

# Pflege-techniken von A-Z

Olaf Kirschnick

5. Auflage

Absaugmethode  
Basale Stimulation  
Drainagen  
Elektrokardiogramm  
Fieber  
Ganzkörperwaschung  
Hygienisches Arbeiten  
Injektionen  
Nästhetik  
Verordnungen



Themen  
Urinalkatheterisierung  
Verbandtechniken  
Wundbehandlung  
ZVK



Thieme



- A** Abnabelung ■ 24  
Absaugen ■ 26  
Anziehhilfe ■ 31  
Aromapflege, -therapie ■ 38  
Augenpflege ■ 40
  - B** Baden eines Patienten ■ 50  
Basale Stimulation ■ 53  
Beatmen eines Patienten ■ 57  
Beckenbodentraining ■ 59  
Bedside-Test ■ 61  
Bettensmachen ■ 63  
Bewusstseinskontrolle ■ 68  
Blasenkatheterismus ■ 70  
Blasenpunktion ■ 77  
Blasenspülung ■ 80  
Blutabnahme ■ 82  
Blutdruckmessung ■ 88  
Blutkörperchensenkungs-  
geschwindigkeit (BSG) ■ 95  
Bobath-Lagerung ■ 97
  - D** Dekubitusprophylaxe ■ 106  
Dosieraerosol (Anwendung) ■ 111  
Drahtextensionen, Fixateur externe ■ 114  
Drainagen ■ 118  
Duschen eines Patienten ■ 126
  - E** Einläufe ■ 130  
Einreibungen ■ 138  
Elektrokardiogramm ■ 139  
Essen und Trinken (Unterstützung) ■ 145  
Extubation ■ 149
  - F** Fieber senkende Maßnahmen ■ 152  
Fixierung eines Patienten ■ 155
  - G** Ganzkörperwaschung ■ 160  
Genitalspülung ■ 167
  - H** Haarwäsche im Bett ■ 170  
Herzschrittmacher, passager ■ 173  
Hygienisches Arbeiten ■ 176
  - I** Infusionen richten und verabreichen ■ 182  
Inhalationen ■ 187  
Injektionen ■ 190  
Inkontinenz (Unterstützung) ■ 201  
Intertrigo-Prophylaxe ■ 205  
Intubation ■ 206
  - K** Kardiotokografie ■ 210  
Kinästhetik ■ 213  
Kontrakturrenprophylaxe ■ 219
  - L** Lagerungen ■ 224  
Larynxmaske ■ 228  
Larynxtubus ■ 231
  - M** Magensonde – Ernährungssonde ■ 236  
Magenspülung – Orthograde Darmspülung über  
Magensonde ■ 246  
Medikamente richten ■ 251  
Mobilisation ■ 257  
Mund- bzw. Zahnpflege – Soor- und  
Parotitisprophylaxe ■ 266
  - N** Nagelpflege ■ 274  
Nasenabstrich ■ 277  
Nasenpflege ■ 279  
Notfallmaßnahmen ■ 281
  - O** Obstipationsprophylaxe ■ 298  
Ohrenpflege, Umgang mit dem Hörgerät ■ 300  
  
PCA-Pumpe (Schmerzbeobachtung) ■ 308  
Pneumonie- und Atelektasenprophylaxe ■ 312  
Port-Pflege / Injektion ■ 316  
Pulskontrolle ■ 320  
Pulsoximetrie ■ 324  
Punktionen und Biopsien ■ 326
  - R** Rasur des Operationsfeldes ■ 340  
Nassrasur ■ 343  
Rückenschonendes Arbeiten ■ 345
  - S** Sauerstoff (Umgang) ■ 350  
Shunt (Training und Pflege) ■ 353  
Spritzenpumpen ■ 356  
Sterbebegleitung, Versorgung Verstorbener ■ 359  
Stillen (Hilfestellung) ■ 363  
Stomapflege ■ 366  
Stuhlausscheidung (Umgang) ■ 374  
Sturzprophylaxe ■ 378
  - T** Temperatur messen ■ 382  
Thromboseprophylaxe ■ 387  
Tracheostoma (Umgang) ■ 397  
Transfusion (Umgang) ■ 402
  - U** Unterschenkelprothese anlegen ■ 406  
Urinausscheidung (Umgang) ■ 409  
  
Verbandtechniken ■ 416  
Verbandwechsel ■ 438
  - W** Wickel und Auflagen ■ 444  
Wärmeanwendung mit einer Wärmflasche ■ 453  
Kälteanwendung durch Kälteelemente ■ 454  
Wundbehandlung ■ 455
  - Z** Zentraler Venenkatheter / Zentrale  
Venendruckmessung ■ 470  
Zytostatika (Umgang) ■ 478
- Glossar** ■ 483  
Sachverzeichnis ■ 582





# Pflegetechniken von A – Z

**Olaf Kirschnick**

unter Mitarbeit von Doris Kirschnick

5. Auflage

946 Abbildungen

Georg Thieme Verlag  
Stuttgart • New York

# Anschrift

Doris und Olaf Kirschnick  
Kurmainzring 11  
97941 Tauberbischofsheim  
Deutschland

# Impressum

*Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek*  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Ihre Meinung ist uns wichtig! Bitte schreiben Sie uns unter

[www.thieme.de/service/feedback.html](http://www.thieme.de/service/feedback.html)



**Wichtiger Hinweis:** Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

© 2016 Georg Thieme Verlag KG  
Rüdigerstr. 14  
70469 Stuttgart  
Deutschland  
[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

Printed in Germany

Zeichnungen: Christine Lackner, Ittlingen; WEYOU, Leonberg  
Umschlaggestaltung: Thieme Verlagsgruppe  
Umschlagfotos: Alexander Fischer, Sinzheim  
Fotografien: Paavo Bläfield, Kassel; Alexander Fischer, Sinzheim;  
Thomas Stephan, Munderkingen; Arteria Photography, Kassel;  
Olaf Kirschnick, Tauberbischofsheim; Tobias Kirschnick, Tauber-  
bischofsheim  
Satz: L42 Media Solutions, Berlin  
Druck: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten

ISBN 978-3-13-127275-1

1 2 3 4 5 6

Auch erhältlich als E-Book:  
eISBN (PDF) 978-3-13-154605-0  
eISBN (epub) 978-3-13-168295-6

Geschützte Warennamen (Warenzeichen ®) werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen oder die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

## Vorwort zur 5. Auflage

Seit nunmehr fast 15 Jahren ist das Lehrbuch „Pflegetechniken von A bis Z“ auf dem Markt. Die kontinuierliche Nachfrage ist ein Beweis für das erfolgreiche Konzept. Und Nachahmungen zeigen uns den Vorbildcharakter. Wir vertrauen darauf, dass sich stets das Original durchgesetzt hat. Durch die weiterhin vielen positiven Rückmeldungen, Änderungswünsche, konstruktive Kritiken und Veränderungen von Pflegetechniken ist die nun aktuelle 5. Auflage inhaltlich neu gestaltet und komplett überarbeitet worden. Im Hinblick auf das geplante neue Pflegegesetz mit einer generalistischen Ausbildung und auf Wunsch vieler Pfleger wurden wieder neue Pflegetechniken und praktische Hinweise für die Altenpflege und Kinderkrankenpflege eingefügt. Videofilme, die über die Thieme Website abgerufen werden können, ermöglichen dem Leser, 70 Pflegetechniken in übersichtlichen Schritten zu sehen.

Auch die nun 5. Auflage kann und will ein ausführliches Lehrbuch der Gesundheits- und Krankenpflege, bzw. Altenpflege nicht ersetzen. Durch die vorgeschriebenen Lerninhalte des aktuellen Krankenpflegegesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsvorschriften soll das Buch Fachwissen systematisch vermitteln und als Nachschlagewerk für die Praxis dienen. Auch bei dieser vollständig überarbeiteten Auflage hat sich die Zusammenarbeit mit den Zielgruppen, nämlich den Schüle-

rinnen und Schülern der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege, den Praxisanleitern und Mentoren und den Pflegepersonen in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege vor Ort in der Praxis wieder bestens bewährt.

Für die 5., vollständig überarbeitete Auflage wünschen wir uns, dass das Buch weiterhin eine praktische Hilfe für alle in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Kinder- und Altenpflege tätigen Personen ist. Schreiben Sie uns wieder, wenn Sie irgendetwas anzumerken oder zu kritisieren haben. Im Übrigen sind wir fest der Überzeugung, dass wir alle trotz der aktuellen Probleme nach wie vor im schönsten Beruf dieser Welt arbeiten!

Unser besonderer Dank gilt den vielen Menschen, die an der Entstehung dieses Buches beteiligt waren. Angefangen bei den Diskussionspartnern bei der Überarbeitung bis hin zu den Verlagsmitarbeitern, die aus dem Manuskript wieder ein ansehnliches Buch geformt haben. Besonders bedanken möchte ich bei der Verlagsbereichsleitung Frau Dr. Bettina Hansen für die großzügige Ausstattung des Buches, Frau Dr. Katharina Schäfer für die sorgfältige redaktionelle Bearbeitung der Manuskripte und Herrn Michael Zepf für die Herstellung.

Tauberbischofsheim, Frühjahr 2016  
Olaf und Doris Kirschnick



# Widmung

In Dankbarkeit widmen wir dieses Buch unseren Kindern Mirjam und Tobias. Mirjam als Krankenschwester und Ärztin war eine äußerst kritische, aber angenehme Probeleserin und hat bei den Bilderserien viele Pflege Techniken exzellent demonstriert. Tobias stand als Fotograf und Darsteller in allen möglichen und unmöglichen Situationen zur Verfügung. Danke sagen möchten wir auch unseren Schwiegerkindern. Tamara als Hebamme für die fachliche Beratung und Sebastian als Dipl.-Ingenieur – Elektrotechnik für den manchmal notwendigen technischen Support.



## Vita

### Olaf Kirschnick

Jahrgang 1955, verheiratet, 2 Kinder  
1972 Krankenpflegeausbildung am Kreiskrankenhaus in Tuttlingen  
1975 Weiterbildung in der Anästhesie und Intensivpflege an der Universitätsklinik Würzburg  
1978 Weiterbildung zum Lehrer für Pflegeberufe und Entbindungspflege in Frankfurt/Main  
1983 Ausbildung zum Rettungssanitäter an der DRK-Landesschule in Pfalzgrafenweiler  
1990 Ausbildung zum Rettungsassistenten an der DRK-Landesschule in Pfalzgrafenweiler  
1994 Weiterbildung zum Lehrrettungsassistenten an der DRK-Landesschule in Pfalzgrafenweiler  
1994 Theologische Ausbildung zum Prädikanten der Evangelischen Landeskirche Baden in Freiburg/Breisgau  
seit 1979 Leiter der Berufsfachschule für Pflegeberufe am Kreiskrankenhaus in Tauberbischofsheim  
seit 2006 CNE-Pflegeexperte – Thieme Verlag  
seit 2007 Leiter des Bildungszentrums „Gesundheit

und Pflege“ der Krankenhaus und Heime Main-Tauber GmbH in Tauberbischofsheim  
Ehrenamtlich tätig als Prädikant in der Evangelischen Landeskirche Baden, Klinikseelsorger und Notfallseelsorger des Landkreises Main-Tauber  
Nebenberuflich tätig als Dozent für medizinische Assistenzberufe und Rettungsmedizin. Autor verschiedener medizinischer Fachbücher und Fachartikel

### Doris Kirschnick

Jahrgang 1954, verheiratet, 2 Kinder  
1973 Krankenpflegeausbildung am Bethesdakrankenhaus in Stuttgart  
seit 1976 Tätigkeiten als Krankenschwester im Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart, ehemaligen Kreiskrankenhaus in Bad Mergentheim und Krankenhaus und Heime Main-Tauber GmbH in Tauberbischofsheim

# Inhaltsverzeichnis

## A

<b>1</b>	<b>Abnabelung</b> .....	24			
<b>1.1</b>	<b>Definition</b> .....	24	<b>1.4</b>	<b>Durchführung</b> .....	24
<b>1.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	24	<b>1.5</b>	<b>Nachbereitung</b> .....	25
<b>1.3</b>	<b>Vorbereitung der Materialien</b> ...	24			
<b>2</b>	<b>Absaugen</b> .....	26			
<b>2.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	26	<b>2.1.4</b>	Entfernung von zähem Schleim (2 Personen) .....	29
<b>2.1.1</b>	Endotracheales Absaugen über einen Endotrachealtubus .....	26	<b>2.1.5</b>	Gewinnung von Sekret zur bakteriologischen Untersuchung .....	30
<b>2.1.2</b>	Nasales/orales Absaugen .....	28			
<b>2.1.3</b>	Bronchiallavage .....	29			
<b>3</b>	<b>Anziehhilfe</b> .....	31			
<b>3.1</b>	<b>Definition</b> .....	31	<b>3.2.2</b>	Schlafanzugwechsel bei Patienten mit laufender Infusion .....	33
<b>3.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	31	<b>3.2.3</b>	Anziehhilfe bei Patienten mit Halbseitenlähmung nach dem Bobath-Konzept .....	35
<b>3.2.1</b>	Schlafanzugwechsel bei immobilen Patienten im Bett .....	31			
<b>4</b>	<b>Aromapflege, -therapie</b> .....	38			
<b>4.1</b>	<b>Definition</b> .....	38	<b>4.2.1</b>	Ätherische Öle und ihre Wirkung und Nebenwirkungen .....	38
<b>4.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	38	<b>4.2.2</b>	Formen der Anwendung und Dosierungen .....	38
<b>5</b>	<b>Augenpflege</b> .....	40			
<b>5.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	40	<b>5.1.4</b>	Augentropfenapplikation .....	44
<b>5.1.1</b>	Umgang mit einer Augenprothese .	40	<b>5.1.5</b>	Umgang mit Kontaktlinsen .....	45
<b>5.1.2</b>	Augenspülung .....	42	<b>5.1.6</b>	Augenpflege bei Patienten mit fehlendem Lidschlag .....	47
<b>5.1.3</b>	Augensalbenapplikation .....	43			

**B**

<b>6</b>	<b>Baden eines Patienten</b> .....				50
6.1	Definitionen.....	50	6.4	Durchführung.....	50
6.2	Ziele und Indikationen.....	50	6.5	Nachbereitung.....	51
6.3	Vorbereitung der Materialien... ..	50			
<b>7</b>	<b>Basale Stimulation</b> .....				53
7.1	Definitionen.....	53	7.2.3	Stimulation der Sinneswahrnehmung „Riechen“.....	55
7.2	Ziele und Indikationen.....	53	7.2.4	Stimulation der Sinneswahrnehmung „Schmecken“.....	55
7.2.1	Stimulation der Sinneswahrnehmung „Sehen“.....	53	7.2.5	Stimulation der Sinneswahrnehmung „Hören“.....	55
7.2.2	Stimulation der Sinneswahrnehmung „Fühlen“.....	54			
<b>8</b>	<b>Beatmen eines Patienten</b> .....				57
8.1	Definition.....	57			
8.1.1	Beutel-Maske-Beatmung.....	57			
<b>9</b>	<b>Beckenbodentraining</b> .....				59
9.1	Definition.....	59	9.4	Durchführung.....	59
9.2	Ziele und Indikationen.....	59	9.5	Nachbereitung.....	60
9.3	Vorbereitung der Materialien... ..	59			
<b>10</b>	<b>Bedside-Test</b> .....				61
10.1	Definition.....	61	10.4	Durchführung.....	61
10.2	Ziele und Indikationen.....	61	10.5	Nachbereitung.....	62
10.3	Vorbereitung der Materialien... ..	61			
<b>11</b>	<b>Bettenmachen</b> .....				63
11.1	Definition.....	63	11.3	Vorbereitung der Materialien... ..	63
11.2	Ziele und Indikationen.....	63	11.3.1	Beziehen des Bettes ohne Patienten	63
			11.3.2	Patient kann sich drehen oder gedreht werden.....	65
			11.3.3	Patient macht eine Brücke.....	66

<b>12</b>	<b>Bewusstseinskontrolle</b> .....				68
12.1	Definitionen .....	68	<b>12.3</b>	<b>Vorbereitung der Materialien</b> ...	68
12.2	Ziele und Indikationen .....	68	<b>12.4</b>	<b>Durchführung</b> .....	68
<b>13</b>	<b>Blasenkatheterismus</b> .....				70
13.1	Definitionen .....	70	13.2.3	Durchführung beim Mann .....	73
13.2	Ziele und Indikationen .....	70	13.2.4	Blasendauerkatheter entfernen. ...	74
13.2.1	Blasendauerkatheter anlegen .....	70	13.2.5	Intermittierender Selbstkatheterismus beim Mann. ....	75
13.2.2	Durchführung bei der Frau .....	71			
<b>14</b>	<b>Blasenpunktion</b> .....				77
14.1	Definition .....	77	<b>14.4</b>	<b>Aufgaben der Pflegeperson</b> .....	77
14.2	Ziele und Indikationen .....	77	<b>14.5</b>	<b>Nachbereitung</b> .....	78
14.3	Vorbereitung der Materialien ...	77			
<b>15</b>	<b>Blasenspülung</b> .....				80
15.1	Definition .....	80	<b>15.4</b>	<b>Durchführung</b> .....	80
15.2	Ziele und Indikationen .....	80	<b>15.5</b>	<b>Nachbereitung</b> .....	81
15.3	Vorbereitung der Materialien ...	80			
<b>16</b>	<b>Blutabnahme</b> .....				82
16.1	Definition .....	82	16.1.3	Kapillare Blutabnahme zur Blutgasanalyse (BGA) .....	84
16.1.1	Kapillare Blutabnahme .....	82	16.1.4	Venöse Blutabnahme .....	85
16.1.2	Kapillare Blutabnahme zur Bestimmung des Blutzuckers. ....	82			
<b>17</b>	<b>Blutdruckmessung</b> .....				88
17.1	Definitionen .....	88	17.2.1	Indirekte (unblutige) Blutdruckmessung .....	88
17.2	Ziele und Indikationen .....	88	17.2.2	Intraarterielle (blutige) Blutdruckmessung .....	91
<b>18</b>	<b>Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BSG)</b> .....				95
18.1	Definition .....	95	<b>18.4</b>	<b>Durchführung</b> .....	95
18.2	Ziele und Indikationen .....	95	<b>18.5</b>	<b>Nachbereitung</b> .....	96
18.3	Vorbereitung der Materialien ...	95			

<b>19</b>	<b>Bobath-Lagerung</b> .....			97
<b>19.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	97	<b>19.2.3</b>	Lagerung auf die weniger betroffene Seite..... 101
<b>19.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	97	<b>19.2.4</b>	Lagerung in Rückenlage..... 103
	<b>19.2.1</b>	Sitzen im Stuhl .....	<b>19.2.5</b>	Lagerung im Sitzen (Langsitz)..... 104
	<b>19.2.2</b>	Lagerung auf die mehr betroffene Seite .....		
				98
 <b>D</b>				
<b>20</b>	<b>Dekubitusprophylaxe</b> .....			106
<b>20.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	106	<b>20.3.1</b>	Druckentlastung..... 107
<b>20.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	106	<b>20.3.2</b>	Mobilisation .....
<b>20.3</b>	<b>Indikationen/Risikofaktoren</b> ....	106	<b>20.3.3</b>	Lagerung .....
			<b>20.3.4</b>	Hautpflege..... 109
<b>21</b>	<b>Dosieraerosol (Anwendung)</b> .....			111
<b>21.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	111	<b>21.2.1</b>	Anwendung von Dosieraerosolen mit Treibgas..... 111
<b>21.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	111	<b>21.2.2</b>	Anwendung von Dosieraerosolen ohne Treibgas (Turbohaler)..... 113
<b>22</b>	<b>Drahtextensionen, Fixateur externe</b> .....			114
<b>22.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	114	<b>22.1.2</b>	Fixateur externe .....
	<b>22.1.1</b>	Drahtextension .....		115
				114
<b>23</b>	<b>Drainagen</b> .....			118
<b>23.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	118	<b>23.1.3</b>	T-Drainage (Umgang mit Sekretbeutel) .....
	<b>23.1.1</b>	Redon-Saugdrainage (Wechsel der Vakuumflasche) .....	<b>23.1.4</b>	Thoraxdrainage (Assistenz beim Legen)..... 123
		118		
	<b>23.1.2</b>	Saug-Spüldrainage (Wechsel der Vakuumflasche) .....		
		121		
<b>24</b>	<b>Duschen eines Patienten</b> .....			126
<b>24.1</b>	<b>Definition</b> .....	126	<b>24.4</b>	<b>Durchführung</b> .....
<b>24.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	126	<b>24.5</b>	<b>Nachbereitung</b> .....
<b>24.3</b>	<b>Vorbereitung der Materialien</b> ...	126		128

**E**

<b>25</b>	<b>Einläufe</b> .....	130		
<b>25.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	130	<b>25.1.3</b>	Darmspülung .....
			<b>25.1.4</b>	Darmspülung orthograd .....
25.1.1	Klistier .....	130	<b>25.1.5</b>	Digitale Ausräumung .....
25.1.2	Reinigungseinlauf .....	131		
<b>26</b>	<b>Einreibungen</b> .....	138		
<b>26.1</b>	<b>Definition</b> .....	138	<b>26.4</b>	<b>Durchführung</b> .....
<b>26.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	138	<b>26.5</b>	<b>Nachbereitung</b> .....
<b>26.3</b>	<b>Vorbereitung der Materialien</b> ...	138		
<b>27</b>	<b>Elektrokardiogramm</b> .....	139		
<b>27.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	139	<b>27.2.1</b>	Ruhe-EKG .....
<b>27.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	139		
<b>28</b>	<b>Essen und Trinken (Unterstützung)</b> .....	145		
<b>28.1</b>	<b>Definition</b> .....	145	<b>28.4</b>	<b>Durchführung</b> .....
<b>28.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	145	<b>28.5</b>	<b>Nachbereitung</b> .....
<b>28.3</b>	<b>Vorbereitung der Materialien</b> ...	145		
<b>29</b>	<b>Extubation</b> .....	149		
<b>29.1</b>	<b>Definition</b> .....	149	<b>29.4</b>	<b>Durchführung</b> .....
<b>29.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	149	<b>29.5</b>	<b>Nachbereitung</b> .....
<b>29.3</b>	<b>Vorbereitung der Materialien</b> ...	149		
<b>F</b>				
<b>30</b>	<b>Fieber senkende Maßnahmen</b> .....	152		
<b>30.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	152	<b>30.1.2</b>	Wadenwickel .....
30.1.1	Umgang mit Kühlelementen .....	152		

<b>31</b>	<b>Fixierung eines Patienten</b> .....	155		
31.1	Definition .....	155	<b>31.4</b>	<b>Durchführung</b> .....
31.2	Ziele und Indikationen .....	155	<b>31.5</b>	<b>Nachbereitung</b> .....
31.3	Vorbereitung der Materialien... ..	155		
<b>G</b>				
<b>32</b>	<b>Ganzkörperwaschung</b> .....	160		
32.1	Definitionen .....	160	32.1.3	Beruhigende Ganzkörperwaschung
32.1.1	Ganzkörperwaschung .....	160	32.1.4	Bobathorientierte Ganzkörperwaschung .....
32.1.2	Belebende Ganzkörperwaschung.. ..	162		
<b>33</b>	<b>Genitalspülung</b> .....	167		
33.1	Definition .....	167	<b>33.4</b>	<b>Durchführung</b> .....
33.2	Ziele und Indikationen .....	167	<b>33.5</b>	<b>Nachbereitung</b> .....
33.3	Vorbereitung der Materialien... ..	167		
<b>H</b>				
<b>34</b>	<b>Haarwäsche im Bett</b> .....	170		
34.1	Definition .....	170	34.1.1	Haarwäsche beim bettlägerigen Patienten .....
<b>35</b>	<b>Herzschrittmacher, passager</b> .....	173		
35.1	Definitionen .....	173	<b>35.5</b>	<b>Nachbereitung</b> .....
35.2	Ziele und Indikationen .....	173	35.5.1	Schrittmacher-Codes .....
35.3	Vorbereitung der Materialien... ..	173		
35.4	Durchführung .....	174		
<b>36</b>	<b>Hygienisches Arbeiten</b> .....	176		
36.1	Definitionen .....	176	36.1.2	Hygienische Händedesinfektion... ..
36.1.1	Chirurgische Händedesinfektion .. ..	176	36.1.3	Sterile Handschuhe anziehen .....

## I

<b>37</b>	<b>Infusionen richten und verabreichen</b> .....	182		
<b>37.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	182	<b>37.2.1</b>	Schwerkraftgesteuerte Infusion richten und anschließen.....
<b>37.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	182	<b>37.2.2</b>	Druckinfusion .....
			<b>37.2.3</b>	Pumpengesteuerte Infusion.....
<b>38</b>	<b>Inhalationen</b> .....	187		
<b>38.1</b>	<b>Definition</b> .....	187	<b>38.1.2</b>	Inhalation mit dem Düsenvernebler
<b>38.1.1</b>	Inhalation mit dem Ultraschallver- nebler (ohne Maske).....	187	<b>38.1.3</b>	Dampfinhalation (Kopfdampfbad) .
<b>39</b>	<b>Injektionen</b> .....	190		
<b>39.1</b>	<b>Definition</b> .....	190	<b>39.1.5</b>	Injektion in den Oberschenkel- muskel.....
<b>39.1.1</b>	Intrakutane Injektion .....	190	<b>39.1.6</b>	Injektion in den Oberarmmuskel ..
<b>39.1.2</b>	Subkutane Injektion .....	191	<b>39.1.7</b>	Umgang mit dem Injektionspen (z. B. Insulininjektion).....
<b>39.1.3</b>	Intramuskuläre Injektion .....	194		
<b>39.1.4</b>	Injektion in den Gesäßmuskel (ventrogluteale Injektion nach v. Hochstetter).....	194		
<b>40</b>	<b>Inkontinenz (Unterstützung)</b> .....	201		
<b>40.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	201	<b>40.1.2</b>	Kondomurinal .....
<b>40.1.1</b>	Fäkalkollektor .....	201		
<b>41</b>	<b>Intertrigo-Prophylaxe</b> .....	205		
<b>41.1</b>	<b>Definition</b> .....	205	<b>41.4</b>	<b>Durchführung</b> .....
<b>41.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	205	<b>41.5</b>	<b>Nachbereitung</b> .....
<b>41.3</b>	<b>Vorbereitung der Materialien</b> ...	205		
<b>42</b>	<b>Intubation</b> .....	206		
<b>42.1</b>	<b>Definition</b> .....	206	<b>42.4</b>	<b>Durchführung</b> .....
<b>42.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	206	<b>42.5</b>	<b>Nachbereitung</b> .....
<b>42.3</b>	<b>Vorbereitung der Materialien</b> ...	206		



**K**

<b>43</b>	<b>Kardiotokografie</b> .....	210			
43.1	Definition .....	210	43.4	Durchführung .....	210
43.2	Ziele und Indikationen .....	210	43.5	Nachbereitung .....	212
43.3	Vorbereitung der Materialien...	210			
<b>44</b>	<b>Kinästhetik</b> .....	213			
44.1	Definitionen .....	213	44.2.2	Fortbewegen vom Liegen zum Sitzen .....	214
44.2	Ziele und Indikationen .....	213	44.2.3	Fortbewegen im Sitzen .....	215
44.2.1	Fortbewegen im Liegen .....	213	44.2.4	Fortbewegen vom Sitzen zum Stehen .....	216
<b>45</b>	<b>Kontrakturenprophylaxe</b> .....	219			
45.1	Definitionen .....	219	45.2.1	Bewegungsübungen .....	219
45.2	Ziele und Indikationen .....	219	45.2.2	Lagerung .....	221

**L**

<b>46</b>	<b>Lagerungen</b> .....	224			
46.1	Definitionen .....	224	46.1.3	Beintieflagerung .....	226
46.1.1	VATI-Lagerung .....	224	46.1.4	Oberkörperhochlagerung .....	226
46.1.2	Beinhochlagerung .....	225			
<b>47</b>	<b>Larynxmaske</b> .....	228			
47.1	Definition .....	228	47.4	Durchführung .....	228
47.2	Ziele und Indikationen .....	228	47.5	Nachbereitung .....	230
47.3	Vorbereitung der Materialien...	228			
<b>48</b>	<b>Larynxtubus</b> .....	231			
48.1	Definition .....	231	48.4	Durchführung .....	232
48.2	Ziele und Indikationen .....	231	48.5	Nachbereitung .....	232
48.3	Vorbereitung der Materialien...	231			

**M**

<b>49</b>	<b>Magensonde – Ernährungssonde</b> .....	236		
<b>49.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	236	<b>49.1.4</b>	Sondenpflege bei liegender nasaler Magen- bzw. Ernährungssonde. . . . .
49.1.1	Legen einer nasalen Magensonde bzw. Ernährungssonde.....	236	49.1.5	Sondenpflege bei liegender PEG-Sonde .....
49.1.2	Sondennahrung per Schwerkraft verabreichen .....	239	49.1.6	Ziehen einer Magen- bzw. Ernährungs- sonde.....
49.1.3	Sondenernährung mit einer Ernährungspumpe .....	241		
<b>50</b>	<b>Magenspülung – Orthograde Darmspülung über Magensonde</b> .....	246		
<b>50.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	246	<b>50.1.2</b>	Orthograde Darmspülung über Magensonde.....
50.1.1	Magenspülung.....	246		
<b>51</b>	<b>Medikamente richten</b> .....	251		
<b>51.1</b>	<b>Definition</b> .....	251	<b>51.3.2</b>	Aufziehen aus einer Glasampulle . . . . .
<b>51.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	251	51.3.3	Aufziehen aus einer Stechampulle . . . . .
<b>51.3</b>	<b>Vorbereitung der Materialien</b> . . . . .	251	51.3.4	Aufziehen bzw. Herstellen einer Lösung aus Trockensubstanzen . . . . .
51.3.1	Tabletten richten.....	251	51.3.5	Medikamente – Aufziehen von Insulingemischen .....
<b>52</b>	<b>Mobilisation</b> .....	257		
<b>52.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	257	<b>52.1.3</b>	Verschiedene nützliche Handgriffe. . . . .
52.1.1	Grundsätzliches zur Mobilisation . . . . .	257	52.1.4	Rollstuhlmobilisation .....
52.1.2	Aufsetzen en bloc .....	258	52.1.5	Umgang mit Unterarmgehstützen . . . . .
<b>53</b>	<b>Mund- bzw. Zahnpflege – Soor- und Parotitisprophylaxe</b> .....	266		
<b>53.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	266	<b>53.1.2</b>	Soor-, Stomatitis- und Parotitis- prophylaxe.....
53.1.1	Mund- und Zahnpflege übernehmen .....	266		
<b>N</b>				
<b>54</b>	<b>Nagelpflege</b> .....	274		
<b>54.1</b>	<b>Definition</b> .....	274	<b>54.4</b>	<b>Durchführung</b> .....
<b>54.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	274	<b>54.5</b>	<b>Nachbereitung</b> .....
<b>54.3</b>	<b>Vorbereitung der Materialien</b> . . . . .	274		

<b>55</b>	<b>Nasenabstrich</b> .....	277		
55.1	Definition .....	277	55.4	Durchführung .....
55.2	Ziele und Indikationen .....	277	55.5	Nachbereitung .....
55.3	Vorbereitung der Materialien... ..	277		
<b>56</b>	<b>Nasenpflege</b> .....	279		
56.1	Definition .....	279	56.2.1	Nasenpflege allgemein.....
56.2	Ziele und Indikationen .....	279		
<b>57</b>	<b>Notfallmaßnahmen</b> .....	281		
57.1	Definitionen.....	281	57.1.5	Kardiopulmonale Reanimation (Herz-Lungen-Wiederbelebung)... ..
57.1.1	Sicherstellung der Atmung .....	281	57.1.6	Assistenz des Arztes bei Herz- Lungen-Wiederbelebung.....
57.1.2	Atemspende .....	283	57.1.7	Stabile Seitenlagerung .....
57.1.3	Defibrillation.....	284		
57.1.4	Herzdruckmassage (Kardiokom- pression) .....	285		
<b>O</b>				
<b>58</b>	<b>Obstipationsprophylaxe</b> .....	298		
58.1	Definitionen.....	298		
58.1.1	Darmmassage .....	298		
<b>59</b>	<b>Ohrenpflege, Umgang mit dem Hörgerät</b> .....	300		
59.1	Definitionen.....	300	59.1.3	Ohrspülung .....
59.1.1	Reinigung des äußeren Ohres.....	300	59.1.4	Umgang mit dem Hörgerät .....
59.1.2	Applikation von Ohrentropfen bzw. Ohrensalben .....	301		
<b>P</b>				
<b>60</b>	<b>PCA-Pumpe (Schmerzbeobachtung)</b> .....	308		
60.1	Definition .....	308	60.4	Vorbereitung der Materialien... ..
60.2	Ziele und Indikationen .....	308	60.5	Durchführung .....
60.3	Voraussetzungen .....	308	60.6	Nachbereitung .....

<b>61</b>	<b>Pneumonie- und Atelektasenprophylaxe</b> .....	312		
<b>61.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	312	<b>61.1.2</b>	<b>Atemtraining</b> .....
61.1.1	Atemstimulierende Einreibungen (ASE) .....	312		
<b>62</b>	<b>Port-Pflege / Injektion</b> .....			316
<b>62.1</b>	<b>Definition</b> .....	316	<b>62.2.1</b>	<b>Punktion des Ports zur Infusions- therapie</b> .....
<b>62.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	316	<b>62.2.2</b>	<b>Regeln zum weiteren Umgang mit Portsystemen</b> .....
				318
<b>63</b>	<b>Pulskontrolle</b> .....			320
<b>63.1</b>	<b>Definition</b> .....	320	<b>63.3.1</b>	<b>Manuelle Pulskontrolle</b> .....
<b>63.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	320	<b>63.3.2</b>	<b>Pulsmessung mit dem Herz- frequenzmessgerät</b> .....
				321
<b>63.3</b>	<b>Vorbereitung der Materialien</b> ...	320		
<b>64</b>	<b>Pulsoximetrie</b> .....			324
<b>64.1</b>	<b>Definition</b> .....	324	<b>64.4</b>	<b>Durchführung</b> .....
<b>64.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	324	<b>64.5</b>	<b>Nachbereitung</b> .....
<b>64.3</b>	<b>Vorbereitung der Materialien</b> ...	324		
				324
<b>65</b>	<b>Punktionen und Biopsien</b> .....			326
<b>65.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	326	<b>65.1.4</b>	<b>Leberbiopsie</b> .....
65.1.1	Arterielle Gefäßpunktion .....	326	<b>65.1.5</b>	<b>Lumbalpunktion</b> .....
65.1.2	Aszitespunktion .....	328	<b>65.1.6</b>	<b>Perikardpunktion</b> .....
65.1.3	Beckenkammpunktion, Becken- kammbiopsie (Crista-Biopsie) .....	330	<b>65.1.7</b>	<b>Pleurapunktion</b> .....
				336
<b>R</b>				
<b>66</b>	<b>Rasur des Operationsfeldes</b> .....			340
<b>66.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	340	<b>66.2.1</b>	<b>Trockenrasur mit einem Hair-Clipper</b> .....
<b>66.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	340	<b>66.2.2</b>	<b>Nachbereitung</b> .....
				341
<b>67</b>	<b>Nassrasur</b> .....			343
<b>67.1</b>	<b>Vorbereitung der Materialien</b> ...	343	<b>67.3</b>	<b>Nachbereitung</b> .....
<b>67.2</b>	<b>Durchführung</b> .....	343		

<b>68</b>	<b>Rückenschonendes Arbeiten</b> .....			345
68.1	Definition .....	345	68.3.1 Patientenlifter .....	345
			68.3.2 Rollbrett .....	347
68.2	Ziele und Indikationen .....	345		
68.3	Allgemeine Hinweise .....	345		
<b>S</b>				
<b>69</b>	<b>Sauerstoff (Umgang)</b> .....			350
69.1	Definition .....	350	69.2.2 Wechseln einer leeren Sauerstoff-	
			flasche .....	351
69.2	Ziele und Indikationen .....	350		
69.2.1	Sauerstoff verabreichen .....	350		
<b>70</b>	<b>Shunt (Training und Pflege)</b> .....			353
70.1	Definitionen .....	353	<b>70.4 Durchführung</b> .....	353
70.2	Ziele und Indikationen .....	353	<b>70.5 Nachbereitung</b> .....	354
70.3	Vorbereitung der Materialien... ..	353		
<b>71</b>	<b>Spritzenpumpen</b> .....			356
71.1	Definition .....	356	<b>71.4 Durchführung</b> .....	356
71.2	Ziele und Indikationen .....	356	<b>71.5 Nachbereitung</b> .....	358
71.3	Vorbereitung der Materialien... ..	356		
<b>72</b>	<b>Sterbebegleitung, Versorgung Verstorbener</b> .....			359
72.1	Definition .....	359	72.1.2 Versorgung Verstorbener .....	361
72.1.1	Sterbebegleitung .....	359		
<b>73</b>	<b>Stillen (Hilfestellung)</b> .....			363
73.1	Definition .....	363	73.3.2 Vorbereitung der Mutter .....	363
			73.3.3 Vorbereitung des Kindes .....	364
73.2	Ziele und Indikationen .....	363		
73.3	Vorbereitungen .....	363	<b>73.4 Durchführung</b> .....	364
73.3.1	Vorbereitung der Materialien .....	363	<b>73.5 Nachbereitung</b> .....	364

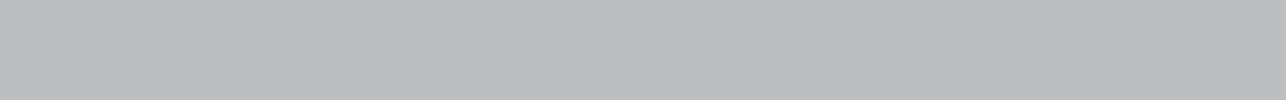
<b>74</b>	<b>Stomapflege</b> .....	366		
<b>74.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	366	<b>74.1.2</b>	<b>Irrigation</b> .....
				372
74.1.1	Stomabeutelwechsel .....	367		
<b>75</b>	<b>Stuhlausscheidung (Umgang)</b> .....	374		
<b>75.1</b>	<b>Definition</b> .....	374	<b>75.1.2</b>	<b>Nachweis von okkultem Blut</b> .....
				376
75.1.1	Unterstützung der Stuhlausscheidung mit Hilfsmitteln .....	374		
<b>76</b>	<b>Sturzprophylaxe</b> .....	378		
<b>76.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	378	<b>76.3</b>	<b>Schwerpunkte</b> .....
				378
<b>76.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	378		
<b>T</b>				
<b>77</b>	<b>Temperatur messen</b> .....	382		
<b>77.1</b>	<b>Definition</b> .....	382	<b>77.2.2</b>	<b>Temperaturmessung mit Infrarot-Ohrthermometer (IRED-Tympanon-Thermometrie)</b> .....
				384
<b>77.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	382		
77.2.1	Temperaturmessung mit Digitalthermometer .....	382		
<b>78</b>	<b>Thromboseprophylaxe</b> .....	387		
<b>78.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	387	<b>78.1.2</b>	<b>Kompressionsverband modifiziert nach Pütter</b> .....
				390
78.1.1	Medizinische Thromboseprophylaxestrümpfe .....	387	<b>78.1.3</b>	<b>Heparinisierung</b> .....
				394
<b>79</b>	<b>Tracheostoma (Umgang)</b> .....	397		
<b>79.1</b>	<b>Definition</b> .....	397	<b>79.2.2</b>	<b>Wechsel der Trachealkanüle (2 Personen)</b> .....
				398
<b>79.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	397		
79.2.1	Verbandwechsel .....	397		

<b>80</b>	<b>Transfusion (Umgang)</b> .....				402
<b>80.1</b>	<b>Definition</b> .....	402	<b>80.4.1</b>	<b>Vorbereitung</b> .....	402
<b>80.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	402	<b>80.5</b>	<b>Beendigung</b> .....	403
<b>80.3</b>	<b>Vorbereitung der Materialien...</b>	402	<b>80.6</b>	<b>Nachbereitung</b> .....	404
<b>80.4</b>	<b>Durchführung</b> .....	402			
<b>U</b>					
<b>81</b>	<b>Unterschenkelprothese anlegen</b> .....				406
<b>81.1</b>	<b>Definition</b> .....	406	<b>81.4</b>	<b>Durchführung</b> .....	406
<b>81.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	406	<b>81.5</b>	<b>Nachbereitung</b> .....	408
<b>81.3</b>	<b>Vorbereitung der Materialien...</b>	406			
<b>82</b>	<b>Urinausscheidung (Umgang)</b> .....				409
<b>82.1</b>	<b>Definition</b> .....	409	<b>82.1.3</b>	<b>Urikulttest</b> .....	412
82.1.1	Anlegen einer Urinflasche (Unterstützung beim Umgang) .....	409	<b>82.1.4</b>	<b>Bestimmung des spezifischen Gewichts</b> .....	414
82.1.2	Gewinnung von Mittelstrahlurin ..	410			
<b>V</b>					
<b>83</b>	<b>Verbandtechniken</b> .....				416
<b>83.1</b>	<b>Definition</b> .....	416	<b>83.2.7</b>	<b>Gipsverband</b> .....	424
<b>83.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	416	<b>83.2.8</b>	<b>Schlauchmullverbände</b> .....	427
83.2.1	Bindenverbände mit elastischen Binden .....	416	<b>83.2.9</b>	<b>Kopfverband</b> .....	429
83.2.2	Augenverband (beidseitig) .....	418	<b>83.2.10</b>	<b>Brustverband</b> .....	429
83.2.3	Handverband (ab- und aufsteigend)	419	<b>83.2.11</b>	<b>Desault-Verband</b> .....	430
83.2.4	Knieverband (von innen nach außen) .....	419	<b>83.2.12</b>	<b>Gilchrist-Verband</b> .....	431
83.2.5	Fußverband .....	420	<b>83.2.13</b>	<b>Handverband</b> .....	433
83.2.6	Stumpfbandagierung (Beispiel Unterschenkel) .....	421	<b>83.2.14</b>	<b>Fingerverband</b> .....	434
			<b>83.2.15</b>	<b>Netzschlauchverbände</b> .....	435
			<b>83.2.16</b>	<b>Verbandtechnik</b> .....	436
<b>84</b>	<b>Verbandwechsel</b> .....				438
<b>84.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	438	<b>84.1.2</b>	<b>Verbandwechsel bei septischen Wunden</b> .....	440
84.1.1	Verbandwechsel bei aseptischen Wunden .....	438			

## W

<b>85</b>	<b>Wickel und Auflagen</b> .....	444		
<b>85.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	444	<b>85.1.3</b>	Quarkauflage .....
			<b>85.1.4</b>	Olivenölauflage .....
85.1.1	Grundsätzliches .....	444		
85.1.2	Feucht-heiße Wickel und Auflagen .....	445		
<b>86</b>	<b>Wärmeanwendung mit einer Wärmflasche</b> .....	453		
<b>86.1</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	453	<b>86.3</b>	<b>Durchführung</b> .....
<b>86.2</b>	<b>Vorbereitung der Materialien</b> ...	453	<b>86.4</b>	<b>Nachbereitung</b> .....
<b>87</b>	<b>Kälteanwendung durch Kälteelemente</b> .....	454		
<b>87.1</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	454	<b>87.3</b>	<b>Durchführung</b> .....
<b>87.2</b>	<b>Vorbereitung der Materialien</b> ...	454	<b>87.4</b>	<b>Nachbereitung</b> .....
<b>88</b>	<b>Wundbehandlung</b> .....	455		
<b>88.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	455	<b>88.1.5</b>	Wundverband bei infizierten, sekundär heilenden Wunden (Beispiel Hydrokolloidverband mit Alginat-Tamponade) .....
88.1.1	Primär heilende Wunden .....	455		
88.1.2	Faden- bzw. Klammerentfernung ..	455	<b>88.1.6</b>	Vakuumversiegelung einer chro- nischen Wunde (V.A.C.-Therapie) ..
88.1.3	Sekundär heilende Wunden .....	457		
88.1.4	Wundspülung bei sekundär heilen- den Wunden .....	461		
<b>Z</b>				
<b>89</b>	<b>Zentraler Venenkatheter / Zentrale Venendruckmessung</b> .....	470		
<b>89.1</b>	<b>Definitionen</b> .....	470	<b>89.1.2</b>	Verbandwechsel zentraler Venen- katheter .....
89.1.1	Assistenz beim Legen eines zentra- len Venenkatheters .....	470	<b>89.1.3</b>	Messung des zentralen Venen- drucks .....
<b>90</b>	<b>Zytostatika (Umgang)</b> .....	478		
<b>90.1</b>	<b>Definition</b> .....	478	<b>90.2.1</b>	Zytostatikazubereitung .....
<b>90.2</b>	<b>Ziele und Indikationen</b> .....	478	<b>90.2.2</b>	Umgang mit Zytostatika (z. B. Infusionstherapie) .....
<b>Glossar</b>	.....	483		
<b>Sachverzeichnis</b>	.....	582		







## A

1	Abnabelung	24
2	Absaugen	26
3	Anziehhilfe	31
4	Aromapflege, -therapie	38
5	Augenpflege	40

# 1 Abnabelung

## 1.1 Definition

Abnabelung (Omphalotomie) bezeichnet die aseptische Durchtrennung der Nabelschnur nach der Geburt. Dazu wird die Nabelschnur sowohl auf Seiten des Kindes als auch auf Seiten der Plazenta abgeklemmt und etwa handbreit über dem Hautniveau des Kindes durchtrennt.

## 1.2 Ziele und Indikationen

Ziele und Indikationen einer Abnabelung sind es, die Nabelschnur nach der Geburt aseptisch zu durchtrennen, um ein komplikationsloses Abheilen des Nabelschnurrestes (► Abb. 1.1) zu ermöglichen.

## 1.3 Vorbereitung der Materialien

- 1 Paar Schutzhandschuhe
- 1 Paar sterile Handschuhe
- 2 sterile → Péan-Klemmen
- 1 sterile Einmalklemme
- 1 sterile Schere
- 1 sterile → Schlitzkompressen
- 2 sterile Kompressen
- 1 Nabelbinde/Mullbinde
- evtl. Gegenstände zur Blutentnahme

## 1.4 Durchführung

- Hände nach → Hygieneplan desinfizieren
- benötigte Gegenstände/benötigte Gegenstände auf desinfizierter Arbeitsfläche richten, Vollständigkeit und Funktionsfähigkeit überprüfen
- Schutzhandschuhe anziehen
- erste sterile Péan-Klemme ca. eine Handbreit von der kindlichen Bauchdecke anbringen, die zweite sterile Péan-Klemme im Abstand von ca. 2 – 3 cm befestigen
- zwischen beiden Klemmen Nabelschnur mit der sterilen Schere durchtrennen (auf Wunsch kann dies auch der Vater des Kindes tun), evtl. entnimmt der Arzt Blut aus der Nabelschnurarterie, um den pH-Wert zu bestimmen



Abb. 1.1 Abheilender Nabelschnurrest.



Abb. 1.2 Abgenabelte Nabelschnur.

- Nabelstumpf mit der sterilen Einmalklemme, die ca. 2 cm vom Bauch des → Neugeborenen gesetzt wird, versorgen (► Abb. 1.2); danach wird das Kind meist gebadet und gewogen
- sterile Handschuhe anziehen, sterile Schlitzkompressen unter die Nabelschnur legen und eine sterile Kompressen über den Nabelstumpf
- Nabelbinde mit mäßigem Druck um den Bauch des Neugeborenen wickeln und fixieren (in vielen Krankenhäusern wird nach dem Abtrocknen des Nabelschnurrestes eine sog. offene Nabelpflege betrieben, d. h., der Nabelschnuransatz wird nur desinfiziert (z. B. beim Wickeln) und nicht mehr verbunden)
- evtl. beim Erstellen des → Apgarschemas mithelfen

## 1.5 Nachbereitung

- vor dem Verlassen des Zimmers die Frau nach dem Befinden und ihren Bedürfnissen bezüglich Lagerung, Getränken, Belüftung des Zimmers usw. fragen
- überprüfen, ob Rufanlage und Telefon in Reichweite sind
- gebrauchte Materialien sachgerecht ver- bzw. entsorgen
- abschließend Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren
- Maßnahme durch Eintragung in die → *Patientenkurve* mit Handzeichen und Uhrzeit dokumentieren
- **Blick zurück:** Ist die vorgenommene Handlung korrekt ausgeführt worden? Sitzt der Verband fest genug, um nicht zu verrutschen, aber auch nicht zu eng?



### Weiterführende Informationen

#### Literatur

Hoehl M, Kullick P (Hrsg.). Kinderkrankenpflege und Gesundheitsförderung, 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2008

Hoehl M, Kullick P. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2012

Skibbe X, Löseke A. Gynäkologie und Geburtshilfe für Pflegeberufe. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2013

#### Internetadressen

[www.schwanger-plus.de](http://www.schwanger-plus.de)

## 2 Absaugen

### 2.1 Definitionen

Beim Absaugen werden Blut, Sekrete, Luft oder feste Stoffe aus Körperöffnungen oder Körperhöhlen mithilfe eines → *Absaugkatheters* unter Sog entfernt. Je nach Vorgehensweise wird unterschieden zwischen endotrachealem, nasalem und oralem Absaugen.

- ▶ **Endotracheales Absaugen.** Endotracheal = in die Luftröhre eingelegt. Die Absaugung erfolgt z. B. über einen → *Endotrachealtubus*.
- ▶ **Nasales Absaugen.** Über den Nasen-Rachen-Raum wird abgesaugt.
- ▶ **Orotracheales Absaugen.** Über den Mund-Rachen-Raum wird abgesaugt.
- ▶ **Bronchiallavage.** Therapeutische Lavage (Spülung von Hohlorganen und Hohlräumen) des Bronchialbaumes mit isotonischer Kochsalzlösung und anschließender Absaugung.

#### 2.1.1 Endotracheales Absaugen über einen Endotrachealtubus

##### Ziele und Indikationen

Ziele und Indikationen der endotrachealen Absaugung über einen Endotrachealtubus sind z. B., Sekretanhäufungen zu vermeiden und die Lungenventilation zu verbessern. Sie wird z. B. durchgeführt zur Absaugung von Fremdkörpern (z. B. Erbrochenem) bei Verdacht auf → *Aspiration* oder nach erfolgter Aspiration und zur Gewinnung von Bronchialsekret zur bakteriologischen Untersuchung.

##### Merke

Grundsätzlich gilt: So wenig wie möglich und so häufig wie nötig absaugen. Das Absaugen ist eine invasive Maßnahme, bei der die Gefahr besteht, dass durch unsachgemäßes Arbeiten Keime in den Körper eingebracht werden.



##### Vorbereitung der Materialien

- 1 Abwurfbehälter
- 1 Mundschutz

- Schutzhandschuhe, Schutzbrille und 2 sterile Einmalhandschuhe
- 2 sterile Absaugkatheter (Größe richtet sich nach der Tubusgröße: für Erwachsene i. d. R. Katheter von 12 – 16 → *Charrière*, für Kinder 6 – 10 *Charrière*)
- 1 → *Absauganlage* mit Auffangbehälter (geschlossenes System), Wasserbehälter zum Durchspülen des Schlauchsystems und Überleitungsschlauch (mit Fingertipp)

##### Durchführung (2 Personen)

- Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren
- benötigte Gegenstände auf desinfizierter Arbeitsfläche richten und Vollständigkeit überprüfen, Funktionsfähigkeit der Absauganlage durch Herstellen des Sogs kontrollieren
- Patient über geplante Maßnahme informieren, Fenster und Türen schließen und ggf. Besucher aus dem Zimmer bitten, da der Anblick dieser Maßnahme von vielen als belastend empfunden wird
- → *Patientenbett* auf eine rückenschonende Arbeitshöhe bringen
- auch bewusste Patienten immer vor dem Absaugen über die Maßnahme informieren



##### Merke

Vergegenwärtigen Sie sich bitte stets die Sichtweise des Patienten (▶ Abb. 2.1) und versuchen Sie, beruhigend auf ihn einzuwirken.

- Patient nach Absprache mit dem Arzt ausreichend oxygenieren (für Sauerstoffsättigung sorgen, z. B. Sauerstoffgehalt am Beatmungsgerät auf 100 % für mehrere Atemzüge erhöhen)
- Mundschutz, Schutzbrille und Schutzhandschuhe anziehen
- Verpackung des Absaugkatheters unter Wahrung der Sterilität öffnen und mit dem Absaugschlauch verbinden (Verpackung bleibt zunächst um den Absaugkatheter)
- sterilen Einmalhandschuh anziehen, 2. Pflegeperson reicht den Absaugkatheter an und entfernt vorsichtig die Verpackung, während die durchführende Pflegeperson den Katheter mit der sterilen Hand ergreift (▶ Abb. 2.1b)

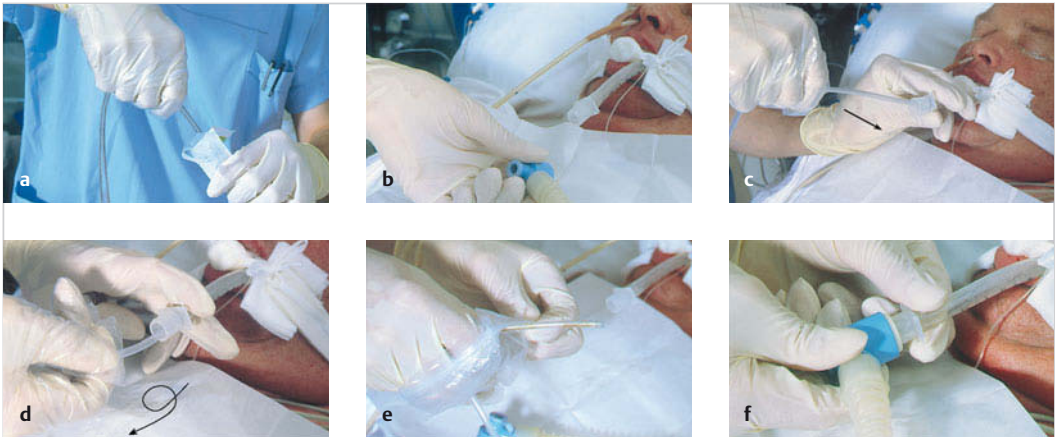


Abb. 2.1 Endotracheales Absaugen über einen Endotrachealtubus. (Ullrich. Intensivpflege und Anästhesie. 3. Aufl. Thieme; 2015)

- a Katheter mit der „sterilen“ Hand greifen.
- b Beatmungsschlauch vom Tubus diskonnizieren.
- c Katheter unter sterilen Kautelen einführen, dabei den Tubus mit der „unsterilen“ Hand fixieren.
- d Katheter zurückziehen und dabei um den Zeigefinger wickeln.
- e Sterilen Handschuh über den Katheter streifen.
- f Beatmungsschlauch und Tubus wieder konnektieren.

- Absauggerät einschalten und auf einen Unterdruck von ca. 0,2 bar einstellen (Sog durch Verschließen der Öffnung am Fingertipp mit dem Daumen der unsterilen Hand herstellen)
- Absaugkatheter ohne Sog einführen
- Rachenraum durch Mund und Nase zügig absaugen
- Katheter und sterilen Handschuh abwerfen und neuen sterilen Einmalhandschuh und frischen Absaugkatheter anreichen lassen
- Alarm des Beatmungsgerätes deaktivieren, mit der unsterilen Hand Beatmungsschlauch vom Tubus abkoppeln (► Abb. 2.1b) und Konus auf sterile Fläche (z. B. Innenseite der Verpackung für den sterilen Handschuh) durch die 2. Person legen lassen
- Absaugkatheter bis zum leichten Widerstand rasch einführen (► Abb. 2.1c): Katheter mit einer Öffnung ohne Sog, mit mehreren Öffnungen mit Sog (s. → *Absaugkatheter*)
- unter Sog Absaugkatheter zurückziehen und abgesaugtes Sekret auf Menge, Konsistenz und Farbe beobachten:
  - drehende Bewegungen beim Herausziehen (► Abb. 2.1d) waren bei Absaugkathetern mit einem Auge üblich, die heute allerdings kaum mehr verwendet werden
  - Katheter mit mehreren Augen können gerade zurückgezogen werden

### Praxis



Wenn Sie den Katheter nur gerade herausziehen, können Sie ihn schon nach kurzer Zeit schlecht führen. Ein Trick ist, sich den Katheter während des Herausziehens um den Finger zu wickeln. Anschließend können Sie sich den Handschuh über den aufgerollten Katheter stülpen und ihn so ordentlich entsorgen (► Abb. 2.1e).

### Merke



Bedenken Sie, dass die Lungenventilation während des Absaugens unterbrochen ist. Der Vorgang sollte daher auf max. 15 Sek. begrenzt werden. Um ein Gefühl für die Dauer des Vorgangs zu bekommen, können Sie z. B. selbst die Luft anhalten.

- nach dem Absaugen Tubus mit dem Beatmungsschlauch durch die 2. Person verbinden lassen (► Abb. 2.1f) und den Druck im Blockerballon durch einen → *Cuffdruckmesser* überprüfen,
- Beatmungsparameter überprüfen, Alarm des Beatmungsgerätes aktivieren und Vitalzeichen kontrollieren.

### Film



Wie ein Patient nur durch **einen** Pflegenden endotracheal abgesaugt wird, können Sie sich als Film ansehen.

## Nachbereitung

- vor dem Verlassen des Zimmers den Patienten nach seinem Befinden und seinen Bedürfnissen bezüglich Lagerung, Getränken, Belüftung des Zimmers usw. fragen
- überprüfen, ob Rufanlage und Telefon in Reichweite sind
- Absaugschlauch durchspülen und gebrauchte Materialien sachgerecht entsorgen
- bei Bevorratung der Materialien am Bett darauf achten, dass alles Notwendige für den nächsten Absaugvorgang vorhanden ist
- abschließend Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren
- Maßnahme durch Eintragung in die → *Patientenkurve* mit Handzeichen und Uhrzeit dokumentieren
- **Blick zurück:** Überprüfen, ob der Patient freier atmet, korrekt gelagert und entsprechend seinen Bedürfnissen versorgt ist (z. B. Rufanlage in Reichweite). Sind für den nächsten Absaugvorgang alle Vorbereitungen getroffen (z. B. genügend Spülflüssigkeit vorhanden)?

### Merke



Ist eine nochmalige Absaugung notwendig, muss der Patient erst mit ca. 10 – 15 Beatmungen ausreichend oxygeniert werden. Verwenden Sie einen frischen sterilen Handschuh und einen neuen Absaugkatheter.

## 2.1.2 Nasales/orales Absaugen

### Ziele und Indikationen

Ziele und Indikationen des nasalen/oralen Absaugens sind, Sekretanhäufungen zu vermeiden und die Lungenventilation zu verbessern. Es wird z. B. durchgeführt zur Absaugung von Fremdkörpern (z. B. Erbrochenem) bei Verdacht auf → *Aspiration* oder nach erfolgter *Aspiration* und bei Rasselgeräuschen bei der Atmung durch Sekrete.

## Vorbereitung der Materialien

- Schutzhandschuhe und 1 steriler Einmalhandschuh
- 2 sterile Absaugkatheter
- 1 Absauganlage oder Absauggerät mit Auffangbehälter (geschlossenes System) und Wasserbehälter zum Durchspülen des Schlauchsystems
- 1 Abwurfbehälter
- 1 Mundschutz und Schutzbrille
- evtl. → *Salbe* oder → *Gel* als Schleimhautanästhetikum
- Materialien zur Mund- bzw. Nasenpflege
- Zellstoff, Nierenschale (falls Patient erbricht)

## Durchführung

- Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren
- benötigte Gegenstände auf desinfizierter Arbeitsfläche richten und Vollständigkeit überprüfen; Funktionsfähigkeit der Absauganlage durch Herstellen des Sogs kontrollieren
- Patienten über geplante Maßnahme informieren (auch bewusstlose Patienten!) und Oberkörper hochlagern, wenn keine Kontraindikation besteht
- Fenster und Türen schließen und Besucher ggf. aus dem Patientenzimmer bitten, da der Anblick dieser Maßnahme von vielen als belastend empfunden wird
- → *Patientenbett* auf eine rückenschonende Arbeitshöhe bringen
- Mundschutz, Schutzbrille und Schutzhandschuhe anziehen
- Mund- bzw. Nasenpflege durchführen, um die Gefahr einer Keimverschleppung zu reduzieren

### Praxis



Um dem Patienten unnötige Schmerzen zu ersparen und um Schleimhautläsionen vorzubeugen, empfiehlt es sich, den Katheter mit einem anästhesierenden Gel oder mit Salbe gleitfähig zu machen.

- Nierenschale und Zellstoff bereitstellen, falls Patient erbricht
- Patient zur Oxygenierung mehrmals tief durchatmen lassen oder Sauerstoff verabreichen, wenn vom Arzt angeordnet



- Verpackung des Absaugkatheters öffnen und unter Wahrung der Sterilität mit dem Absaugschlauch verbinden (Verpackung bleibt zunächst um den Absaugkatheter)
- sterilen Einmalhandschuh anziehen, mit der unsterilen Hand vorsichtig die Verpackung vom Katheter abziehen, dabei den Katheter mit der sterilen Hand ergreifen
- Absauggerät einschalten und auf einen Unterdruck von ca. 0,2 bar einstellen (Sog durch Verschließen der Öffnung am Fingertipp mit dem Daumen der unsterilen Hand herstellen)
- Absaugkatheter über Mund oder Nase rasch einführen und Rachenraum absaugen, dabei Sekret auf Menge, Konsistenz und Farbe beobachten
- unter Sog Absaugkatheter zurückziehen, dabei um den Finger wickeln und Handschuh darüberstülpen

### Praxis



Wenn beim Absaugen ein Hustenreiz ausgelöst wird, kann dadurch Sekret nach oben transportiert und die Effektivität des Vorgangs gesteigert werden. Wenn möglich, kann der Patient zum Husten aufgefordert werden.

## Nachbereitung

- vor dem Verlassen des Zimmers den Patienten nach seinem Befinden und seinen Bedürfnisse bezüglich Lagerung, Getränken, Belüftung des Zimmers usw. fragen
- überprüfen, ob Rufanlage und Telefon in Reichweite sind
- Vitalzeichen überprüfen (Vagusreizung möglich)
- gebrauchte Materialien sachgerecht entsorgen und Absaugschlauch durchspülen
- wenn Materialien am Bett untergebracht sind, darauf achten, dass alles Notwendige für den nächsten Absaugvorgang vorhanden ist
- abschließend Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren und
- Maßnahme durch Eintragung in die → *Patientenkurve* mit Handzeichen und Uhrzeit dokumentieren
- **Blick zurück:** Überprüfen, ob der Patient freier atmet, korrekt gelagert und entsprechend seinen Bedürfnissen versorgt ist (z. B. Rufanlage in Reichweite). Sind für den nächsten Absaugvorgang alle Vorbereitungen getroffen (z. B. genügend Spülflüssigkeit vorhanden)?

## 2.1.3 Bronchiallavage

### Ziele und Indikationen

Ziele und Indikationen der Bronchiallavage sind das Entfernen von zähem Schleim oder borkigem Sekret und der Nachweis von Erregern bei Infektionskrankheiten (bakteriologisches Monitoring).

### Vorbereitung der Materialien

- 1 Paar sterile Handschuhe
- 2 sterile Absaugkatheter
- 1 Absauggerät mit Auffangbehälter (geschlossenes System) und Wasserbehälter zum Durchspülen des Schlauchsystems
- 1 Abwurfbehälter
- 1 Mundschutz
- 1 → *Schutzbrille*
- 1 Stethoskop
- evtl. 1 steriles Sekret Röhrchen zur bakteriologischen Untersuchung
- Spritze (10 – 20 ml)
- 10 – 20 ml physiologische Kochsalzlösung
- Injektionskonnektor

## 2.1.4 Entfernung von zähem Schleim (2 Personen)

### Durchführung

- Bei Patienten mit Endotrachealtubus Vorgehen bis zur Verbindung von Absaugkatheter und Absaugschlauch wie beim endotrachealen Absaugen (S.26), zusätzlich Schutzbrille (► Abb. 2.2) aufsetzen



Abb. 2.2 Schutzbrille. (3M Deutschland GmbH, Neuss)



- die durchführende Pflegeperson zieht sterile Einmalhandschuhe an; die 2. Pflegeperson reicht den Absaugkatheter steril an und zieht die Verpackung ab
- der Beatmungsschlauch wird abgekoppelt und der Konus auf eine sterile Fläche gelegt (z. B. Innenseite der Verpackung der sterilen Handschuhe)
- 2. Pflegeperson trägt Schutzhandschuhe, spritzt 10 – 20 ml physiologische Kochsalzlösung über den Tubuskonnector ein und beatmet den Patienten mit dem Beutel 2- bis 5-mal
- durchführende Pflegeperson führt Absaugkatheter bis zum leichten Widerstand rasch ein (Katheter mit einer Öffnung ohne Sog, mit mehreren Öffnungen mit Sog einführen)
- unter Sog Absaugkatheter zurückziehen, dabei um den Finger wickeln und Handschuh darüber stülpen: abgesaugtes Sekret auf Menge, Konsistenz und Farbe beobachten
- nach dem Absaugen Tubus mit dem Beatmungsschlauch durch die 2. Person verbinden lassen und den Druck im Blockerballon durch einen → *Cuffdruckmesser* überprüfen
- Beatmungsparameter überprüfen, Alarm des Beatmungsgeräts aktivieren und Vitalzeichen kontrollieren

## Nachbereitung

- vor dem Verlassen des Zimmers den Patienten nach dem Befinden und seinen Bedürfnisse bezüglich Lagerung, Getränken, Belüftung des Zimmers usw. fragen
- überprüfen, ob Rufanlage und Telefon in Reichweite sind
- Absaugschlauch durchspülen und gebrauchte Materialien sachgerecht entsorgen
- falls Materialien am Bett aufgehoben werden, darauf achten, dass alles Notwendige für den nächsten Absaugvorgang vorhanden ist
- abschließend Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren und Maßnahme dokumentieren
- Maßnahme durch Eintragung in die → *Patientenkurve* mit Handzeichen und Uhrzeit dokumentieren
- **Blick zurück:** Überprüfen, ob der Patient freier atmet, korrekt gelagert und entsprechend seinen Bedürfnissen versorgt ist (z. B. Rufanlage in Reichweite). Sind für den nächsten Absaugvorgang alle Vorbereitungen getroffen (z. B. genügend Spülflüssigkeit vorhanden)?

## 2.1.5 Gewinnung von Sekret zur bakteriologischen Untersuchung

### Durchführung

Sekret wird während des Absaugvorgangs gewonnen, indem es über den Absaugkatheter direkt in ein steriles Röhrchen abgeleitet wird. Das Röhrchen mit Zu- und Ableitungsöffnungen ist als Einheit steril verpackt.

Sekret zur bakteriologischen Untersuchung kann auch während einer vom Arzt durchgeführten Bronchoskopie gewonnen werden. Dabei wird das Bronchoskop unter Sicht direkt in den betreffenden Lungenabschnitt vorgeschoben.

### Nachbereitung

- Absaugschlauch durchspülen und gebrauchte Materialien sachgerecht entsorgen
- vor dem Verlassen des Zimmers den Patienten nach seinem Befinden und seinen Bedürfnissen bezüglich Lagerung, Getränken, Belüftung des Zimmers usw. fragen
- überprüfen, ob Rufanlage und Telefon in Reichweite sind
- Transport des gewonnenen Sekrets mit Anforderungsschein ins Labor veranlassen
- abschließend Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren und
- Maßnahme durch Eintragung in die → *Patientenkurve* mit Handzeichen und Uhrzeit dokumentieren
- **Blick zurück:** Sind alle Materialien entsorgt? Wie atmet der Patient? Wie ist seine Hautfarbe?



### Weiterführende Informationen

#### Literatur

Kaltwasser A. „Geschlossene Absaugsysteme“ zur endotrachealen Absaugung. *Intensiv* 1999;6:222  
 Ullrich L (Hrsg). Zu- und ableitende Systeme. Stuttgart: Thieme; 2000  
 Woldt H. Das endotracheale Absaugen. *plexus* 1996;1:26

#### Internetadresse

[www.pflegewiki.de/wiki/Absaugen](http://www.pflegewiki.de/wiki/Absaugen)

## 3 Anziehhilfe

### 3.1 Definition

Dem Patienten beim Ankleiden Hilfestellung geben. Dabei können verschiedene Hilfsmittel eingesetzt werden. Die Unterstützung erfolgt nach dem Grundsatz der aktivierenden Pflege, d. h., der Patient wird im Rahmen der → *Rehabilitation* so weit wie möglich zur Selbsthilfe angeleitet!

### 3.2 Ziele und Indikationen

Ziele und Indikationen der Benutzung von Anziehhilfen sind z. B. die bestmögliche Unterstützung des Patienten beim Anziehen von Kleidung beim An- bzw. Entkleiden des Patienten im Rahmen der Körperpflege, bei durchnässtem Schlafanzug bei Inkontinenz (S.201), bei starker → *Schweißbildung*, bei eingeschränkter Beweglichkeit des Patienten z. B. durch → *Halbseitenlähmung* oder bei laufender Infusion.

#### 3.2.1 Schlafanzugwechsel bei immobilen Patienten im Bett

##### Durchführung

- Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren
- Patienten über geplante Maßnahme informieren, Bekleidungswunsch erfragen, Fenster und Türen rechtzeitig schließen, damit das Zimmer nicht zu kalt ist
- Besucher aus dem Patientenzimmer bitten, um die Intimsphäre des Patienten zu wahren (ggf. Trennwand aufstellen, um den Patienten vor den Blicken der Mitpatienten abzuschirmen)
- → *Patientenbett* auf eine rüchenschonende Arbeitshöhe bringen
- Patienten fragen, welche Kleidung er tragen möchte, und neue Wäsche in Griffnähe bereitlegen
- alle Verschlüsse des neuen Schlafanzugs öffnen oder vom Patienten öffnen lassen, wenn er dies noch selbst tun kann. Ihn, wenn nötig, beim Aufsitzen im Bett und beim Öffnen der Verschlüsse unterstützen (► Abb. 3.1a)

##### Merke



Im Krankenhausalltag wird dem Patienten das Öffnen und Schließen von Knöpfen oft vorschnell abgenommen, um Zeit zu sparen. Diese Handlung ist allerdings eine wichtige Maßnahme zur Förderung der Feinmotorik, gerade auch z. B. bei Patienten mit → *Morbus Parkinson*. Versuchen Sie daher bitte, dem Patienten diese Zeit zu geben, um seine Ressourcen und seine Selbstständigkeit zu fördern.

- Oberteil raffen, über den Kopf streifen und beim Abziehen des ersten Ärmels behilflich sein, wenn der Patient dies nicht selbst kann (► Abb. 3.1a), dann den zweiten Ärmel ausziehen
- wenn das Oberteil ganz aufgekнопft werden kann, dann zuerst einen Ärmel abstreifen, das Oberteil hinter dem Rücken durchschieben und den zweiten Ärmel herunterziehen
- beim Anziehen des neuen Oberteils mithelfen, dabei den Patienten im Rücken wieder abstützen (► Abb. 3.1c), zuerst den einen Ärmel anziehen, dann das Oberteil über den Kopf streifen bzw. hinter dem Rücken durchziehen und in den zweiten Ärmel schlüpfen lassen
- beim Schließen der Knöpfe, wenn nötig, behilflich sein, dabei evtl. eine → *Knöpfhilfe* einsetzen und dem Patienten die Anwendung erklären, wenn seine Feinmotorik nachhaltig eingeschränkt ist

##### Praxis



Sie machen es sich selbst leichter und arbeiten rüchenschonend, wenn Sie hinter dem Patienten stehen, um seinen Rücken abzustützen, und dabei eine breite Schrittstellung einnehmen. Vermeiden Sie bitte, sich vor den Patienten zu stellen und an seiner Schulter zu ziehen, um ihn aufrecht zu halten.

- Patienten sich zurück legen lassen und, wenn nötig, beim Öffnen der Verschlüsse der Schlafanzughose behilflich sein
- Hose unter der Hüfte durchziehen; Patienten bitten, wenn möglich eine Brücke zu machen, oder ihn unterstützen, zuerst die eine und dann die andere Hüfte anzuheben, um die Hose ein Stück herunterzuziehen



Abb. 3.1 Schlafanzugwechsel im Bett. (Foto: Kirsten Oborny, Thieme)

- a Patienten, wenn nötig, beim Aufsitzen im Bett unterstützen.  
 b Oberteil raffen, über den Kopf streifen und beim Abziehen des ersten Ärmels behilflich sein, wenn der Patient dies nicht selbst kann.  
 c Beim Anziehen des neuen Oberteils mithelfen, dabei den Patienten im Rücken wieder abstützen, zuerst den einen Ärmel anziehen und dann den anderen.  
 d Eine Hüfte anheben und Hose hochziehen.  
 e Andere Hüfte anheben lassen und Hose vollends hochziehen.  
 f Kontrollieren, ob Schlafanzug faltenfrei sitzt.

- Hose bis zum Oberschenkel schieben, anschließend vom Fußgelenk her abziehen und ablegen
- Hosenbeine der neuen Schlafanzughose aufrollen und ein Bein nach dem anderen bis zu den Oberschenkeln abrollen
- Patienten eine Brücke machen lassen oder, wie beim Ausziehen der Hose, eine Hüfte anheben und Hose hochziehen (► Abb. 3.1d)
- andere Hüfte anheben lassen und Hose vollends hochziehen (► Abb. 3.1e)

**Merke**

Achten Sie bitte darauf, dass der Patient nicht aus dem Bett fällt, wenn er sich auf die Seite dreht. Wenn Sie die Fähigkeiten eines Patienten schlecht einschätzen können, holen Sie sich lieber eine 2. Pflegeperson, um den Patienten auf der anderen Seite abzustützen, oder stellen Sie ein Bettgitter hoch. Das Anbringen von Bettgittern ist Arztanordnung!

- abschließend kontrollieren, ob der neue Schlafanzug faltenfrei sitzt (► Abb. 3.1f)

**Nachbereitung**

- vor dem Verlassen nachfragen, ob der Patient bequem liegt und der Schlafanzug nicht einengt, bzw. Faltenfreiheit überprüfen
- vor dem Verlassen des Zimmers den Patienten nach dem Befinden und seinen Bedürfnissen bezüglich Lagerung, Getränken, Belüftung des Zimmers usw. fragen
- überprüfen, ob Rufanlage und Telefon in Reichweite sind
- fragen, ob Fenster wieder geöffnet werden soll
- gebrauchte Materialien sachgerecht ver- bzw. entsorgen (z. B. gewechselten Schlafanzug zur Schmutzwäsche des Patienten geben)
- abschließend Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren
- Maßnahme durch Eintragung in die → *Patientenkurve* mit Handzeichen und Uhrzeit dokumentieren
- Blick zurück:** Ist für den nächsten Wäschewechsel noch genügend Wäsche vorhanden? Steht ein Getränk in Reichweite?

**Merke**

Bei Erkrankungen der Extremitäten wird beim Entkleiden immer mit der gesunden Extremität begonnen und der Vorgang mit der erkrankten Extremität abgeschlossen. Das Anziehen erfolgt immer in umgekehrter Reihenfolge, zuerst die erkrankte und dann die gesunde Extremität. So hat man immer möglichst viel Handlungsfreiraum für die erkrankte Extremität. Grundsätzlich wird das Be- und Entkleiden erleichtert, wenn man größere Kleidungsstücke und Kleidung mit Klett- bzw. Reißverschlüssen verwendet.

**3.2.2 Schlafanzugwechsel bei Patienten mit laufender Infusion****Durchführung**

- Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren
- Patienten über geplante Maßnahme informieren, Bekleidungswunsch erfragen, Fenster und Türen rechtzeitig schließen, damit das Zimmer nicht zu kalt ist
- Besucher aus dem Patientenzimmer bitten, um die Intimsphäre des Patienten zu wahren; ggf. Trennwand aufstellen, um den Patienten vor den Blicken der Mitpatienten abzuschirmen
- → *Patientenbett* auf eine rückschonende Arbeitshöhe bringen
- Patienten fragen, welche Kleidung er tragen möchte, und neue Wäsche in Griffnähe bereitlegen
- alle Verschlüsse des neuen Schlafanzugs öffnen oder vom Patienten öffnen lassen, wenn er dies noch selbst tun kann; ihn, wenn nötig, beim Aufsetzen im Bett und beim Öffnen der Verschlüsse unterstützen
- → *Infusion* mit der Rollerklemme abstellen und Belüftungsklappe am → *Infusionssystem* schließen (vermeidet ein Benetzen des Luftfilters beim Hantieren mit der Infusionsflasche)
- Patienten, wenn möglich, im Bett aufsetzen und seinen Oberkörper in eine leichte Vorlage bringen
- Schlafanzugoberteil aufrollen und kopfwärts schieben
- vorsichtig Ärmel vom infusionsfreien Arm abziehen (► Abb. 3.2a) und Kopf durch den Halsausschnitt durchführen
- zweiten Ärmel vorsichtig bis zur → *Venenverweilkanüle* abstreifen
- vor dem weiteren Ausziehen die Kanüle durch Auflegen der Handfläche auf die Kanüle sichern (dadurch wird eine mechanische Irritation oder ein Herausreißen des venösen Zugangs vermieden), mit der anderen Hand Ärmel vollends abziehen
- Oberteil hängt lose über dem Infusionsschlauch, Hand von der Patientenseite her in den Ärmel einführen, Infusionsflasche aus der Halterung nehmen und durch den Ärmel führen
- altes Oberteil zur Seite legen und Ärmel des neuen Oberteils aufrollen
- von der Patientenseite her in den Ärmel greifen, die Infusionsflasche durchziehen (► Abb. 3.2b) und wieder aufhängen

- mit der einen Hand durch den Ärmel dem Patienten „entgegenkommen“, die Kanüle mit der Handfläche wieder sichern und mit der anderen Hand den Ärmel nach oben ziehen
- Oberteil über den Kopf ziehen helfen und Patienten in den zweiten Ärmel schlüpfen lassen (► Abb. 3.2c)
- Kleidung vollständig glatt ziehen, Belüftungs- klappe und Rollenklemme der Infusion öffnen, Tropfenzahl einstellen und → *Infusionsgeschwin- digkeit* kontrollieren

## Nachbereitung

- fragen, ob Fenster wieder geöffnet werden soll
- gebrauchte Materialien sachgerecht ver- bzw. entsorgen (z. B. gewechselten Schlafanzug zur Schmutzwäsche geben)
- vor dem Verlassen des Zimmers den Patienten nach seinem Befinden und seinen Bedürfnissen bezüglich Lagerung, Getränken, Belüftung des Zimmers usw. fragen
- überprüfen, ob Rufanlage und Telefon in Reich- weite sind
- abschließend Hände nach → *Hygieneplan* desinfi- zieren und
- Maßnahme durch Eintragung in die → *Patienten- kurve* mit Handzeichen und Uhrzeit dokumen- tieren
- **Blick zurück:** Ist für den nächsten Wäschewech- sel noch genügend Wäsche vorhanden? Steht ein Getränk in Reichweite?

### Merke

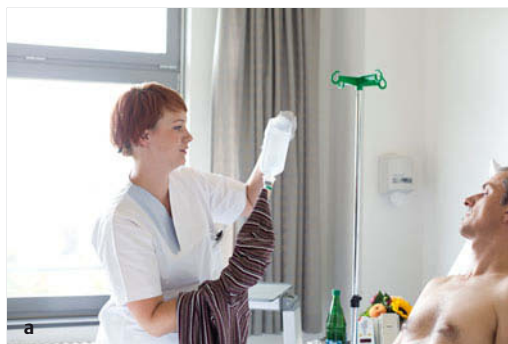


Perfusoren dürfen für einen Wäschewechsel nicht aus der Halterung genommen werden, da dadurch die Gefahr einer → *Bolusgabe* besteht. Evtl. muss kurz abgestöpselt werden, wenn hierfür keine Kon- traindikation vorliegt. Es gilt abzuwägen, ob bei häufig notwendigem Wäschewechsel ein Flügel- hemd dem eigenen Schlafanzug vorzuziehen ist. In diesem Fall bleibt der Arm mit dem Zugang frei und der Ärmel wird nur locker darübergerlegt.

### Film



Wie der Schlafanzug bei einem Patienten mit lau- fender Infusion gewechselt wird, können Sie sich im Film auf dem Portal ansehen.



**Abb. 3.2 Schlafanzugwechsel im Bett mit laufender Infusion.** (Pflegeassistentz. Thieme Verlag; 2011)

- Die Infusionsflasche abhängen und vorsichtig durch den Ärmel ziehen.
- Von der Patientenseite her in den Ärmel des neuen Oberteils greifen, die Infusionsflasche durchziehen und wieder aufhängen.
- Ärmel des neuen Oberteils über den infusionsfreien Arm ziehen und Patienten beim Anziehen unter- stützen.



### 3.2.3 Anziehhilfe bei Patienten mit Halbseitenlähmung nach dem Bobath-Konzept

#### Durchführung

- Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren
- Patienten über geplante Maßnahme informieren, Bekleidungswunsch erfragen, Fenster und Türen rechtzeitig schließen, damit das Zimmer nicht zu kalt ist
- Besucher aus dem Patientenzimmer bitten, um die Intimsphäre des Patienten zu wahren; ggf. Trennwand aufstellen, um den Patienten vor den Blicken der Mitpatienten abzuschirmen
- Patienten nach dem Bobath-Konzept vom Bett in den Stuhl mobilisieren und fragen, welche Kleidung er tragen möchte; neue Wäsche in Griffnähe bereitlegen
- alle Verschlüsse des neuen Schlafanzugs öffnen oder vom Patienten öffnen lassen, wenn er dies noch selbst tun kann; ihn, wenn nötig, beim Öffnen der Verschlüsse unterstützen; Schuhe griffbereit stellen
- Patient sitzt auf der vorderen Sitzfläche, seine Füße stehen parallel fest auf dem Boden, der mehr betroffene Arm liegt auf dem Oberschenkel (▶ Abb. 3.3a)
- Patient legt mit der weniger betroffenen Hand das Unterhemd mit dem Rückenteil nach oben auf seine Oberschenkel; Halsausschnitt zeigt dabei in Richtung Knie
- Hemd vom Saum bis zum Armloch zum Einführen des mehr betroffenen Arms raffen (der Ärmel soll zwischen den Oberschenkeln frei hängen); hat das Kleidungsstück einen festen Saum (z. B. Pullover oder T-Shirt), kann dieser um die Knie gespannt werden, um ein Verrutschen zu verhindern
- Patient ergreift mit der weniger betroffenen Hand die mehr betroffene und unterstützt durch Beugung des Oberkörpers nach vorne die Einführung der mehr betroffenen Hand in das Armloch (▶ Abb. 3.3b)
- mit der weniger betroffenen Hand das Kleidungsstück bei noch immer nach vorne geneigtem Oberkörper über den Arm bis zur Schulter ziehen bzw., wenn nötig, den Patienten dabei unterstützen
- Patient schlüpft mit der weniger betroffenen Hand in den anderen Ärmel, beim weiteren Hochziehen des Ärmels unterstützen; anschlie-

ßend das Kleidungsstück über den Kopf ziehen lassen und glatt ziehen

- Patient ergreift mit gefalteten Händen das Knie des mehr betroffenen Beins, um es über das gesunde Bein zu legen; die Bewegung mit einer Hand am Schulterblatt unterstützen, mit der anderen Hand unterhalb des Knies (▶ Abb. 3.3c)
- zum Anziehen der Hose kann der Patient sich mit der mehr betroffenen Seite gegen die Pflegeperson lehnen; beim Einführen des mehr betroffenen Beins behilflich sein, mit der anderen Hand die Bewegung am Oberkörper unterstützen (▶ Abb. 3.3d)
- Hose bis zum Knie des mehr betroffenen Beins ziehen, danach Strumpf und Schuh anziehen (evtl. als Hilfsmittel einen → *Strumpfanzieher* einsetzen und Anwendung erklären); Schuhe schließen (am besten eignen sich Schuhe mit Klettverschluss)
- Patient umfasst das Knie mit gefalteten Händen, hält die Hose dabei fest und stellt das Bein auf den Boden
- Patient schlüpft mit dem weniger betroffenen Bein in das zweite Hosenbein und zieht den zweiten Strumpf an; Hose so weit wie möglich hochziehen und dabei festhalten, beim Schließen der Hose unterstützen

#### Nachbereitung

- Patienten z. B. an den Tisch begleiten, vor dem Verlassen nachfragen, ob er bequem sitzt und die Kleidung nicht einengt bzw. faltenfrei anliegt
- vor dem Verlassen des Zimmers den Patienten nach seinem Befinden und seinen Bedürfnissen bezüglich Lagerung, Getränken, Belüftung des Zimmers usw. fragen
- überprüfen, ob Rufanlage und Telefon in Reichweite sind
- abschließend Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren
- Maßnahme durch Eintragung in die → *Patientenkurve* mit Handzeichen und Uhrzeit dokumentieren
- **Blick zurück:** Ist für den nächsten Wäschewechsel noch genügend Wäsche vorhanden? Steht ein Getränk in Reichweite? Sind die Bremsen des Rollstuhls angezogen?



**Abb. 3.3 Anziehen eines Patienten mit Halbseitenlähmung nach dem Bobath-Konzept.**

- a** Patient sitzt auf der vorderen Sitzfläche, seine Füße stehen parallel fest auf dem Boden, der mehr betroffene Arm liegt auf dem Oberschenkel.
- b** Patient ergreift mit der weniger betroffenen Hand die mehr betroffene und unterstützt durch Beugung des Oberkörpers nach vorne die Einführung der mehr betroffenen Hand in das Armloch.
- c** Patient ergreift mit gefalteten Händen das Knie des mehr betroffenen Beins, um es über das gesunde Bein zu legen; die Bewegung mit einer Hand am Schulterblatt unterstützen, mit der anderen Hand unterhalb des Knies.
- d** Zum Anziehen der Hose kann der Patient sich mit der mehr betroffenen Seite gegen die Pflegeperson lehnen; beim Einführen des mehr betroffenen Beins behilflich sein, mit der anderen Hand die Bewegung am Oberkörper unterstützen.

**Merke**

Während des Anziehens unterstützt und sichert die Pflegeperson den Patienten. Nehmen Sie ihm bitte nicht zu viele oder vorschnell Tätigkeiten aus der Hand. Gerade für Patienten mit Hemiplegie ist das Ankleiden eine wichtige Übung im Rahmen der Rehabilitation. Wichtig ist es auch zu überlegen, ob der Patient durch Hilfsmittel wie Knöpfhilfen oder Strumpfanzieher noch zusätzlich unterstützt werden kann.

**Kinderkrankenpflege**

Da Kinder im Laufe ihrer Entwicklung lernen, ihre Körperpflege selbst durchzuführen, muss die Pflegeperson Eckpunkte der Entwicklung kennen. Daher sind die wichtigsten Entwicklungsschritte in ▶ Tab. 3.1 zusammengefasst.

**Weiterführende Informationen****Literatur**

Runge M, Rehfeld G. Geriatriische Rehabilitation im Therapeutischen Team. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2001  
 Urbas L. Pflege eines Menschen mit Hemiplegie nach dem Bobath-Konzept, 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2005

**Internetadressen**

[www.behinderte.de](http://www.behinderte.de)  
[www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)

Tab. 3.1 Eckpunkte der kindlichen Entwicklung

Alter	Entwicklungsschritt in Bezug auf „Sich kleiden und pflegen“ und „Ausscheidung“
Geburt bis 15 Monate	Das Neugeborene, der Säugling und das Kleinkind sind völlig abhängig von den sie betreuenden Personen.
ab etwa 15 Monate	Das Kind kann nach Aufforderung einen Arm oder ein Bein strecken und so beim An- und Ausziehen mithelfen.
ab etwa 18 Monate	Das Kleinkind kann Kleidungsstücke wie z. B. Handschuhe, Socken und Mütze ausziehen und einen Reißverschluss öffnen.
ab etwa 24 Monate	Das Kleinkind kann alleine die Schuhe ausziehen und einfache Kleidungsstücke selbst anziehen. Es hilft beim Haarewaschen und Kämmen. Die Eltern können mit dem Toilettentraining beginnen.
ab etwa 30 Monate	Das Kind kann das Töpfchen selbst benutzen, benötigt aber noch Hilfe beim Abputzen. Unter Aufsicht kann es die Hände waschen und abtrocknen und das Handtuch zum Trocknen wieder aufhängen.
ab etwa 3 Jahre	Das Kind kann die Schuhe selbst anziehen, muss aber darauf hingewiesen werden, welcher Schuh an den linken bzw. rechten Fuß gezogen wird. Es kann Knöpfe auf- und zuknöpfen und sich anziehen, braucht aber noch Hilfestellung, z. B. beim Umgang mit Knöpfen auf dem Rücken. Das Kind ist tagsüber evtl. bereits trocken und kann sich selbst auf die Toilette setzen. Es kann sich nach dem Toilettengang selbstständig die Hände waschen.
ab etwa 4 Jahre	Das Kind kann selbst die Schuhe zubinden. Waschen und Zähneputzen werden mit Hilfestellung durchgeführt. Das Kind kann sich nach dem Toilettengang selbstständig abputzen und benützt die Toilettenspülung. Evtl. ist es auch nachts trocken.
ab etwa 5 Jahre	Das Kind entwickelt ein ausgeprägtes → <i>Schamgefühl</i> . Es möchte nicht mehr von den Eltern im Genitalbereich gewaschen werden und zieht sich nur ungern vor Fremden (z. B. Pflegepersonal und Ärzten) aus.
ab etwa 6 bis 7 Jahre	Das Schulkind kann alleine baden und sich auf das „Zubettgehen“ vorbereiten. Es kann seine Haare selbstständig kämmen oder bürsten.
ab etwa 10 Jahre	Das Kind ist völlig selbstständig in Bezug auf Körperpflege und Kleidung, ggf. müssen die Eltern es darauf hinweisen, dass die Körperpflege wichtig ist.
ab etwa 12 Jahre	Für Mädchen wird das Tragen eines Büstenhalters zum Thema sowie die Monatshygiene beim Einsetzen der → <i>Menstruation</i> (→ <i>Menarche</i> ).
ab etwa 14 Jahre	Für Jungen wird das Rasieren wichtig.



## 4 Aromapflege, -therapie

### 4.1 Definition

Die Aromapflege und -therapie umfasst die Verwendung von → *Duftstoffen* zur → *Heilung*, Linderung oder Verhinderung von Krankheiten, Infektionen, Beschwerden und Unwohlsein.

Sobald ätherische Öle nach ärztlicher Anordnung auf erkrankte Haut- bzw. Schleimhautareale aufgetragen werden, spricht man von Aromatherapie.

Die Aromen stammen von Pflanzen, Kräutern, Bäumen, Blumen usw., aus denen → *ätherische Öle* gewonnen werden, die heilend und vorbeugend wirken. Diese Öle können für → *Massagen*, Bäder, → *Inhalationen*, Vernebelungen, Einnahmen, Raumbefugung, medizinische Fußbäder usw. verwendet werden.

### 4.2 Ziele und Indikationen

Ziele und Indikationen der Aromapflege und -therapie sind, je nach Zusammensetzung und Auswahl der Aromen, beruhigend und entspannend oder anregend auf den Stoffwechsel des Patienten einzuwirken und durch → *antiseptische* Eigenschaften, → *pathogene* Keime abtöten.

Eine Aromatherapie kann z. B. eingesetzt werden zur:

- äußeren Anwendung: Waschung, Bad, → *Wickel*, Umschlag, Einreibung, Massage
- inneren Anwendung: Tee, Saft, Tropfen, Inhalation
- Raumaromatisierung

#### 4.2.1 Ätherische Öle und ihre Wirkung und Nebenwirkungen

Die Wirkungen der verschiedenen ätherischen Öle sind in ► Tab. 4.1 zusammengefasst.

Tab. 4.1 Ätherische Öle und ihre Wirkung

Substanz	Wirkung
Eukalyptus	desinfizierend, schleimlösend
Jasmin	entspannend, entkrampfend, harmonisierend
Lavendel	psychisch ausgleichend, beruhigend, schlaffördernd, schmerzlindernd
Melisse	entkrampfend, entblähend, antibakteriell, → antiviral, beruhigend
Pfefferminze	entzündungshemmend, desinfizierend, psychisch anregend, kühlend, durchblutungsfördernd
Kamille	entzündungshemmend, entspannend, beruhigend, schmerzlindernd, antiseptisch, krampflösend
Thymian	durchblutungsfördernd, schleimlösend, antiseptisch

► **Ätherische Öle mit antibakterieller Wirkung.** Besonders stark antibakteriell (gegen Bakterien) wirken ätherische Öle von Thymian, Oregano, Nelke, Bohnenkraut und Zimt.

► **Ätherische Öle mit fungizider Wirkung.** Besonders stark fungizid (gegen Pilze) wirken ätherische Öle von Thymian, Oregano, Bohnenkraut, Lavendel und Teebaum.

► **Ätherische Öle mit antiviraler Wirkung.** Besonders stark antiviral (gegen Viren) wirken ätherische Öle von Eukalyptus, Teebaum, Zitrone, Melisse, Ysop und Zypresse.

► **Ätherische Öle mit schleimlösender Wirkung.** Besonders stark schleimlösend wirken ätherische Öle von Rosmarin und Eukalyptus.



#### Merke

Ätherische Öle sind **nicht** frei von → *Nebenwirkungen*: *Allergische Reaktionen*, → *Asthma* und → *epileptische Anfälle* sind mögliche Reaktionen. Grundsätzlich sollen ätherische Öle sparsam und niedrig dosiert angewendet werden. Ätherische Öle dürfen nicht in Kontakt mit den Augen oder den → *Schleimhäuten* kommen.

#### 4.2.2 Formen der Anwendung und Dosierungen

► **Einreibungen.** Verteilung einer Aromalotion auf der Haut (s. Einreibungen (S. 138)).

*Dosierung:* ca. 15 – 20 Tropfen auf 50 ml Trägerlösung (z. B. Weizenkeimöl, Sonnenblumen-, Nuss oder Olivenöl).

► **Aromabad.** (s. Baden eines Patienten (S.50)): Das warme Wasser fördert die Durchblutung des Körpers und sorgt so für die rasche Aufnahme des Öls über die Haut. Ätherische Öle verdunsten auch zusammen mit dem Badewasser und werden während des Bades inhaliert.

*Dosierung:* ca. 5 – 10 Tropfen für ein Vollbad.

► **Aromalampe.** (► Abb. 4.1): Das ätherische Öl wird zusammen mit Wasser in der Verdunstungschale der Aromalampe von einem Teelicht erwärmt. Eine Aromalampe sollte nicht länger als 4 Stunden brennen, da ständige Sinnesreize über die Nase zu Kopfschmerzen und Übelkeit führen können.

*Dosierung:* ca. 2 Tropfen in die Verdunstungschale für 2 × 20 Minuten täglich.

► **Inhalation.** (s. Inhalationen (S.187)): Ein bis zwei Tropfen ätherische Öle in einem Liter kochend heißem Wasser verbinden sich mit dem → *Wasserdampf* und werden so tief in die Atemwege transportiert.

*Dosierung:* ca. 3 – 4 Tropfen in kochendes Wasser.



Abb. 4.1 Aromalampe.

### Weiterführende Informationen



#### Literatur

Werner M. Praxis Aromatherapie. 4. Aufl. Stuttgart: Haug; 2014

Lubinic E. Aroma-Balance: Wohlfühlen mit Düften. Stuttgart: Haug; 2005

Zimmermann E. Aromatherapie für Pflege- und Heilberufe, 5. Aufl. Stuttgart: Haug; 2011

#### Internetadresse

[www.pflegewiki.de/wiki/Aromapflege](http://www.pflegewiki.de/wiki/Aromapflege)

[www.aromapflege-forum-deutschland.de](http://www.aromapflege-forum-deutschland.de)

## 5 Augenpflege

### 5.1 Definitionen

Augenpflege umfasst das Beobachten des Auges, das Entfernen von Verkrustungen und Verklebungen und das Applizieren von Augentropfen oder -salben nach Anordnung des Arztes sowie das Anlegen von Augenverbänden.

► **Augenprothese.** Eine dem Auge weitgehend nachgebildete schalenförmige Glas- oder Kunststoffprothese.

► **Augensalbenapplikation.** Applikation (Verabreichung) eines ca. 0,5 – 1,0 cm langen Salbenstranges direkt aus der Tube in den Bindehautsack.

► **Augenspülung.** Einbringen einer Spülflüssigkeit (z. B. NaCl 0,9%) über das Auge und den Bindehautsack zur Verdünnung und Entfernung von z. B. Säuren, Laugen und festen Fremdkörpern.

► **Augentropfenapplikation.** Applikation einer bestimmten Anzahl von Augentropfen in den Bindehautsack.

► **Augenverbände.** Verbinden des Auges mit z. B. Augenkompressen, Binden oder Fertigverbänden (Uhrglasverband). Zum Anlegen von Augenverbänden s. Verbandstechniken (S.416).

► **Kontaktlinse.** Dünne, uhrglasförmige, randgeschliffene Linse aus unterschiedlichen Materialien zum Aufsetzen auf die Hornhaut des Auges.

#### 5.1.1 Umgang mit einer Augenprothese

##### Ziele und Indikationen

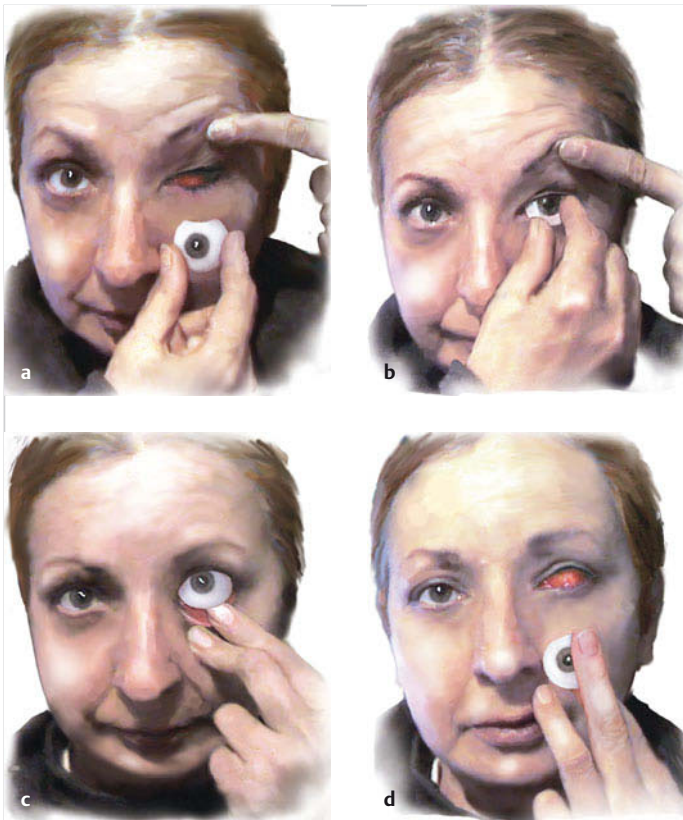
Der richtige Umgang mit einer Augenprothese dient der Reinigung und korrekten Pflege der Prothese. Dazu wird die Augenprothese mind. alle 2 Wochen oder bei Bedarf, z. B. verstärkter Sekretbildung herausgenommen und gereinigt. Die Augenhöhle wird immer auf Veränderungen inspiziert.

### Vorbereitung der Materialien

- Einmalnierschale aus Zellstoff bzw. Behälter für die Prothese
- evtl. weiches Tuch
- Behälter mit lauwarmem Wasser
- evtl. Glasstäbchen
- Schutzhandschuhe
- evtl. 0,9%ige NaCl-Spüllösung
- Spritze
- Aufziehkanüle
- Bettschutz
- Kompressen

### Durchführung

- Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren
- benötigte Gegenstände auf desinfizierter Arbeitsfläche (z. B. Tablett) richten und Vollständigkeit überprüfen
- Patienten über geplante Maßnahme informieren, den Zeitpunkt mit ihm abstimmen, Fenster und Türen rechtzeitig schließen
- Patienten vor den Blicken der Mitpatienten abschirmen, Besucher aus dem Zimmer bitten
- → *Patientenbett* auf eine rückschonende Arbeitshöhe bringen
- Oberkörper des Patienten leicht erhöht lagern und Schutzhandschuhe anziehen
- Patienten, wenn möglich, → *Glasaug*e selbst herausnehmen lassen. Nierschale oder Behälter für die Prothese unter das Gesicht halten, um die Gefahr des Herunterfallens zu reduzieren. Beim Herausnehmen der Prothese am Tisch weiches Tuch unterlegen, um Beschädigung beim Herausfallen zu vermeiden
- zum Herausnehmen schaut Patient nach oben und zieht das Unterlid so weit herunter, bis der Rand der Prothese frei liegt
- dann Zeigefinger unter den Rand des Glasauges schieben und mit dem Mittelfinger weiter abheben (► Abb. 5.1c)
- wenn Pflegeperson das Herausnehmen der Prothese übernimmt, Patienten nach oben schauen lassen, Unterlid abheben, bis der Rand der Prothese frei liegt und Prothese mit Zeige- oder Mittelfinger abheben (evtl. kann dazu z. B. ein Glasstäbchen verwendet werden)



**Abb. 5.1 Augenprothese wechseln.** (Köther. Altenpflege. Thieme; 2011)

- a Zum Einsetzen der Prothese Oberlid anheben.
- b Prothese unter das angehobene Oberlid schieben, dabei mit Daumen und Zeigefinger festhalten.
- c Zeigefinger unter den Rand des Glasauges schieben und mit dem Mittelfinger weiter abheben.
- d Prothese herausnehmen.

- wenn die Prothese herausgenommen ist (► Abb. 5.1d), diese möglichst rasch in einen entsprechenden Behälter oder in Nierenschale ablegen, weil die Gefahr besteht, dass sie aus den Fingern gleitet

### Merke

**M!**

Um einer Beschädigung der Prothese (besteht i. d. R. aus Kryolit-Glas) vorzubeugen, sollte diese grundsätzlich über einer weichen Unterlage (z. B. Handtuch) eingesetzt und herausgenommen werden. Mit der Prothese bitte nicht über dem Waschbecken oder über Steinfußböden hantieren!

- Prothese in lauwarmem Wasser reinigen, da heißes oder kaltes Wasser die Haltbarkeit des Materials beeinträchtigt (bei Verkrustungen Prothese ca. 10 Min. in NaCl-Lösung einlegen)
- Augenhöhle inspizieren. Ist die Oberfläche der Prothese abgetragen und rau, kann es zu erhöh-

tem Tränenfluss und zur Absonderung von gelblichem Sekret kommen (Arzt informieren!). Bei Verkrustungen Augenhöhle nach Arztanordnung z. B. mit NaCl-Lösung spülen

- zum Einsetzen der Prothese Oberlid anheben (► Abb. 5.1a), die Prothese sollte feucht sein, um besser in die Augenhöhle zu gleiten; i. d. R. zeigt der kurze Teil der Prothese zur Nase
- Prothese unter das angehobene Oberlid schieben, dabei mit Daumen und Zeigefinger festhalten (► Abb. 5.1b)
- Unterlid leicht herunterziehen und Prothese in die Augenhöhle gleiten lassen

### Praxis



Hat der Patient das Gefühl, dass die Prothese nicht richtig sitzt, kann evtl. beim Einsetzen Luft unter die Prothese geraten sein. Durch leichten Fingerdruck auf die Prothese kann die Luft entweichen.

## Nachbereitung

- Patienten ggf. beim Rücklagern unterstützen
- gebrauchte Materialien sachgerecht entsorgen
- vor dem Verlassen des Zimmers den Patienten nach seinem Befinden und seinen Bedürfnissen bezüglich Lagerung, Getränken, Belüftung des Zimmers usw. fragen
- überprüfen, ob Rufanlage und Telefon in Reichweite sind
- abschließend Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren
- Maßnahme durch Eintragung in die → *Patientenkurve* mit Handzeichen und Uhrzeit dokumentieren
- **Blick zurück:** Sitzt die Augenprothese korrekt? Sind Getränke in Reichweite?

## 5.1.2 Augenspülung

### Ziele und Indikationen

Ziele und Indikationen der Augenspülung sind z. B., schnellstmöglich und vollständig → *ätzende Substanzen* oder → *Fremdkörperpartikel* aus dem Bindehautsack zu entfernen (durch reichliches Spülen mit Wasser oder physiologischer → *Kochsalzlösung*). Notwendig ist eine Augenspülung z. B. bei Augeninfektion mit Bildung von → *Sekreten* und zur Reinigung des Auges.

### Vorbereitung der Materialien

- körperwarme Spüllösung (bei Verätzung mehrere Liter NaCl-Lösung)
- Ausgussgefäß
- Nierenschale
- Bettschutz
- Zellstoff
- Schutzhandschuhe

### Durchführung

- Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren
- benötigte Gegenstände auf desinfizierter Arbeitsfläche (z. B. fahrbarer Tisch) bereitstellen und Schutzhandschuhe anziehen



### Merke

Machen Sie sich darauf gefasst, dass Verätzungen am Auge ein dramatisches Bild bieten können. Meist werden sie in der Ambulanz der Augenklinik behandelt. Oft windet sich der Patient vor Schmerzen und muss evtl. für die Behandlung fixiert werden (S. 155). Häufig verabreicht der Arzt ein Anästhetikum.

- → *Patientenbett* auf eine rückschonende Arbeitshöhe bringen
- Oberkörper des Patienten erhöht lagern, bewusstlose Patienten in → *stabile Seitenlage* bringen (S. 293) (ist nur ein Auge betroffen, Kopf des Patienten so drehen, dass die Spüllüssigkeit nicht über das nicht betroffene Auge läuft)
- Bettschutz positionieren
- Augenlider spreizen und Nierenschale seitlich an das Gesicht anlegen und Spüllösung über das betroffene Auge fließen lassen
- von innen nach außen spülen, gegen die physiologische Tränenflussrichtung, um einen Kontakt der Flüssigkeit mit dem anderen Auge zu vermeiden
- je nach Ausmaß der Verätzung evtl. mehrere Liter Spüllüssigkeit verwenden (bei Verätzungen gewährleisten, dass die ätzende Substanz nicht ins andere Auge gelangt. Sie soll auf dem kürzesten Weg an der Gesichtshälfte abtropfen)
- Spüllösung vom Gesicht des Patienten abwischen und beim Rücklagern behilflich sein



### Film

Wie eine Augenspülung durch zwei Pflegende durchgeführt wird, können Sie sich als Film ansehen.

## Nachbereitung

- vor der Verlegung des Patienten nach Ausmaß der Schmerzen erkundigen, ggf. Arzt bei Schmerzmittelbedarf informieren; sich nach weiteren Bedürfnissen erkundigen und Patienten nicht allein lassen
- vor dem Verlassen des Zimmers den Patienten nach seinem Befinden und seinen Bedürfnissen bezüglich Lagerung, Getränken, Belüftung des Zimmers usw. fragen

- überprüfen, ob Rufanlage und Telefon in Reichweite sind
- gebrauchte Materialien sachgerecht entsorgen
- abschließend Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren
- Maßnahme durch Eintragung in die → *Patientenkurve* mit Handzeichen und Uhrzeit dokumentieren
- Blick zurück:** Wie ist die Schmerzsituation des Patienten? Ist der Bettschutz wieder entfernt? Ist das Bett nass geworden?

### 5.1.3 Augensalbenapplikation

#### Ziele und Indikationen

Ziele und Indikationen der Augensalbenapplikation sind z. B. Medikamente auf Salbenbasis in den Bindehautsack bei allergischen Augenerkrankungen (Kortisonalbe) oder bei fehlendem Lidschlag (Fettsalbe) einzubringen.

#### Vorbereitung der Materialien

- Handschuhe
- verordnete Augensalbe
- Kompresse
- Abwurfbehälter

#### Durchführung

- Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren
- benötigte Gegenstände auf desinfizierter Arbeitsfläche richten, Anbruchdatum der Salbe und Namen des Patienten kontrollieren

#### Merke



Bitte achten Sie darauf, dass jeder Patient eine eigene Salbentube hat, um Kreuzinfektionen zu vermeiden.

- Patienten über geplante Maßnahme informieren (auch bewusstlose Patienten!)
- Oberkörper des Patienten, wenn möglich, leicht erhöht lagern
- → *Patientenbett* auf eine Rücken-schonende Arbeitshöhe bringen
- Schutzhandschuhe anziehen und Auge auf z. B. Rötung, Schwellung und Sekretabsonderung inspizieren



Abb. 5.2 Augensalbe applizieren. (Schewior-Popp; Sitzmann, Ullrich. Thiemes Pflege. Thieme; 2012)

- Unterlid mit Augenkomresse an den Augenvimpern abheben und einen ca. 0,5 cm langen Salbenstrang in den Bindehautsack einbringen (► Abb. 5.2)
- Augen schließen lassen und überschüssige Augensalbe mit einer Kompresse vorsichtig abwischen
- Patienten ggf. beim Rücklagern unterstützen

#### Film



Schauen Sie sich im Film an, wie nach der Gabe von Augentropfen die Augensalbe appliziert wird.

#### Nachbereitung

- vor dem Verlassen des Zimmers den Patienten nach dem Befinden und seinen Bedürfnissen bezüglich Lagerung, Getränken, Belüftung des Zimmers usw. fragen
- überprüfen, ob Rufanlage und Telefon in Reichweite sind
- gebrauchte Materialien sachgerecht ver- bzw. entsorgen
- abschließend Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren
- Maßnahme durch Eintragung in die → *Patientenkurve* mit Handzeichen und Uhrzeit dokumentieren
- Blick zurück:** Sind überschüssige Salbenreste entfernt? Ist die Rufanlage in Reichweite?



## 5.1.4 Augentropfenapplikation

### Ziele und Indikationen

Ziele und Indikationen der Augentropfenapplikation sind z. B. die Instillation von flüssigen Medikamenten oder künstlicher Tränenflüssigkeit in den Bindehautsack. Indiziert ist eine Augentropfenapplikation z. B. aus diagnostischen Gründen zur Pupillenerweiterung (→ *Mydriatika*) zur Untersuchung des Augenhintergrundes und aus therapeutischen Gründen zur Behandlung eines Glaukoms durch → *Miotika*, Antiallergika, Antibiotika.

### Vorbereitung der Materialien

- Handschuhe
- verordnete Augentropfen
- Kompressen
- Abwurfbehälter

### Durchführung

- Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren
- benötigte Gegenstände auf desinfizierter Arbeitsfläche richten, Haltbarkeit der Tropfen und Namen des Patienten überprüfen

#### Merke

Jeder Patient sollte seine eigenen Augentropfen haben, um Kreuzinfektionen zu vermeiden. Augentropfen gibt es auch in Einzelportionen.

M!

- Patienten über geplante Maßnahme informieren (auch bewusstlose Patienten!)
- Oberkörper des Patienten, wenn möglich, leicht erhöht lagern
- Patienten Kopf nach hinten neigen lassen, ggf. dabei unterstützen (Patient soll nach oben blicken)
- Schutzhandschuhe anziehen und Auge inspizieren (Rötung? Sekretabsonderung?)
- Unterlid mit Augenkomresse abheben und leicht nach unten ziehen
- Augentropfen in der verordneten Anzahl aus geringer Höhe in den Bindehautsack einträufeln (► Abb. 5.3), Auge dabei nicht berühren
- Augen nicht sofort schließen lassen, um ein Auspressen der Augentropfen zu vermeiden

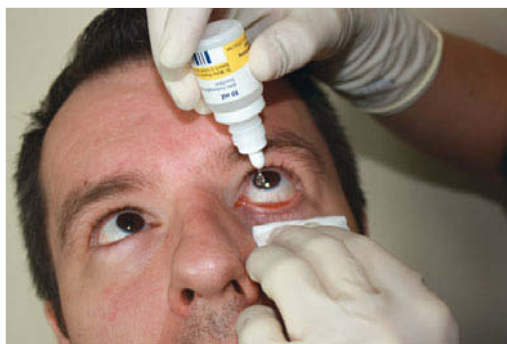


Abb. 5.3 Augentropfen applizieren. (Schewior-Popp; Sitzmann, Ullrich. Thiemes Pflege. Thieme; 2012)

- das Auge vorsichtig schließen lassen (das Auge nicht zusammenkneifen, damit die Tropfen nicht ausgepresst werden)
- evtl. austretende Tränenflüssigkeit mit der Komresse abtupfen

#### Film



Im Film können Sie sich ansehen, wie einer Patientin Augentropfen verabreicht werden.

### Nachbereitung

- vor dem Verlassen des Zimmers den Patienten nach seinem Befinden und seinen Bedürfnissen bezüglich Lagerung, Getränken, Belüftung des Zimmers usw. fragen
- überprüfen, ob Rufanlage und Telefon in Reichweite sind
- gebrauchte Materialien sachgerecht entsorgen
- überprüfen, ob die Augensalbe nach Herstellerangaben nach Anbruch im Kühlschrank gelagert werden muss
- abschließend Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren
- Maßnahme durch Eintragung in die → *Patientenkurve* mit Handzeichen und Uhrzeit dokumentieren
- **Blick zurück:** Tränt das Auge nach?

**Merke**

Bei der Verwendung von Tropfen, die die Pupillen verändern, muss der Patient auf die Nebenwirkungen (z. B. → *Akkommodationsstörung*) hingewiesen werden. Eine Pflegeperson sollte beim Aufstehen anwesend sein oder ihn z. B. zu Untersuchungen begleiten.

## 5.1.5 Umgang mit Kontaktlinsen

### Ziele und Indikationen

Kontaktlinsen dienen zum Ausgleich von Refraktionsanomalien. Bei der Pflege von Patienten mit Tetraplegie, beidseitigen Handverletzungen, motorischen Störungen usw. können die Reinigung, die Aufbewahrung und auch das Einsetzen der Kontaktlinsen durch die Pflegeperson notwendig sein.

### Vorbereitung der Materialien

- spezielle Reinigungslösung
- evtl. spezielle → *Saugpipette*
- spezieller Aufbewahrungsbehälter

### Durchführung

- Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren
- benötigte Gegenstände auf desinfizierter Arbeitsfläche richten und Vollständigkeit überprüfen
- Patienten über geplante Maßnahme informieren (auch bewusste Patienten!) und Zeitpunkt mit ihm abstimmen
- → *Patientenbett* auf eine rückschonende Arbeitshöhe bringen
- Oberkörper des Patienten leicht erhöht lagern, Kopf nach vorn neigen
- Schutzhandschuhe anziehen und geöffnete Hand unter das Auge halten
- bei harten Kontaktlinsen äußeren Augenwinkel nach oben und außen ziehen, dabei Patienten geradeaus blicken und zwinkern lassen; Kontaktlinse fällt in die Hand (alternativ Kontaktlinse mit der Saugpipette entfernen)
- bei weichen Kontaktlinsen die Linse vorsichtig zwischen Daumen und Zeigefinger klemmen und entfernen (▶ Abb. 5.4a)
- Linse ausreichend in der Hand mit Reinigungslösung beträufeln (▶ Abb. 5.4b); nicht über dem

Waschbecken mit offenem Abfluss hantieren, die Linse könnte herunterfallen und verloren gehen

- Linse vorsichtig zwischen Daumen und Zeigefinger oder auf der Handfläche massieren (▶ Abb. 5.4c)
- zum Einsetzen Linse mit der Wölbung auf die Fingerspitze legen (harte Linsen können auch mit dem Sauger aufgenommen werden)
- Kontaktlinse langsam auf die Mitte des Auges aufsetzen (▶ Abb. 5.4d), evtl. durch leichten Druck des Fingers auf das geschlossene Auge Linse ausrichten

**Merke**

Linsen über Nacht in einen speziellen Kontaktlinsenbehälter einlegen, der genügend Flüssigkeit enthalten muss, damit die Linsen nicht austrocknen (▶ Abb. 5.4e). Achten Sie beim Einlegen der Linsen darauf, dass Sie die Angaben für die rechte („R“) und die linke Linse („L“) auf dem Behälter nicht verwechseln.

### Nachbereitung

- vor dem Verlassen des Zimmers den Patienten nach seinem Befinden und seinen Bedürfnissen bezüglich Lagerung, Getränken, Belüftung des Zimmers usw. fragen
- überprüfen, ob Rufanlage und Telefon in Reichweite sind
- gebrauchte Materialien sachgerecht entsorgen
- abschließend Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren
- Maßnahme durch Eintragung in die → *Patientenkurve* mit Handzeichen und Uhrzeit dokumentieren
- **Blick zurück:** Sind die Linsen korrekt eingelegt? Ist der Behälter gut verschlossen? Steht er sicher?

**Merke**

Bitte denken Sie daran zu überprüfen, ob ein Patient Kontaktlinsenträger ist, wenn Sie ihn z. B. aus der Ambulanz übernehmen und er selber keine Angaben machen kann. Überprüfen Sie es selbst oder fragen Sie seine Angehörigen.



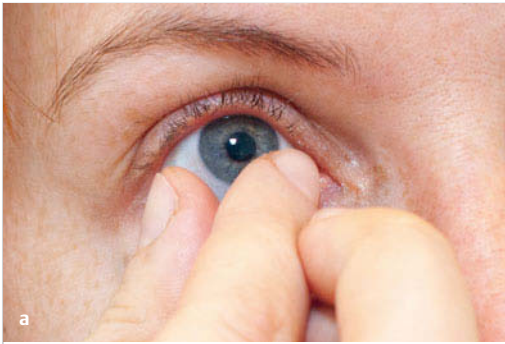


Abb. 5.4 Kontaktlinsen wechseln. (Foto: Kirsten Oborny, Thieme)

- a Bei weichen Kontaktlinsen die Linse vorsichtig zwischen Daumen und Zeigefinger klemmen und entfernen.
- b Linse ausreichend in der Hand mit Reinigungslösung beträufeln.
- c Linse vorsichtig zwischen Daumen und Zeigefinger oder auf der Handfläche massieren.
- d Kontaktlinse langsam auf die Mitte des Auges aufsetzen.
- e Linsen in Kontaktlinsenbehälter legen.

## 5.1.6 Augenpflege bei Patienten mit fehlendem Lidschlag

### Ziele und Indikationen

Ziele und Indikationen der Augenpflege sind die Erhaltung eines intakten Augenmilieus bei z. B. bewusstlosen Patienten mit fehlendem Lidschlag oder Lähmungen der Augenlider und das Erkennen von Veränderungen am Auge.

### Vorbereitung der Materialien

- sterilisierte Tupfer
- physiologische Kochsalzlösung
- 2 Einmalspritzen (20 ml)
- evtl. → *Uhrglasverband*
- Nierenschale, Einmalhandschuhe

### Durchführung

- Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren
- benötigte Gegenstände auf desinfizierter Arbeitsfläche richten und Vollständigkeit überprüfen
- Patienten über geplante Maßnahme informieren (auch bewusstlose Patienten!)
- → *Patientenbett* auf eine rückschonende Arbeitshöhe bringen
- Kopf auf die Seite des zu pflegenden Auges drehen
- Schutzhandschuhe anziehen, mit Mittel- und Zeigefinger Auge öffnen, Augenlid spreizen und Flüssigkeit aus der Spritze vorsichtig in den inneren Augenwinkel träufeln und über das Auge zum äußeren Augenwinkel abfließen lassen; Flüssigkeit mit dem Tupfer auffangen
- Vorgang evtl. wiederholen und abschließend mit einem Tupfer über das geschlossene Auge von außen nach innen streichen (Spülung des Tränen-Nasen-Ganges)
- Vorgang am anderen Auge mit neuer Spritze wiederholen
- auf vollständigen Lidschluss achten, bei inkomplettem Lidschluss erfolgt nach Arztanordnung die Anlage eines → *Uhrglasverbandes*



#### Film

Wie die Augenpflege bei einem sedierten und beatmeten Patienten durchgeführt wird, können Sie sich im Film anschauen.

### Nachbereitung

- vor dem Verlassen des Zimmers den Patienten nach seinem Befinden und seinen Bedürfnissen bezüglich Lagerung, Getränken, Belüftung des Zimmers usw. fragen
- überprüfen, ob Rufanlage und Telefon in Reichweite sind
- gebrauchte Materialien sachgerecht entsorgen
- abschließend Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren und
- Maßnahme durch Eintragung in die → *Patientenkurve* mit Handzeichen und Uhrzeit dokumentieren
- **Blick zurück:** Tränt das Auge nach?



#### Weiterführende Informationen

##### Literatur

Fiedler C. Augenpflege beim Intensivpatienten. plexus 1998;1:34  
Schmitt S, Hofmann C. Erklärungsbedürftige Applikationsformen. Die Schwester, Der Pfleger 2000;8:646

##### Internetadresse

[www.pflegewiki.de/wiki/Augenpflege](http://www.pflegewiki.de/wiki/Augenpflege)





## B

6	Baden eines Patienten	50
7	Basale Stimulation	53
8	Beatmen eines Patienten	57
9	Beckenbodentraining	59
10	Bedside-Test	61
11	Bettenmachen	63
12	Bewusstseinskontrolle	68
13	Blasenkatheterismus	70
14	Blasenpunktion	77
15	Blasenspülung	80
16	Blutabnahme	82
17	Blutdruckmessung	88
18	Blutkörperchensenkungs- geschwindigkeit (BSG)	95
19	Bobath-Lagerung	97

## 6 Baden eines Patienten

### 6.1 Definitionen

Unter Baden versteht man das Eintauchen des Körpers (= Vollbad) oder einzelner Körperteile (= Teilbad, z. B. Sitz-, Arm-, Fußbad) in Wasser nach Arztanordnung. Evtl. wird ein Badezusatz genutzt. Man unterscheidet:

► **Absteigendes Bad.** Die Wassertemperatur wird während des Badens durch Zugabe von kühlem Wasser von 37 °C auf ca. 30 °C gesenkt. Indikation: z. B. Fiebersenkung bei Kindern.

► **Ansteigendes Bad.** Die Wassertemperatur wird während des Badens durch Zugabe von heißem Wasser von 37 °C auf ca. 40 °C erhöht. Indikationen: z. B. Erkältungskrankheiten.

► **Heißes Bad.** Die Wassertemperatur wird während des Badens nach Arztverordnung durch Zugabe von heißem Wasser von 37 °C bis zum physiologischen Ausbruch von Schweiß erhöht, danach aber nicht weiter. Wichtig ist die Kontrolle der Kreislaufsituation (Blutdruck, Puls). Indikationen: z. B. Erkältungskrankheiten, Muskelentspannung.

► **Therapeutisches Bad.** Hydrotherapeutische Anwendung von Wasser. Die Art (z. B. Voll- oder Teilbäder), Dauer, Temperatur und Verwendung von Zusätzen werden vom Arzt verordnet.

### 6.2 Ziele und Indikationen

Ziele und Indikationen des Badens eines Patienten sind seine Körperreinigung, Entspannung oder auch die Therapie von z. B. Hautkrankheiten.

### 6.3 Vorbereitung der Materialien

- 2 Waschlappen
- 2 Handtücher, evtl. Badehandtuch
- evtl. Badezusatz
- evtl. Shampoo
- frische Wäsche
- rutschfeste Matte vor und in der Badewanne
- evtl. Badelifter

### 6.4 Durchführung

- Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren
- benötigte Gegenstände richten und Vollständigkeit überprüfen
- angenehm temperiertes Wasser (35 – 37 °C) in die Badewanne einlaufen lassen, Fenster und Türen rechtzeitig schließen, damit das Badezimmer warm ist
- rutschfeste Unterlage vor und in die Wanne legen
- mit Patienten Maßnahme absprechen und Zeitpunkt abstimmen
- → *Vitalzeichen* (Puls, Blutdruck, Temperatur) kontrollieren



#### Merke

Gerade bei älteren Patienten kann Baden Atemnot oder Kreislaufbeschwerden verursachen, v. a. bei hohem Wasserspiegel. Beobachten Sie den Patienten bitte genau und fordern Sie ihn auf, Unwohlsein sofort zu äußern. In vielen Einrichtungen wird wegen der möglichen Kreislaufbelastung das Duschen dem Baden vorgezogen.

- Patienten fragen, ob er vor dem Baden zur Toilette möchte, da das Wasser oft miktionsfördernd wirkt
- bei Verschmutzung durch Stuhl bei Inkontinenz (S. 201) Patienten bei der Gesäßreinigung unterstützen
- Uhr und Schmuck ablegen und Patienten Wassertemperatur mit der Hand testen lassen
- wenn nötig, Hilfestellungen beim Auskleiden geben
- Patienten sicher in die Badewanne helfen (► Abb. 6.1a)



#### Praxis

Für immobile Patienten eignet sich ein Badewannenlifter, um der Pflegeperson unnötige Kraftaufwendung zu ersparen und dem Patienten größtmögliche Sicherheit zu bieten. Der Patient kann sich am Lifter festhalten und bleibt während des Badens auf dem Stuhl sitzen.



Abb. 6.1 Patienten baden. (Schewior-Popp; Sitzmann, Ullrich. Thiemes Pflege. Thieme; 2012)

- a Patienten sicher in die Badewanne helfen.
- b Beim Haarewaschen die Augen vor Seife schützen.
- c Hilfestellung beim Abtrocknen geben.
- d Evtl. beim Abtrocknen der Füße helfen, wenn Patient sich z. B. nicht bücken kann.

- beweglichere Patienten können auf dem Rand der Badewanne sitzen, sich gegen die Pflegeperson lehnen, die Beine nacheinander in die Wanne stellen und sich dann hineinsetzen
- Reihenfolge der Körperpflege wie bei der Ganzkörperwaschung (S. 160); Patienten im Rahmen einer aktivierenden Pflege so weit wie nötig unterstützen; evtl. Haare waschen; Augen vor Seife schützen (► Abb. 6.1b)
- Hautzustand sorgfältig auf z. B. Rötungen, Verletzungen, Schwellungen prüfen
- → *Badedauer* soll 10 – 20 Min. nicht überschreiten
- Badewasser ablaufen und Patienten kurz mit der Dusche abbrausen lassen, da Baden auch ein Sitzen in Keimen bedeutet
- Hilfestellung beim Abtrocknen geben (► Abb. 6.1c), Patienten Zeit geben, damit sich der Kreislauf stabilisieren kann
- beim Aussteigen aus der Wanne unterstützen, dazu am tiefsten Punkt, dem Gesäß, anfassen und den Patienten auf den Wannenrand drehen
- evtl. beim Abtrocknen der Füße helfen, wenn Patient sich z. B. nicht bücken kann (► Abb. 6.1d); darauf achten, dass Patient nicht friert und sicher sitzt
- Hautpflegemittel anbieten, da Wasser den Säureschutzmantel auslaugt und das Eincremen von vielen Menschen als angenehm empfunden wird
- wenn nötig Hilfestellung beim Anziehen und beim Haareföhnen geben
- evtl. anschließend → *Nagelpflege* durchführen
- Uhr und Schmuck nicht vergessen, Patienten ins Zimmer begleiten und ruhen lassen

## 6.5 Nachbereitung

- vor dem Verlassen des Zimmers den Patienten nach seinem Befinden und möglichen Bedürfnissen bezüglich Lagerung, Getränken, Belüftung des Zimmers usw. fragen
- überprüfen, ob Rufanlage und Telefon in Reichweite sind
- benötigte Materialien sachgerecht ent- bzw. versorgen (z. B. Handtücher in den Wäschesack, Bad lüften und Wanne desinfizieren)
- abschließend Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren und
- Maßnahme durch Eintragung in die → *Patientenkurve* mit Handzeichen und Uhrzeit dokumentieren
- **Blick zurück:** Sind keine Gegenstände des Patienten im Bad vergessen worden? Ist das Bad für den nächsten Patienten vorbereitet?



### Merke

Bitte halten Sie sich grundsätzlich daran, Patienten nicht nüchtern und nicht früher als 2 Stunden nach den Hauptmahlzeiten zu baden. Lassen Sie Patienten möglichst nicht allein im Bad, v. a. keine Kinder und gefährdete Personen (z. B. verwirrte Patienten). Achten Sie auf Rutsch- und Kollapsgefahr beim Aussteigen aus der Badewanne. Damit jederzeit Hilfe kommen kann, schließen Sie bitte das Badezimmer nicht ab.



## Kinderkrankenpflege

Um Verbrühungen mit heißem Wasser zu vermeiden, immer zuerst kaltes und dann warmes Wasser einlaufen lassen und die Temperatur des Badewassers messen. Sie beträgt zwischen 36° und 38 °C. Der Wert wird am → *Badethermometer* immer unter dem Wasser abgelesen.

Die Wassermenge richtet sich immer nach dem Zweck des Bades (z. B. Reinigungsbad), der Grunderkrankung (z. B. Herzerkrankung) und dem Alter des Kindes. 10 bis 15 cm Wasserhöhe sind bei Säuglingen (1. Lebensjahr) und Kleinkindern (2. bis 4. Lebensjahr) ausreichend.

Säuglinge, die schon sitzen können, müssen beim Baden festgehalten werden, um zu verhindern, dass sie ausrutschen und untertauchen. Aus hygienischen Gründen wird bei Säuglingen immer zuerst das Gesicht gewaschen, bevor das Kind ins Wasser gehoben wird.



## Weiterführende Informationen

### Literatur

Jonas I. Problematische Badewannenlifter. Pro Alter 3 (1998)

Nitsche S. Auch die Seele badet mit. Krankenpflege Soins Infirmiers 9 (1999)

### Internetadressen

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

[www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)



## 7 Basale Stimulation

### 7.1 Definitionen

Basale Stimulation umfasst alle pflegerischen Maßnahmen zur Förderung von Menschen, deren körperliche und geistige Wahrnehmungsfähigkeit stark eingeschränkt ist (basal = grundlegend, Stimulation = im Sinne von Anregung). Basale Stimulation kann auf verschiedenen Ebenen erfolgen:

- ▶ **Somatische Stimulation.** Über den Körper (Soma) sollen eindeutige Informationen an das Gehirn übermittelt werden.
- ▶ **Vestibuläre Stimulation.** Durch Veränderungen der Körperposition (z. B. Stehen, Liegen, Wippen) soll der Patient seine Stellung im Raum bewusster wahrnehmen und einordnen können.
- ▶ **Vibratorische Stimulation.** Durch technische Geräte (z. B. Vibrator, elektrische Zahnbürste, Rasierapparat) werden Vibrationen (Schwingungen) erzeugt. Dadurch sollen dem Patienten Wahrnehmungen der Oberflächen- und Tiefensensibilität vermittelt werden.
- ▶ **Orale Stimulation.** Durch das Anbieten z. B. von Lieblingspeisen soll über den Mund (oral) das Gehirn angeregt werden.
- ▶ **Olfaktorische Stimulation.** Durch die Anwendung von dem Patienten bekannten Düften und Gerüchen soll über die Duftnerven (Nervi olfactorii) das Gehirn angeregt werden.
- ▶ **Akustische Stimulation.** Über den Schall (akustisch) sollen dem Gehirn Informationen vermittelt werden.
- ▶ **Visuelle Stimulation.** Durch Zeigen von bekannten und unbekannt Bildern soll der Patient eine Orientierung über Zusammenhänge, die ihn und seine Umwelt betreffen, erhalten.
- ▶ **Haptische Stimulation.** Durch Betasten und Greifen (haptisch = greifbar) soll die Umwelt erfahrbar gemacht werden.

### 7.2 Ziele und Indikationen

Ziele und Indikationen der basalen Stimulation sind die Anregung und Förderung der → *Sinneswahrnehmung* (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken und Fühlen). Der Patient fühlt, dass ihn jemand

„anspricht“ und verbessert dadurch seine Körperorientierung und Kommunikationsfähigkeit.

Sinnvoll ist die Basale Stimulation bei z. B. schweren Einschränkungen durch → *Apoplexie* oder → *Morbus Alzheimer*, Verwirrheitszuständen oder Patienten mit schweren körperlichen und geistigen Einschränkungen.

**M!**

#### Merke

Grundsätzlich muss die Überlegung vorangestellt werden, auf welcher Ebene der Patient am besten angesprochen werden kann. Dazu sollten Sie möglichst viele Informationen über die Vorlieben des Betroffenen einholen, auch durch die Befragung von Angehörigen. Setzen Sie die Stimulation bitte gezielt ein und vermeiden Sie eine Reizüberflutung. Achten Sie genau auf die → *Reaktion* (Freude? Abwehr?) des Patienten und nehmen Sie diese als Kontrollinstrument für Ihre Anregung.

#### 7.2.1 Stimulation der Sinneswahrnehmung „Sehen“

Die Sinneswahrnehmung „Sehen“ kann durch folgende Maßnahmen stimuliert werden:

- optische Reize anbieten, dem Patienten z. B. Bildbände zeigen von Gegenden, in die er gerne gereist ist, oder Drucke von Gemälden, die ihm gefallen haben
- Familienbilder in Sichtweite aufhängen und versuchen, mit dem Patienten über diese Bilder ins Gespräch zu kommen (▶ Abb. 7.1)



Abb. 7.1 Fotos als optische Reize. (Foto: Werner Krüper, Thieme)



## 7.2.2 Stimulation der Sinneswahrnehmung „Fühlen“

Die Sinneswahrnehmung „Fühlen“ kann durch folgende Maßnahmen stimuliert werden:

- Ganzkörperwäsche (S. 160) durchführen mit mäßigem Druck und rauem Waschlappen, die zu spüren sein sollten. Beim Waschen (► Abb. 7.2a) als auch beim Abtrocknen (► Abb. 7.2b) darauf achten, nicht nur die Ober- oder Unterseite z. B. des Armes zu berühren, sondern den Arm in seiner Gesamtheit.
- Haut auf verschiedenen Wegen stimulieren, z. B. mit Federn, Wolle, einem Massagehandschuh oder durch die Einreibung z. B. mit einer kühlenden Lotion. Auch die atemstimulierende Einreibung (S. 312) wirkt basal anregend.
- Patienten zur Begrüßung immer an derselben Körperstelle berühren. Gut geeignet ist der Schulterbereich (nah am Körperstamm). Dabei

aber keinen Druck ausüben, nicht nach unten ziehen oder den Patienten ins Kissen drücken, sondern mit mäßigem Druck die Anwesenheit spüren lassen (► Abb. 7.3).

- Vibrationen in der Mundhöhle mit z. B. einer elektrischen Zahnbürste erzeugen oder über den Rücken im Rahmen einer → *Vibrationsmassage*.

### Praxis

Wenn die Wahrnehmung des Patienten für eine Körperhälfte eingeschränkt ist (z. B. nach einem Schlaganfall), dann führen Sie bitte die Bewegung von der weniger betroffenen zur mehr betroffenen Seite hin aus. Der Patient nimmt die Empfindungen der weniger betroffenen Seite wahr und überträgt diese auf die andere Körperhälfte.



Abb. 7.2 Stimulation der Sinneswahrnehmung „Fühlen“ durch Waschen. (Foto: Alexander Fischer, Thieme)

a Waschen.

b Abtrocknen.

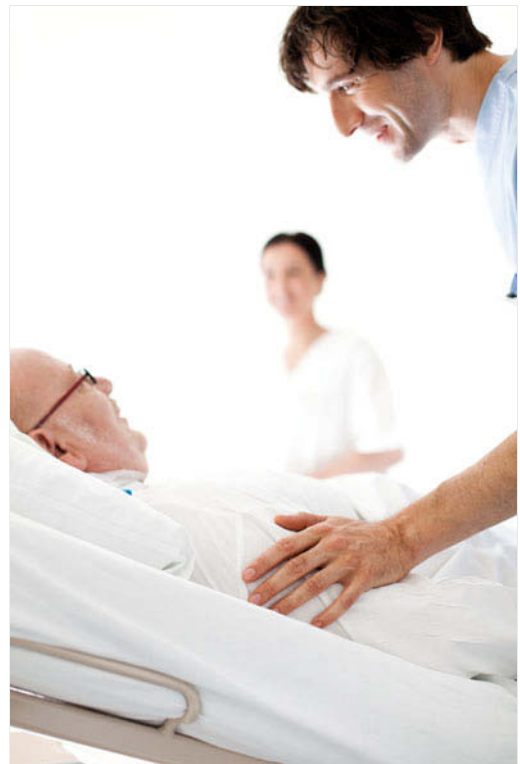


Abb. 7.3 Stimulation der Sinneswahrnehmung „Fühlen“ durch Berührung. (Foto: Alexander Fischer, Thieme)

### 7.2.3 Stimulation der Sinneswahrnehmung „Riechen“

Die Sinneswahrnehmung „Riechen“ kann durch folgende Maßnahmen stimuliert werden:

- sich unterschiedliche Geruchsquellen des Alltags bewusst machen: z. B. Patienten an mitgebrachten Blumen oder bei den Mahlzeiten am Essen riechen lassen
- evtl. Gerüche wie → *Aroma- und Reizstoffe* anbieten. Hierzu kann z. B. auch der Schal eines Partners zählen, der nach ihm oder seinem Parfüm riecht (► Abb. 7.4)

### 7.2.4 Stimulation der Sinneswahrnehmung „Schmecken“

Die Sinneswahrnehmung „Schmecken“ kann durch folgende Maßnahmen stimuliert werden:

- von den Angehörigen, wenn möglich, Nahrungsmittel mitbringen lassen, die der Patient beson-

ders gern mag; sich z. B. erkundigen, was der Patient gerne genascht hat (► Abb. 7.5)

- über den Anblick von Nahrungsmitteln Geschmacksnerven stimulieren (durch den Anblick einer Zitrone z. B. erfolgt oft Speichelfluss, ► Abb. 7.6)

### 7.2.5 Stimulation der Sinneswahrnehmung „Hören“

Die Sinneswahrnehmung „Hören“ kann durch folgende Maßnahmen stimuliert werden:

- Fenster öffnen, um Hintergrundgeräusche (z. B. Vogelgezwitscher) wahrnehmen zu lassen
- Lieblingsmusik des Patienten mitbringen und zu bestimmten Zeiten am Tag abspielen lassen, z. B. immer nach dem Waschen, damit sich der Patient auch zeitlich im Tagesablauf orientieren kann (► Abb. 7.7)



Abb. 7.4 Stimulation der Sinneswahrnehmung „Riechen“ mit persönlichen Gegenständen. (Foto: Kirsten Oborny, Thieme)



Abb. 7.5 Stimulation der Sinneswahrnehmung „Schmecken“ mit Süßigkeiten. (Foto: Kirsten Oborny, Thieme)



Abb. 7.6 Stimulation der Sinneswahrnehmung „Schmecken“ mit Zitrone. (Foto: Kirsten Oborny, Thieme)



Abb. 7.7 Stimulation der Sinneswahrnehmung „Hören“. (Foto: Kirsten Oborny, Thieme)

**Merke**

Achten Sie bitte bei Ihrem Musikangebot darauf, dass dies keine Dauerberieselung wird und nicht immer dieselbe CD von Anfang bis Schluss abgespielt wird. Erkundigen Sie sich z. B. nach 30 Min., ob der Patient noch weiter bzw. etwas anderes hören möchte, oder versuchen Sie, wenn er sich nicht äußern kann, dies an seinen Reaktionen abzulesen.

**Film**

Wie die Basale Stimulation in verschiedenen Bereichen der Pflege eingesetzt werden kann, können Sie sich im Film ansehen.

**Weiterführende Informationen****Literatur**

Nydahl P, Bartoszek G. Basale Stimulation, 6. Aufl. München: Urban & Fischer; 2012

Binder S et al. Welche Bedeutung hat die Körperwahrnehmung als Mittel zur Kommunikation? Die Schwester, Der Pfleger 2000;7:557

Fröhlich A. Der Zusammenhang von Pflege und Pädagogik. Pflege aktuell 2000; 11:618

Mötzing G. Sinnliches Erleben. Altenpflege 2000;8:39

Titze V. Reizende Berührungen. Altenpflege 2000;8:36

**Internetadressen**

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

[www.pflegewiki.de/wiki/Basale\\_Stimulation](http://www.pflegewiki.de/wiki/Basale_Stimulation)

[www.basale-stimulation.de](http://www.basale-stimulation.de)

## 8 Beatmen eines Patienten

### 8.1 Definition

Beatmung bezeichnet die künstliche Belüftung (Ventilation) der Lungen als Wiederbelebungsmaßnahme (→ *Reanimation*), als Maßnahme zur Behebung oder Vermeidung von Sauerstoffmangelzuständen sowie bei allen Erkrankungen, → *Ventilationsstörungen*, Unfallfolgen oder Vergiftungen, die mit Atmungsinsuffizienz einhergehen. Sie erfolgt über Beutel-Maske-Beatmung oder über ein Beatmungsgerät (→ *Respirator*) und einen in die Luftröhre eingelegten → *Endotrachealtubus*.

#### 8.1.1 Beutel-Maske-Beatmung

Voraussetzung für eine effektive Beutel-Maske-Beatmung sind das Freimachen und Freihalten der Atemwege, das Überstrecken des Halses und das Einlegen eines → *Oropharyngealtubus*.

#### Ziele und Indikationen

Ziele und Indikationen einer Beatmung sind, die ausgefallene Atemtätigkeit künstlich zu ersetzen und eine ausreichende Ventilation sicherzustellen. Die Atemarbeit wird dabei manuell von einer Person oder maschinell von einem Beatmungsgerät übernommen. Es stehen verschiedene → *Beatmungsarten* zur Verfügung. Notwendig wird eine Beatmung z. B. bei → *Ateminsuffizienz*, → *Apnoe*, → *Hypoventilation* oder bei einer → *Kurznaarkose*.

#### Vorbereitung der Materialien

- → *Oropharyngealtubus*
- Beatmungsmaske
- → *Beatmungsbeutel*

#### Durchführung

- Hände nach → *Hygieneplan* desinfizieren
- benötigte Gegenstände auf desinfizierter Arbeitsfläche richten und Funktionsfähigkeit und Vollständigkeit überprüfen
- → *Patientenbett* auf eine rückschonende Arbeitshöhe bringen und Patienten flach lagern
- Maske mit gleichmäßigem Druck auf die Maskenbasis und Maskenspitze über Nase und Mund des Patienten aufsetzen. Mit Daumen und Zeigefinger einer Hand festhalten (→ *C-Griff*, ► Abb. 8.1)



Abb. 8.1 Beatmen mit Beutel-Maske. (Foto: Olaf Kirschnick)

#### Praxis

Zum korrekten Aufsetzen der Maske ist es hilfreich, hinter dem Patienten zu stehen. Die Maske muss fest aufsitzen. Achten Sie bitte darauf, für Erwachsene, Kinder und Jugendliche oder Säuglinge die jeweils entsprechende Größe zu wählen. Die Augen des Beatmeten sollten geschlossen sein, um Verletzungen vorzubeugen.

- mit Mittel-, Ring- und Kleinfinger den Unterkiefer des Patienten umfassen und anheben; alle Finger dieser Hand halten den Hals überstreckt
- mit der anderen Hand den mit der Maske verbundenen Beatmungsbeutel umgreifen und zur Beatmung (→ *Inspiration*) zusammendrücken; die im Beutel befindliche Luft strömt über Ventil und Maske in die Lungen des Patienten
- nach jedem Zusammendrücken des Beutels Finger lösen, sodass sich der Beutel selbsttätig wieder mit Luft füllt
- Beatmung solange wiederholen, bis sich die → *Spontanatmung* wieder einstellt oder der Arzt andere Maßnahmen (z. B. maschinelle Beatmung) veranlasst
- → *Vitalfunktionen* kontrollieren und so lange beim Patienten bleiben, bis alle Schutzreflexe vorhanden sind