen. Das Pflegeteam hat erfolglos das Haus samt Grundstück und näherer Umgebung abgesucht. Nun aber drängt die Zeit, denn der Senior ist Diabetiker und benötigt eine Insulininjektion. Die Pflegedienstleitung informiert die Polizei über den Wegläufer, seine Krankheit und die gesundheitlichen Risiken. Sie verstößt damit wissentlich gegen die Schweigepflicht.
- Fallbeispiel B: Eine 92-jährige Bewohnerin ist schon seit einiger Zeit dementiell erkrankt. Am späten Abend zeigt sie unvermittelt autoaggressives Verhalten. Sie schlägt mit dem Kopf gegen die Wand und zieht sich eine leichte Platzwunde zu. Es gibt keinen richterlichen Beschluss für freiheitsentziehende Maßnahmen. Dennoch entscheidet sich die Nachtwache dazu, die Frau in ihrem Bett zu fixieren, bis sie sich beruhigt.

In beiden Fällen ist das Verhalten der Pflegekräfte für sich genommen zwar rechtswidrig, im Kontext der Situation aber zulässig. Der Gesetzgeber hat dafür den Begriff des "rechtfertigenden Notstandes" geprägt. Wenn dieser besteht, können Pflegekräfte gegen einen strafrechtlichen Tatbestand verstoßen, ohne dass dieses unrechtmäßig wäre.

Bevor sich ein Mitarbeiter zum Handeln entschließt, muss er jedoch genau abwägen und den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit beachten. Er darf nur solche Maßnahmen ergreifen, die die Gefahr abwehren und gleichzeitig so wenig wie möglich die Freiheit des Bewohners beschneiden. Wichtig ist, dass das Rechtsgut, das er schützen will, höher zu bewerten ist als das Rechtsgut, das er dem Bewohner nimmt.

§ 34 StGB, rechtfertigender Notstand:

1. Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt.
2. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

Folglich ist nicht jeder Notfall ein Blankoscheck für Freiheitsentzug.

- Fallbeispiel C: Ein 83-jähriger Schizophreniepatient glaubt im paranoiden Wahn von Fratzen umgeben zu sein. Mit einem Stift beschmiert er die Tapeten, um die Erscheinungen zu vertreiben. Zwei Pflegekräfte fixieren ihn daraufhin für fünf Stunden mit einem Gurtsystem im Rollstuhl, um weitere Schmierereien zu vermeiden.

In diesem Fall liegt kein Notfall vor. Eine Tapete zählt zu den eher geringwertigen Gegenständen. Zudem können Freiheitsbeschränkungen nur dann mit einem rechtfertigenden Notstand begründet werden, wenn die Fixierung kurzzeitig erfolgt und gelöst wird, sobald sich der Bewohner beruhigt. Wichtig ist außerdem, zunächst alle anderen Mittel auszuschöpfen, etwa den Bewohner mit einem begleiteten Spaziergang zu beruhigen.

- Fallbeispiel D: Eine 86-jährige Bewohnerin geht jeden Tag spazieren. Der Weg zum Park führt sie über eine stark befahrene Kreuzung, die sie bislang aber immer

problemlos passieren konnte. Heute jedoch steht sie unter dem Einfluss von starken Schmerzmitteln, die ihre Reaktionsfähigkeiten deutlich einschränken. Eine Pflegekraft verstellt der Frau den Ausgang und zwingt sie, auf das Gelände der Einrichtung zurückzukehren.

Diese Maßnahme ist rechtens. Durch die Freiheitsberaubung schützt die Pflegekraft die Bewohnerin selbst und die übrigen Verkehrsteilnehmer vor den Folgen eines Unfalls. Dieses Rechtsgut (Leben und Gesundheit) überwiegt das Recht der Bewohnerin auf einen ungehinderten Spaziergang.

Praxistipp:

Jede Pflegekraft sollte stets das eigene Handeln kritisch hinterfragen:

- Kann ich die Gefahr anders abwehren?
- Ist das Rechtsgut, das ich schützen will, höher zu bewerten als das Rechtsgut, das ich verletze?
- Ist der Grad der Gefahr erheblich?
- Ist mein Handeln angemessen?