



Sylke Werner

# Pflegeassistentz Notes

Das Kurznachschlagewerk  
für die Unterstützung  
pflegebedürftiger Menschen

# Pflegeassistentz Notes

# **Pflegeassistentz Notes**

Sylke Werner

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege:

Jürgen Osterbrink, Salzburg; Doris Schaeffer, Bielefeld; Christine Sowinski, Köln; Franz Wagner, Berlin; Angelika Zegelin, Dortmund

**Sylke Werner**

# **Pflegeassistentz Notes**

Das Kurznachschlagewerk  
für die Unterstützung  
pflegebedürftiger Menschen



**Sylke Werner.** Examierte Altenpflegerin, BSc Gesundheits- und Pflegemangement, Msc Public Health, Dozentin für Pflege, Autorin, Berlin.  
E-Mail: Sylke.Werner63@web.de

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

#### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG  
Lektorat Pflege  
z.Hd.: Jürgen Georg  
Länggass-Strasse 76  
3012 Bern  
Schweiz  
Tel: +41 31 300 45 00  
[verlag@hogrefe.ch](mailto:verlag@hogrefe.ch)  
[www.hogrefe.ch](http://www.hogrefe.ch)

Lektorat: Jürgen Georg, Antonia Halt  
Herstellung: Daniel Berger  
Umschlagabbildung: Martin Glauser, Uttigen  
Umschlag: Claude Borer, Riehen  
Satz: punktgenau GmbH, Bühl  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s. r. o., Český Těšín  
Printed in Czech Republic

1. Auflage 2019  
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern  
(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-95865-1)  
(E-Book-ISBN\_EPUB 978-3-456-75865-7)  
ISBN 978-3-456-85865-4  
<http://doi.org/10.1024/85865-000>

### **Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

### **Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b>Grundlagen der Pflege</b>	15
1.1	Überblick über Pflegemodelle	16
1.2	Pflegeprozess und Pflegeplanung	18
1.2.1	Was versteht man unter dem Pflegeprozess?	18
1.2.2	Modell nach Fiechter/Meier	18
1.2.3	Pflegeplanung	20
1.3	Pflegedokumentation	22
1.3.1	Entbürokratisierung in der Pflegedokumentation („Strukturmodell“)	22
1.4	Rechtliche Grundlagen	24
1.4.1	Allgemeine Grundlagen	24
1.4.2	Heimgesetz (HeimG), Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG)	24
1.4.3	Pflegeversicherung (SGB XI)	25
1.4.4	Rechtliche Betreuung	25
1.4.5	Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht	26
1.4.6	Patientenverfügung	27
1.4.7	Rechtliche Regelungen zur Unterbringung	27
1.4.8	Freiheitsentziehende Maßnahmen	27
1.4.9	Schweigepflicht	29
1.5	Ethik in der Pflege	31
1.5.1	Berufsethik	31
1.5.2	Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen	31

---

<b>2</b>	<b>Kommunizieren</b>	33
2.1	Grundlagen der Kommunikation	34
2.1.1	Kommunikationsquadrat	34
2.1.2	„Barrieren“ in der Kommunikation	35
2.1.3	Regeln der Kommunikation	36
2.2	Kommunikation bei Hör-, Seh- und Sprachbeeinträchtigung	38
2.2.1	Kommunikation mit hörbeeinträchtigten Menschen	38
2.2.2	Kommunikation mit sehbeeinträchtigten Menschen	39
2.2.3	Kommunikation mit Menschen mit Spracheinschränkungen	39
2.3	Basale Stimulation® in der Pflege	41
2.3.1	Was ist Basale Stimulation®?	41

---

<b>3</b>	<b>Sich sauber halten und kleiden</b>	45
3.1	Überblick über die Anatomie und Physiologie der Haut	46
3.1.1	Aufgaben der Haut	46
3.1.2	Aufbau der Haut	46
3.1.3	Hautanhangsgebilde	48
3.2	Unterstützung bei der Körperpflege	49
3.2.1	Tägliche Körperpflege	49
3.2.2	Intimpflege	51
3.2.3	Zahn-, Prothesen- und Mundpflege	54
3.2.4	Haarpflege	55
3.2.5	Rasur	56
3.2.6	Baden und Duschen	57
3.2.7	Augen-, Nasen- und Ohrenpflege	58



3.3	Beobachtung der Haut	60
3.3.1	Hautfarbe	60
3.3.2	Hautbeschaffenheit	61
3.3.3	Beschaffenheit der Schleimhaut	62
3.3.4	Veränderungen der Hautanhangsgebilde	62
3.3.5	Beobachtung Schweiß, Schwitzen	63
3.3.6	Veränderung der Schweißsekretion	64
3.3.7	Altersbedingte Hautveränderungen	65
3.4	Unterstützung beim An- und Auskleiden	66
3.4.1	Einschränkungen	66
3.4.2	Hilfe beim An- und Auskleiden	66
3.4.3	Selbstständigkeit fördern und erhalten	67
3.5	Prophylaxen	68
3.5.1	Soor- und Parotitisprophylaxe	68

---

<b>4</b>	<b>Sich bewegen</b>	<b>73</b>
4.1	Überblick über Anatomie und Physiologie des Bewegungssystems	74
4.1.1	Funktion	74
4.1.2	Knochen	74
4.1.3	Gelenke	76
4.1.4	Wirbelsäule	77
4.1.5	Knorpel	77
4.1.6	Muskeln	77
4.2	Mobilität und Immobilität	79
4.2.1	Mobilität	79
4.2.2	Immobilität	80
4.3	Förderung der Mobilität	82
4.3.1	Mobilisation	82

4.3.2	Mobilisation in der Akutpflege	83
4.3.3	Mobilisation in der Langzeitpflege	85
4.4	Hilfsmittel	86
4.4.1	Transfer mit dem Rollstuhl	86
4.4.2	Gehwagen/Rollator	87
4.5	Pflegerische Beobachtungen und Prophylaxen	88
4.5.1	Dekubitusprophylaxe	88
4.5.2	Sturzprophylaxe	92
4.5.3	Kontrakturenprophylaxe	94
4.5.4	Thromboseprophylaxe	96
4.6	Pflege bei ausgewählten Erkrankungen	99
4.6.1	Osteoporose	99
4.6.2	Arthrose und Arthritis	101
4.6.3	Oberschenkelhalsfraktur	103
4.6.4	Amputationen	105
<b>5</b>	<b>Essen und Trinken</b>	<b>107</b>
5.1	Überblick über die Anatomie und Physiologie des Verdauungssystems	108
5.1.1	Aufbau	108
5.1.2	Mundhöhle	108
5.1.3	Speiseröhre	109
5.1.4	Magen	110
5.1.5	Zwölffingerdarm	110
5.1.6	Bauchspeicheldrüse	110
5.1.7	Leber	110
5.1.8	Dünndarm	111
5.1.9	Dickdarm	111
5.2	Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	112

5.2.1	Nahrung und Getränke anreichen	112
5.3	Beobachtung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	113
5.3.1	Ernährungszustand einschätzen	113
5.4	Förderung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	115
5.5	Prophylaxen	116
5.5.1	Obstipationsprophylaxe	116
5.5.2	Dehydratationsprophylaxe	117
5.5.3	Aspirationsprophylaxe	119
5.6	Pflege bei ausgewählten Erkrankungen	122
5.6.1	Gastritis	122
5.6.2	Gastroenteritis	123
<hr/>		
<b>6</b>	<b>Ausscheiden</b>	<b>127</b>
6.1	Überblick über die Anatomie und Physiologie des Harnsystems	128
6.1.1	Aufbau	128
6.1.2	Nieren	129
6.1.3	Harnröhre	129
6.1.4	Harnblase	130
6.2	Bei der Ausscheidung unterstützen	131
6.3	Beobachtung der Urin- und Stuhlausscheidung	132
6.3.1	Urin	132
6.3.2	Stuhl	133
6.4	Prophylaxen	136
6.4.1	Zystitisprophylaxe	136
6.4.2	Inkontinenzprophylaxe	136
6.4.3	Pflegerische Interventionen zur Förderung der Kontinenz	138

---

<b>7</b>	<b>Beobachtung Herz-Kreislaufsystem</b>	141
7.1	Überblick über die Anatomie und Physiologie des Herz-Kreislaufsystems und des Blutes	142
7.1.1	Das Herz	142
7.1.2	Blutgefäße und Blutkreislauf	143
7.1.3	Der Körperkreislauf	145
7.1.4	Der Lungenkreislauf	146
7.1.5	Das Blut	147
7.2	Beobachtung von Blutdruck und Puls	149
7.2.1	Blutdruck	149
7.2.2	Puls	151
7.3	Ausgewählte Erkrankungen	153
7.3.1	Arteriosklerose	153
7.3.2	Koronare Herzkrankheiten (KHK)	154
7.3.3	Herzinsuffizienz	155

---

<b>8</b>	<b>Beobachtung Atmungssystem</b>	159
8.1	Überblick über die Anatomie und Physiologie	160
8.1.1	Aufbau	160
8.1.2	(Respiration) und Sauerstofftransport	161
8.2	Beobachtung Atmung	162
8.2.1	Atemfrequenz	162
8.2.2	Atemtiefe	163
8.2.3	Atemrhythmus	163
8.2.4	Atemgeruch	164
8.2.5	Atemgeräusche	164
8.2.6	Auswurf/Sputum/Sekret	165
8.2.7	Zeichen von Atemnot (Dyspnö)	165

8.3	Ausgewählte Erkrankungen	166
8.3.1	Akute und chronische Bronchitis	166
8.3.2	Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	167
8.3.3	Asthma bronchiale	168
8.3.4	Pneumonie	169

---

<b>9</b>	<b>Pflege bei ausgewählten Erkrankungen des Nervensystems</b>	173
9.1	Überblick über die Anatomie und Physiologie	174
9.1.1	Zentrales Nervensystem (ZNS)	174
9.1.2	Peripheres Nervensystem (PNS)	176
9.2	Ausgewählte Erkrankungen	178
9.2.1	Schlaganfall	178
9.2.2	Morbus Parkinson	181
9.2.3	Demenzielle Erkrankungen	183

---

<b>10</b>	<b>Pflege bei ausgewählten Erkrankungen des Hormonsystems</b>	187
10.1	Überblick über die Anatomie und Physiologie	188
10.1.1	Wichtige Hormondrüsen	189
10.2	Diabetes mellitus	191
10.2.1	Typ-1-Diabetes	191
10.2.2	Typ-2-Diabetes	192
10.2.3	Hypoglykämie und Hyperglykämie	192
10.2.4	Folgeschäden	194
10.2.5	Pflegeswerpunkte	194

---

<b>11</b>	<b>Pflege bei ausgewählten Erkrankungen der Sinnesorgane</b>	197
11.1	Überblick über die Anatomie und Physiologie des Ohres	198
11.1.1	Schwerhörigkeit	200
11.1.2	Umgang mit Hörgeräten	200
11.2	Überblick über die Anatomie und Physiologie des Auges	204
11.2.1	Sehbehinderungen	206

---

<b>12</b>	<b>Pflege von Menschen mit Schmerzen</b>	209
12.1	Akuter und chronischer Schmerz	210
12.2	Schmerzmanagement	211
12.2.1	Schmerzassessment	211
12.3	Schmerzen lindern	213

---

<b>13</b>	<b>Temperatur beobachten</b>	215
13.1	Pflege bei Fieber	216
13.1.1	Was ist Fieber?	216
13.1.2	Pflegerische Maßnahmen	217

---

<b>14</b>	<b>Unterstützung beim Schlafen</b>	221
14.1	Physiologische Grundlagen	222
14.2	Schlafstörungen	224
14.3	Pflegerische Maßnahmen	226
14.3.1	Beobachtungskriterien des Schlafes	226
14.3.2	Maßnahmen zur Schlafhygiene	226

---

<b>15</b>	<b>Pflege und Begleitung am Lebensende</b>	229
15.1	Sterben als Prozess	230
15.1.1	Unsichere und sichere Todeszeichen	230
15.2	Sterbephasen nach Kübler-Ross	232
15.3	Pflegerische Maßnahmen	233

---

<b>16</b>	<b>Präoperative Pflege (Überblick)</b>	237
-----------	--	-----

---

<b>17</b>	<b>Umgang mit Medikamenten</b>	239
17.1	Arzneimittelformen	241
17.2	Aufbewahrung von Medikamenten	242
17.3	Applikation von Medikamenten	243
17.3.1	Die 6-R-Regel	243

---

<b>18</b>	<b>Grundlagen Hygiene</b>	245
18.1	Hygiene und Hygienemaßnahmen	246
18.2	Reinigung, Desinfektion und Sterilisation	247
18.3	Personalhygiene	248
18.3.1	Kleidung	248
18.3.2	Händehygiene	249
18.4	Umgang mit Schmutzwäsche	252

<b>Literaturverzeichnis</b>	253
-----------------------------	-----

<b>Sachwortverzeichnis</b>	257
----------------------------	-----





---

# 1 Grundlagen der Pflege

## 1.1 Überblick über Pflegemodelle

Modelle sind hilfreich, wenn es darum geht, einen theoretischen Sachverhalt zu verdeutlichen, ihn verständlich und anschaulich zu erklären. Sie sind Abbild der Wirklichkeit, ohne Wirklichkeit zu sein. *Beispiel*: Anatomisches Modell des Herzens.

Pflegemodelle orientieren sich am Menschen und berücksichtigen gesundheitliche und gesellschaftliche Aspekte sowie Umweltfaktoren. Sie sind sehr theoretische Gebilde und es gibt kein allgemeingültiges Pflegemodell.

Pflegemodelle:

- definieren Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche professionell Pflegenden
- helfen dabei, die individuelle Pflegeplanung zu strukturieren
- sollen Pflegenden dabei unterstützen, z. B. chronisch kranke Menschen in ihrer Ganzheitlichkeit und Individualität zu sehen
- fördern Verständnis für pflegebedürftige und (chronisch) kranke Menschen
- liefern Argumente für ethisches Handeln
- dienen der Qualitätssicherung.

### Unterschiedliche Pflegemodelle

#### a) Bedürfnismodelle

Hier steht die Problemlösung bzw. Bedürfnisbefriedigung im Mittelpunkt. Beispielsweise beschrieb Virginia Henderson 14 Grundbedürfnisse des Menschen.

Nancy Roper formulierte zwölf **Lebensaktivitäten (LA)**, Liliane Juchli entwickelte die zwölf **Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)**, Monika Krohwinkel beschrieb auf dieser Grundlage 13 **ABEDL**. **ABEDL** bedeutet: **A**ktivitäten, **B**eziehungen und existenzielle **E**rfahrungen **d**es **L**ebens.

Dorothea Orem beschrieb in ihrem Bedürfnismodell Selbstpflegedefizite bzw. Selbstfürsorgedefizite, die kompensiert werden müssen, um individuelle Bedürfnisse selbstständig befriedigen zu können.

#### b) Interaktionsmodelle

Die Pflegebeziehung steht bei diesen Modellen im Vordergrund, dies beinhaltet die Art und Weise der Kommunikation sowie die Beziehung zwischen Patient und Pflegeperson. Hildegard Peplau ist eine bekannte Vertreterin dieser Theorie.

#### c) Ergebnismodelle

Bei diesen Modellen wird die Pflege aus der Sicht des Ergebnisses entwickelt. Bekannte Vertreter sind M. Rogers und C. Roy (s. **Tab. 1-1**).

**Tabelle 1-1:** Überblick über Pflegemodelle

Pflegemodell	Merkmale
Bedürfnismodelle	Ein gesunder Mensch befriedigt seine Bedürfnisse normalerweise selbstständig, z.B. Essen, Trinken, Bewegen; bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit kann jedoch Unterstützung erforderlich sein. Die Pflegeperson unterstützt dann bei der Bedürfnisbefriedigung. Beispiele: Bedürfnismodelle nach D. Orem, J. Juchli, M. Krohwinkel
Interaktionsmodelle	Pflegebeziehung im Mittelpunkt. Beispiel: Interaktionsmodell nach H. Peplau
Pflegeergebnismodelle	Ergebnis der Pflege und das Wohlbefinden des zu Pflegenden stehen im Mittelpunkt. Beispiele: Ergebnismodelle nach C. Roy, M. Rogers

(Quelle: vgl. Zenneck, H. U. (Hrsg.). (2012). *Altenpflege in Lernfeldern – Pflege, Krankheitslehre, Anatomie und Physiologie*. Stuttgart: Thieme Verlag, S. 17.)

## 1.2 Pflegeprozess und Pflegeplanung

### 1.2.1 Was versteht man unter dem Pflegeprozess?

Der Pflegeprozess umfasst das theoretische Handwerkzeug für die Pflege. Der Pflegeprozess (theoretisch) ist eine systematische Arbeitsmethode, mit der alle Maßnahmen für den pflegebedürftigen Menschen erfasst, geplant, durchgeführt und evaluiert werden und stellt somit eine Checkliste dar.

Der Pflegeprozess beinhaltet grundsätzlich folgende Teilaspekte:

- *Problemlösungsprozess*: Pflegepersonen suchen nach Lösungen, z. B. Ressourcen oder individuelle Fähigkeiten, mit denen pflegebedürftige Menschen ihre Beeinträchtigungen kompensieren können, um am Alltag teilzuhaben und sich wohl zu fühlen.
- *Beziehungsprozess*: Pflege gelingt nur, wenn Pflegenden eine gute Beziehung, eine Vertrauensbasis, zur pflegebedürftigen Person aufbauen.
- *Pflegedokumentation*: Pflegeassistenten dokumentieren alle Aktivitäten, Befindlichkeiten und Wünsche der Person. Das ist einerseits für den Informationsaustausch erforderlich sowie andererseits für die Transparenz der Pflege. Letztlich gilt die Dokumentation als Nachweis erbrachter pflegerischer Leistungen sowie als juristischer Nachweis.

Je nach Modell beinhaltet der Pflegeprozess vier bis sechs Phasen, die der gesetzlich vorgeschriebenen Pflegedokumentation dienen.

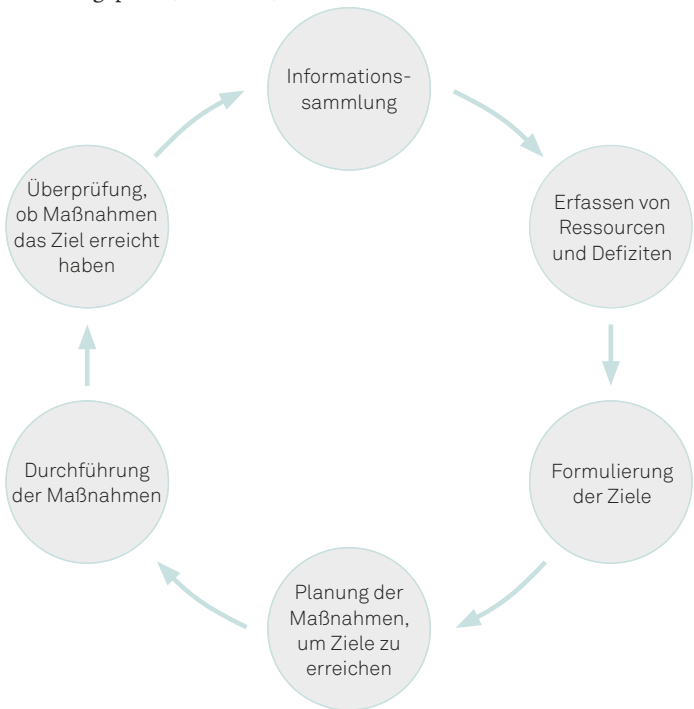
### 1.2.2 Modell nach Fiechter/Meier

Das Modell nach Fiechter/Meier wird im Pflegebereich am häufigsten angewandt und beinhaltet folgende sechs Phasen (Fiechter & Meier, 1981, S. 31):

1. Informationssammlung über den zu Pflegenden
2. Erkennen von Ressourcen und Problemen des zu Pflegenden (Erhebung des Pflegebedarfs)

3. Formulierung der Pflegeziele
4. Planung der Maßnahmen, um die Ziele zu erreichen
5. Durchführung der Maßnahmen
6. Beurteilung (Evaluation), ob die Maßnahmen zum Erreichen der Ziele beigetragen haben.

Auf dieser Grundlage wird die Pflege für jede pflegebedürftige Person individuell geplant (s. **Abb. 1-1**).



**Abbildung 1-1:** Teilschritte Pflegeprozess

### 1.2.3 Pflegeplanung

#### *Informationssammlung (Pflegeanamnese)*

Die Informationssammlung zielt darauf ab, den aktuellen Allgemeinzustand der zu pflegenden Person zu erfassen. Dabei werden neben der Pflegeanamnese und Pflegediagnostik vor allem lebensgeschichtliche Informationen, wie Lebensgewohnheiten und Bedürfnisse, erfasst. Nur so ist eine individuelle Pflege möglich, die sich an vorhandenen individuellen Fähigkeiten und Ressourcen orientiert.

#### *Erkennen von Ressourcen und Defiziten*

Auf der Grundlage der Pflegeanamnese werden die Fähigkeiten (Ressourcen) der Person sowie die Einschränkungen (Probleme) in den ATLs erfasst. Ressourcen sind alle Fähigkeiten und Möglichkeiten, welche die Person zur Selbstpflege sowie zur Kompensation ihrer kognitiven, psychischen und physischen Einschränkungen besitzt und anwendet.

#### *Formulieren der Pflegeziele*

Im nächsten Schritt werden realistische Ziele formuliert, die schließlich zur Lösung von Problemen beitragen sollen.

#### *Maßnahmen planen*

Auf der Grundlage der formulierten Ziele werden die entsprechenden Maßnahmen geplant.

#### *Durchführung der Pflege*

Alle pflegerischen Maßnahmen werden entsprechend der Planung durchgeführt. Absprachen sollten diesbezüglich im Team stattfinden. Die fachgerechte Durchführung aller Maßnahmen wird anschließend dokumentiert (z. B. (Pflege-)Bericht, Leistungsnachweis).

#### *Beurteilung (Evaluation)*

Im letzten Schritt wird die Wirksamkeit aller Interventionen überprüft und ausgewertet. Damit schließt sich der Kreis und ein neuer Prozess be-

ginnt, sobald Veränderungen in der Planung erforderlich sind. Das ist der Fall, wenn bestimmte Maßnahmen nicht das gewünschte Ergebnis erbracht haben oder die Ziele zu hochgesteckt waren.

## 1.3 Pflegedokumentation

### 1.3.1 Entbürokratisierung in der Pflegedokumentation („Strukturmodell“)

„Für die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation wurde gemeinsam mit Expertinnen und Experten und Praktikerinnen und Praktikern das „Strukturmodell“ entwickelt. Nachdem es sich in einem umfassenden Praxistest bewährt hat, erfolgt seit Anfang 2015 die bundesweite Einführung. Mit dem Strukturmodell wird der Dokumentationsaufwand erheblich reduziert, ohne fachliche Qualitätsstandards zu vernachlässigen oder haftungsrechtliche Risiken aufzuwerfen.“ (BMG, 2017)

Das Konzept des Strukturmodells setzt die fachliche Kompetenz Pfleger voraus.

„Strukturmodell“ – Überblick:

- Die Dokumentationspraxis basiert auf dem vierstufigen Pflegeprozess, berücksichtigt persönliche Perspektiven der Pflegebedürftigen.
- Der Pflegeprozess beginnt mit der neuen **Strukturierten Informationssammlung (SIS)**: Der Dokumentation der Wünsche der Pflegebedürftigen, der Beurteilung der Pflege- und Betreuungsbedarfe durch die Pflegefachperson sowie individueller pflegerelevanter Risiken.
- Fachliche Beurteilung zur Einschätzung der Pflege- und Betreuungssituation erfolgt anhand von fünf Themenfeldern, die sich nach relevanten Hilfe- und Pflegebedarfen einordnen lassen, mit Bezug auf die Module des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) und mit Orientierung am neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff.
- Das sechste Themenfeld beinhaltet „Haushaltsführung“ für den ambulanten Bereich sowie „Wohnen/Häuslichkeit“ für den stationären Bereich.
- Auf der Grundlage der in SIS dokumentierten Erkenntnisse erfolgt die Maßnahmenplanung sowie die Festlegung von Evaluationsdaten.



- **Berichtsblatt:** Eine Dokumentation auftretender Abweichungen von der geplanten grundpflegerischen Versorgung und Betreuung; keine Einzeldokumentation von wiederkehrenden Abläufen der Grundpflege und Betreuung im stationären Bereich, wenn diese im Qualitätshandbuch beschrieben sind.

Weitere Informationen unter: [www.ein-step.de](http://www.ein-step.de) – EinSTEP – Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation.

## 1.4 Rechtliche Grundlagen

### 1.4.1 Allgemeine Grundlagen

Rechtliche Regelungen im stationären oder ambulanten Pflegebereich sind u. a.:

- Heimgesetz
- Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (Behindertengleichstellungsgesetz, BGG)
- Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG)
- Pflegeversicherung – SGB XI
- Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – SGB I
- Hilfsmittel und Hilfsmittelversorgung (SGB V, SGB VI, SGB VII, SGB XI)
- Betreuungsrecht – §§ 1896–1908 BGB
- Freiheitsentziehende Maßnahmen – § 1906 BGB.

### 1.4.2 Heimgesetz (HeimG), Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG)

Das Heimgesetz gilt für Heime, das heißt für Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere, pflegebedürftige oder volljährige Menschen mit oder ohne Behinderung aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung sicherzustellen.

Die Heimaufsicht ist verpflichtet, die Heime zu überwachen und Beschwerden von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Angehörigen nachzugehen.

Am 1. Oktober 2009 löste das Wohn- und Betreuungsgesetz (WBVG) bundesweit die §§ 5–9 HeimG ab, welche die heimvertraglichen Bestimmungen enthielten. Zivilrechtliche Regelungen des Heimgesetzes wurden durch das Wohn- und Betreuungsgesetz (WBVG) weiterentwickelt.

### 1.4.3 Pflegeversicherung (SGB XI)

Die Pflegeversicherung wurde 1995 eingeführt und soll das Risiko Pflegebedürftiger, die aufgrund der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit auf Unterstützung angewiesen sind, absichern (§ 1 SGB XI). Die Leistungen werden in Pflegesachleistungen und Pflegegeldleistungen unterschieden.

#### *Der Begriff der Pflegebedürftigkeit*

Damit Leistungen der Pflegeversicherung beansprucht werden können, muss der Betroffene nach §§ 14 und 15 SGB XI (SGB XI) pflegebedürftig sein.

Erfasst wird der Grad der Selbstständigkeit einer Person bei Aktivitäten in insgesamt sechs pflegerelevanten Bereichen, wie z.B. kognitive und kommunikative Fähigkeiten oder der Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen.

Berücksichtigt wird besonderer Hilfe- und Betreuungsbedarf von Menschen mit kognitiven oder psychischen Einschränkungen.

Aus den Ergebnissen der Prüfung ergibt sich die Einordnung in einen der fünf Pflegegrade. Die Prüfergebnisse von zwei weiteren Modulen (außerhäusliche Aktivitäten, Haushaltsführung) gehen nicht in die abschließende Bewertung der Pflegebedürftigkeit einer Person ein.

### 1.4.4 Rechtliche Betreuung

„Rechtliche Betreuung“ bedeutet, dass ein gerichtlich bestellter Betreuer die rechtlichen Angelegenheiten für jemanden erledigt, der dazu nicht mehr in der Lage ist, z.B. Erwachsene, die aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen können.

Ein Betreuer kann nur bestellt werden, wenn bei der betroffenen Person eine Hilfsbedürftigkeit vorliegt, die auf einer im Gesetz (§ 1896 Abs. 1 BGB) genannten Krankheit oder Behinderung beruht.

*Bestellung eines Betreuers*

Zum Betreuer können Angehörige, ehrenamtliche Betreuer, Berufs- oder Vereinsbetreuer sowie Behörden bestellt werden (geregelt in §§ 1897, 1898, 1899, 1900 BGB).

Der Betreuer wird vom Betreuungsgericht bestellt. Der Betroffene kann dies selbst beantragen. Menschen mit einer körperlichen Behinderung können nur auf ihren Antrag hin einen Betreuer erhalten. In allen anderen Fällen entscheidet das Gericht auch ohne Antrag des Betroffenen von Amts wegen.

Ein Betreuer darf nur für solche Aufgabenbereiche bestellt werden, bei denen eine Betreuung wirklich erforderlich ist. Gegen den Willen des Betroffenen, wenn er diesen frei bilden kann, darf ein Betreuer nicht bestellt werden.

In seinem Aufgabenkreis vertritt der Betreuer den Betreuten gerichtlich und außergerichtlich (§ 1902 BGB).

**1.4.5 Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht***Betreuungsverfügung*

In der sogenannten Betreuungsverfügung können Vorschläge zur Auswahl des Betreuers und Wünsche zum Inhalt der Betreuung schriftlich festgehalten werden (§ 1901a BGB).

Betreuungsverfügungen können beim zentralen Vorsorgeregister oder in einigen Bundesländern auch beim Betreuungsgericht hinterlegt werden. Sie sollten in jedem Fall schriftlich abgefasst werden und können auch mit einer Vorsorgevollmacht verbunden werden.

*Vorsorgevollmacht*

Werden die Angelegenheiten von einem Bevollmächtigten besorgt, bedarf es keines Betreuers. Der Betroffene kann selbst einen Bevollmächtigten einsetzen, wenn die Angelegenheiten dadurch ebenso gut besorgt werden können.

Die Vorsorgevollmacht muss ebenfalls die Aufgabenkreise konkret bestimmen. Somit hat der Bevollmächtigte die gleichen Rechte und Pflichten wie ein gerichtlich bestellter Betreuer.

### 1.4.6 Patientenverfügung

Mit einer Patientenverfügung kann ein Patient seinen Willen und seine Wünsche hinsichtlich künftiger Entscheidungen über medizinische Behandlungen für den Fall festlegen, dass er seinen Willen nicht mehr äußern kann. Die Patientenverfügung ist gesetzlich geregelt in § 1901a Abs. 1 BGB. Eine Patientenverfügung bedarf der Schriftform und kann jederzeit formlos widerrufen werden.

### 1.4.7 Rechtliche Regelungen zur Unterbringung

Der Betreuer bzw. Bevollmächtigte kann den betreuten Menschen unter bestimmten Voraussetzungen mit gerichtlicher Genehmigung in einer geschlossenen Einrichtung (z. B. in der Gerontopsychiatrie) oder in einer geschlossenen Abteilung eines Krankenhauses oder einer stationären Pflegeeinrichtung unterbringen. Die Unterbringung ist allerdings nur unter den in § 1906 Abs. 1 BGB genannten Voraussetzungen zulässig, wenn:

- Beim Betreuten die Gefahr erheblicher gesundheitlicher Selbstschädigung besteht.
- Ohne Unterbringung eine notwendige ärztliche Maßnahme nicht durchgeführt werden kann.

Die gerichtliche Genehmigung muss in jedem Fall zuvor eingeholt, bei Gefahr im Verzug nachgeholt werden.

### 1.4.8 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Freiheitsentziehung bedeutet, eine Person daran zu hindern, den jeweiligen Aufenthaltsort zu verlassen. Grundsätzlich sind freiheitsentziehende

Maßnahmen eine spezielle Form der Gewalt in der Pflege und Begleitung von pflegebedürftigen Menschen.

Unter freiheitsentziehenden Maßnahmen versteht man „alle Schutzmaßnahmen, die eine willkürliche Bewegung oder Fortbewegung zum Schutz vor Selbstgefährdung verhindern sollen. Keine freiheitsentziehende Schutzmaßnahme liegt vor, wenn sie nur vor unwillkürlicher (gefährlicher) Bewegung schützt oder die Person einwilligt (und einwilligungsfähig ist)“ (Stolz, 2011, S. 11).

Der Genehmigung bedarf es auch in jedem Fall, in dem einem Betreuten durch eine mechanische Vorrichtung, durch Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum (mehr als 24 Stunden) oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll. Die rechtlichen Voraussetzungen für freiheitsentziehende Maßnahmen durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise sind in § 1906 Abs. 4 BGB geregelt.

*Wann sind „freiheitsentziehende Maßnahmen“ überhaupt notwendig?*

Eine Einschränkung der Freiheit ist in folgenden Fällen legitim. Wenn:

- die Person die freiheitsentziehende Maßnahme selbst verlangt (z. B. Bettgitter zur Sicherheit in der Nacht)
- durch akute und erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung ein rechtfertigender Notstand nach § 34 StGB („Gefahr im Verzug“) besteht. Wenn dieser Zustand andauert, ist ein Beschluss des Vormundschaftsgerichts erforderlich.
- nichteinwilligungsfähige Personen mit richterlicher Genehmigung in ihrer Freiheit eingeschränkt werden (§ 1906 BGB).

Landesunterbringungsgesetze nach PsychKG (Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten) regeln die gesetzlichen Grundlagen zu Zwangsmaßnahmen gegenüber psychisch Erkrank-

ten (z. B. Unterbringung in psychiatrischen Kliniken bei behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankung wie Psychose oder Suchterkrankung). PsychKG ist ein Landesgesetz und somit bundesweit unterschiedlich geregelt.

### 1.4.9 Schweigepflicht

Gemäß § 203 StGB dürfen keine Geheimnisse des Patienten offenbart werden, die von ihm mitgeteilt („anvertraut“) werden oder in sonstiger Weise bekanntgeworden sind, z. B. aufgrund eigener Untersuchungen oder durch Dritte (Stationsleitung, Pflege- und Betreuungspersonal usw.).

Die Geheimhaltungspflicht umfasst alle Tatsachen, die die Pflegeperson in Ausübung ihres Berufes vom Geheimnisträger (Patient/Klient/Heimbewohner/Rehabilitant) erfährt.

Es dürfen von Klienten keine Namen, Adressen oder sonstige Daten usw. weitergegeben oder für Unbefugte zugänglich gemacht werden!

Personenkreise, an die Auskunft

*a) erteilt werden kann:*

- an der Behandlung und Pflege beteiligte Personen
- Mitglieder des Pflegeteams
- Ärzte.

*b) nicht erteilt werden kann:*

- Arbeitgeber
- Angehörige (Ausnahme: Eltern, Vormund bei Minderjährigen)
- sonstige Verwandte
- Bekannte
- Personen, die nicht direkt an der Behandlung und Pflege beteiligt sind.

Entbindung von der Schweigepflicht:

- bei Einwilligung des Klienten
- zur Wahrung von Eigeninteressen vor Gericht

- zur Verhinderung eines Verbrechens
- bei Kindesmisshandlung
- bei Meldung von Infektionskrankheiten nach Infektionsschutzgesetz an das Gesundheitsamt.

Dauer der Schweigepflicht:

- Die Schweigepflicht wird nicht aufgehoben.
- Sie besteht über den Tod des Klienten hinaus.
- Sie besteht auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses fort.