

Für die 3. Auflage wurde dieses Lehrbuch inhaltlich überarbeitet, aktualisiert und gezielt erweitert. Ergänzt wurden z. B. die Themen Qualitätsmanagement, Pflegediagnosen, Praxisanleitung, Angehörigenarbeit, Hausgemeinschaften, Wundmanagement und Umgang mit einem Tracheostoma.

Außerdem werden aktuelle Konzepte und erprobte Methoden wie die 10-Minuten-Aktivierung bei der Betreuung von dementen Menschen, das Snoezelen und der Einsatz von Humor in der Pflege vorgestellt.

Dieses Lehrbuch möchte, gemäß dem Altenpflegegesetz, die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind.

Insofern steht der alte Mensch in seiner Einzigartigkeit und mit seinen Fähigkeiten, Bedürfnissen, Gefühlen und Problemen im Mittelpunkt dieses Werkes.

Mit seinem bewährten Gesamtkonzept bietet dieses Buch eine fundierte Grundlage für die Ausbildung und für die praktische Tätigkeit in der Altenpflege.

Die Autorinnen

Mechthild Seel und Elke Hurling sind Lehrerinnen für Pflegeberufe.

Die Pflege des Menschen im Alter

Seel
Hurling



Mechthild Seel · Elke Hurling

Die Pflege des Menschen im Alter

Ressourcenorientierte Unterstützung bei den AEDL

3., überarbeitete und erweiterte Auflage



BRIGITTE KUNZ VERLAG



Mechthild Seel · Elke Hurling

Die Pflege des Menschen im Alter

Mechthild Seel · Elke Hurling

Die Pflege des Menschen im Alter

Ressourcenorientierte Unterstützung bei den AEDL

3., überarbeitete und erweiterte Auflage



BRIGITTE KUNZ VERLAG

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 3-89993-419-9

Autorinnen

Mechthild Seel
Lehrerin für Pflegeberufe, Heilpraktikerin
Lippstadt

Elke Hurling
Lehrkraft für Pflege
Cloppenburg

Einzelbeiträge

Monika Meyer (Kap. IV 12.6)
Krankenschwester, Diplom-Pädagogin
Osnabrück

Cäcilia Osthoff (Kap. IV 3.2.6.10)
Krankenschwester mit Weiterbildung
Palliative Care
Bad Sassendorf

Ursula Wulfheide (Kap. II. 2.1; III. 1.2; VII. 1.)
Lehrerin für Pflegeberufe
Oelde

Mehr wissen – besser pflegen!



Besuchen Sie unser Pflegeportal im Internet.

- 1. Auflage 1997
- 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2001
- 3., überarbeitete und erweiterte Auflage 2005

Brigitte Kunz Verlag

© 2005 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden.

Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind.

Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Satz: Dateiwerk GmbH, Hannover
Druck: Druckhaus „Thomas Müntzer“ GmbH, Bad Langensalza

Vorwort zur dritten überarbeiteten und erweiterten Auflage

Liebe Leserinnen und Leser,

das Lehrbuch „Die Pflege des Menschen im Alter“ liegt in der dritten Auflage vor. Es wurde inhaltlich überarbeitet, aktualisiert und gezielt erweitert. Ergänzt wurden z.B. die Themen Qualitätsmanagement, Pflegediagnosen, Praxisanleitung, Angehörigenarbeit, Hausgemeinschaften, Wundmanagement, Umgang mit einem Tracheostoma. Zahlreiche Abbildungen wurden hinzugefügt.

Aktuelle Konzepte und Methoden, die in der Praxis erprobt werden und diese bereichern, werden vorgestellt und in bestehende Pflegepläne integriert, z.B. die 10-Minuten-Aktivierung bei der Betreuung von dementen Menschen, das Snoezelen oder Humor in der Pflege.

Das erste bundeseinheitliche Altenpflegegesetz von August 2003 fordert: „Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind.“

Dieses Ziel und ein Pflegeverständnis, das den alten Menschen in seiner Einzigartigkeit und mit seinen Fähigkeiten, Bedürfnissen, Gefühlen und Problemen in den Mittelpunkt stellt, sind – wie schon in den vorherigen Auflagen – die Grundpfeiler des vorliegenden Lehrbuches. Mit seinem bewährten Gesamtkonzept bietet die „Pflege des Menschen im Alter“ weiterhin eine fundierte Grundlage für die Ausbildung und für die praktische Tätigkeit in der Altenpflege.

Dank

Auch bei der dritten Überarbeitung wurden wir von zahlreichen Kolleginnen und Kollegen aus Theorie und Praxis unterstützt.

Unser besonderer Dank gilt Frau Gisela Ahlke-Buchholz (Lehrerin für Pflegeberufe), Herrn Rudi Lohmann (Fachkrankenschwester für Hygiene/System Hygieneberatung GbR), Frau Doris Lübke (Krankenschwester in

der ambulanten Pflege/Pflegeüberleitung), Frau Elke Lücken (Krankenschwester mit Weiterbildung zur Stoma-Fachberatung), Frau Christa Schlömer-Hohnhorst (Krankenschwester in der Dialyse), Frau Brigitte Stapler-Nee (Altenpflegerin mit gerontopsychiatrischer Zusatzausbildung).

Für die fachliche Beratung bedanken wir uns bei Frau Dr. Angelika Jahn (Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe) und Frau Beate Lohmann (Apothekerin).

Bei Frau Cäcilia Osthoff (Krankenschwester mit Weiterbildung „Palliative Care“) und Frau Ursula Wulfheide (Lehrerin für Pflegeberufe) bedanken wir uns für die von Ihnen verfassten Texte.

Frau Maria Ackmann (Diplom-Designerin) fertigte erneut die Bildvorlagen und trägt dadurch wesentlich zur Veranschaulichung der Texte bei.

Dem Verlag Schlütersche, insbesondere unserer Lektorin Frau Claudia Flöer, danken wir für die gute Zusammenarbeit.

Schließlich geht ein besonderer Dank an Klaus Debring und Helmut Seel, die uns unermüdlich und auf vielfältige Weise unterstützt haben.

Den Leserinnen und Lesern sagen wir Dank für die positiven Rückmeldungen und die konstruktive Kritik; sie haben zur Weiterentwicklung des Altenpflegebuches beigetragen. Wir freuen uns auf weitere Anregungen dieser Art.

Wir wünschen allen Kolleginnen und Kollegen bei ihrer Arbeit mit alten Menschen viel Freude und Erfolg. Den Schülerinnen und Schülern in der Altenpflege wünschen wir eine Ausbildung, die ihnen Freude bereitet und sie in die Lage versetzt, die zukünftigen Anforderungen mit Engagement und Kompetenz zu meistern.

Im Juni 2005
Mechthild Seel und Elke Hurling

Vorwort zur zweiten überarbeiteten und erweiterten Auflage

Liebe Leserinnen und Leser,

das Pflegewissen entwickelt sich fortlaufend weiter, der Bedarf an professioneller Altenpflege sowie die Anforderungen an Altenpflegerinnen und Altenpfleger steigen. Altenpflege befindet sich im Fluss. Um weiterhin eine angemessene Grundlage für die Ausbildung und für die praktische Tätigkeit in der Altenpflege zu bieten, wurde das Lehrbuch „Die Pflege des Menschen im Alter“ überarbeitet, erweitert und neu strukturiert.

Das grundlegende Pflegeverständnis stellt weiterhin den alten Menschen in seiner Einzigartigkeit und mit seinen Fähigkeiten, Bedürfnissen, Gefühlen und Problemen in den Mittelpunkt. Ein besonderer Stellenwert wird der Wahrnehmung und Förderung der Ressourcen sowie der Autonomie des alten Menschen beigemessen. Dies entspricht einem von Achtsamkeit, Toleranz und Offenheit getragenen Menschenbild, das die Achtung der gewordenen Persönlichkeit, der Würde und des Selbstbestimmungsrechtes eines alten Menschen betont.

Bei der Darstellung der einzelnen Themenbereiche wird auf die Verdeutlichung von Zusammenhängen sowie auf die Verknüpfung des Wissens aus verschiedenen Fachrichtungen Wert gelegt. Dabei werden u.a. Grundlagen der Krankheitslehre und der Arzneimittellehre vermittelt. Die Verbindung theoretischen Wissens mit den Anforderungen der Altenpflegepraxis zeigt immer wieder Beispiele für ein vernetztes Denken und Handeln auf.

Die Inhalte des vorliegenden Buches sind in 7 Kapitel gegliedert.

Kapitel I „Grundlagen professioneller Altenpflege“ dient der Vermittlung eines ganzheitlich orientierten Pflegeverständnisses. Ergänzt wurden die Themenbereiche Pflege-theorien / -modelle und Pflegeleitbild.

Kapitel II „Berufliche Altenpflege“ befasst sich mit der Altenpflege als Beruf, der Entwicklung des Berufs, den Qualifikationen und dem Berufsbild.

Kapitel III „Praxisfeld Altenpflege“ stellt grundlegende Einstellungen und Richtlinien hinsichtlich der Begleitung und Pflege alter Menschen im stationären sowie im ambulanten Bereich und bezüglich der Pflege kranker Senioren dar. Den Anforderungen der Praxis entsprechend wurden die Themen „Arbeiten in der ambulanten Pflege“ und „Pflegeüberleitung“ neu aufgenommen.

Kapitel IV „Begleitung und Unterstützung alter Menschen bei der Verwirklichung der Lebensaktivitäten und im Umgang mit existenziellen Erfahrungen (AEDL)“ ist nach den AEDL von M. Krohwinkel strukturiert. Die einzelnen AEDL-Bereiche und die entsprechenden pfle-

gerischen Inhalte werden in 13 Abschnitten ausführlich vorgestellt und besprochen.

Unter „Nähere Bezeichnung“ wird zu Beginn eines jeden Abschnittes der AEDL-Bereich detailliert dargestellt, um das Erfassen und die Zuordnung von Bedürfnissen, Gewohnheiten, Fähigkeiten und Problemen alter Menschen und ihrer persönlichen Bezugspersonen sowie der Pflegemaßnahmen und Ergebnisse zu erleichtern.

Danach wird die Bedeutung der AEDL angesprochen; die Erörterungen sollen Denkanstöße geben und das Zusammenwirken der verschiedenen Ebenen menschlichen Daseins verdeutlichen. Es folgen Fragen zur biografischen Bedeutung des Lebensbereichs; hierdurch wird die Aufmerksamkeit auf Einflüsse, die einen Menschen geprägt haben, gelenkt. Die Betrachtung von menschlichen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Aktivitäten im lebensgeschichtlichen Zusammenhang erleichtert es, einen alten Menschen als einzigartige Persönlichkeit wahrzunehmen, zu verstehen und ihm gerecht zu werden. Weiter sind jedem AEDL-Bereich wichtige Themen aus der Altenpflegepraxis zugeordnet; für den Ablauf bestimmter Pflegehandlungen werden Pflegestandards angeboten.

Die Inhalte wurden aktualisiert und neue Themen ergänzt, z.B. „Bewusstes Berühren“, „Pflege und religiöse Bedürfnisse“, „Pflege und kulturelle Bedürfnisse“, „Validation“, „Gewalt in Pflegebeziehungen“.

Das Thema „Infektionsprophylaxe“ wurde erheblich erweitert; es ist dem Bereich „Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen“ zugeordnet.

Kapitel V „Exemplarische Lebens- und Pflegesituationen im Zusammenhang mit bestimmten Erkrankungen“ stellt im Alter häufig auftretende Erkrankungen und die entsprechenden Therapien dar. Die medizinischen Grundlagen werden in enger Verknüpfung mit den pflegerischen Anforderungen vermittelt. Psychologische Aspekte und Möglichkeiten der Gesundheitspflege sowie der Krankheitsvorbeugung werden eingehend besprochen, wodurch zusätzlich das Gesundheitsbewusstsein der Altenpflegerinnen und Altenpfleger gefördert werden soll. In den jeweiligen Abschnitten „Zur Situation eines Betroffenen“ werden Aspekte des individuellen Erlebens und Verhaltens im Zusammenhang mit bestimmten Erkrankungen veranschaulicht. Die praktische Pflege wird im Wesentlichen anhand der AEDL dargestellt; somit werden Möglichkeiten für ein theoriegeleitetes Arbeiten in der Praxis aufgezeigt.

Umfassende Standardpflegepläne sollen das prozesshafte Geschehen der Pflege verdeutlichen, die Umsetzung des theoretischen Wissens in die Praxis fördern und gleichzeitig die Fähigkeiten zur Pflegedokumentation als unverzichtbaren Bestandteil professioneller Altenpflege schulen.

Neben den Ressourcen und den individuellen Bedürfnissen wird dem aus einer Erkrankung resultierenden Pflegebedarf eine große Bedeutung beigemessen, denn das

Leben eines alten Menschen wird wesentlich von seiner gesundheitlichen Situation beeinflusst. Ein fundiertes Fachwissen ermöglicht eine qualifizierte professionelle Begleitung und Pflege, die gesundheitsfördernde und rehabilitierende Konzepte einschließt. Auf dieser Basis kann ein alter Mensch die für ihn größtmögliche Selbstständigkeit und Lebensqualität erreichen.

Ergänzt wurden u.a. die Themen „Harnwegsinfektionen“, „Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises“, „Osteoporose“, „Erkrankungen des Blut- und Lymphgefäßsystems“. In dem ebenfalls neuen Abschnitt „Besondere Lebens- und Pflegesituationen bei psychischen Störungen und Erkrankungen“ werden Probleme im Zusammenhang mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen behandelt.

Kapitel VI „Naturheilkundliche Verfahren“ wurde neu aufgenommen. Es gibt einen Einblick in naturheilkundliche Behandlungsmöglichkeiten wie z.B. Pflanzenheilkunde und Fußreflexzonen-Massage. Ferner werden pflegerische Möglichkeiten zur Förderung von Wohlbefinden und Gesundheit praxisrelevant dargestellt, z.B. „Aromatologie in der Pflege“, „Wickel und Auflagen“. Dieses Kapitel trägt u.a. zur Vertiefung eines ganzheitlich orientierten Menschenbildes und Pflegeverständnisses bei.

Kapitel VII „Mitwirken bei der Therapie“ stellt ausführlich die Themenbereiche „Arzneimittel“, „Injektionen“, „Infusionen“ und „Wundversorgung“ dar.

Wesentliche Inhalte sind durch Fettdruck oder Grauschraffierung hervorgehoben. Die im Text durch „*“ gekennzeichneten Fachbegriffe und Fremdworte werden im Anhang unter „Glossar“ erläutert.

Zahlreiche Querverweise verdeutlichen die Komplexität der Pflegesituationen und die Vernetzung sowohl der verschiedenen Wissensgebiete als auch der AEDL-Bereiche.

Am Ende eines jeden Kapitels sind zahlreiche Literaturhinweise aufgeführt, die dem interessierten Leser Möglichkeiten zur Vertiefung des Wissens bieten.

Um den Lesefluss zu erleichtern, werden nicht immer die weibliche und die männliche Person genannt; selbst-

verständlich beziehen sich die Aussagen im Allgemeinen auf beide Geschlechter.

Der Begriff „Angehörige“ bezeichnet stellvertretend Menschen, die in enger persönlicher Beziehung zu einem Pflegebedürftigen stehen.

Dank

Dieses Lehrbuch wäre ohne vielfältige Unterstützung nicht zustande gekommen.

Bei Frau Monika Meyer (Krankenschwester, Diplom-Pädagogin) bedanken wir uns für den von ihr verfassten Text „Gewalt in Pflegebeziehungen“.

Frau Maria Ackmann (Diplom-Designerin) fertigte die Bildvorlagen; durch ihre Zeichnungen trägt sie wesentlich zur Veranschaulichung der Texte bei.

Für die konstruktiven und kritischen Hinweise, Anregungen und Erörterungen danken wir Frau Gisela Ahlke-Buchholz (Lehrerin für Pflegeberufe), Herrn Klaus Debring (Apotheker), Frau Gabriele Fischer (Altenpflegerin), Frau Christiane Giese (Krankengymnastin), Herrn Hans Gockel (Diplom-Psychologe), Frau Dr. med. Angelika Jahn (Ärztin), Frau Beate Lohmann (Apothekerin), Herrn Antonius Lohmann, Herrn Franz-Josef Luig (Altenpfleger), Herrn Dr. med. Lutz-Dietrich Müller (Facharzt für innere Medizin), Herrn Dr. med. Michael Ohlmeier (Facharzt für Orthopädie), Frau Cäcilia Osthoff (Krankenschwester mit Weiterbildung „Palliative Care“, Koordinatorin der Hospizbewegung im Kreis Soest), Herrn Dr. Dirk Schmale (Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Chirurgie), Herrn Bernd Schüller (Krankenpfleger, Kinästhetik-Trainer) und Frau Ursula Wulfheide (Lehrerin für Pflegeberufe).

Dem Brigitte Kunz Verlag, besonders Herrn Winfried Kunz, danken wir einmal mehr für die gute Zusammenarbeit.

Schließlich geht ein besonderer Dank an Helmut Seel, der uns unermüdlich und auf vielfältige Weise unterstützte.

Bei den Lesern bedanken wir uns für das Interesse, die Rückmeldungen und die Anregungen. Wir wünschen allen bei der Arbeit mit diesem Buch sowie im Berufsalltag viel Erfolg und Freude.

Im Juni 2001
Mechthild Seel und Elke Hurling

Inhaltsverzeichnis

I. Grundlagen professioneller Altenpflege	1
1. Der Mensch – ein ganzheitliches Wesen	3
2. Das Alter(n)	5
2.1 Begriffserläuterungen	5
2.2 Alter(n) und Entwicklung	6
2.3 Gesellschaft und Altern	7
2.4 Bedeutung des Alters	8
2.5 Besonderheiten im Alter	9
2.5.1 Das Altern als physiologische Entwicklung	9
2.5.2 Bedürfnisse im Alter	10
2.5.3 Probleme im Alter	10
2.6 Krankheit im Alter	12
3. Wohlbefinden, Gesundheit und Krankheit	12
3.1 Naturwissenschaftliche Betrachtungsweise	12
3.2 Ganzheitliche Betrachtungsweise	13
3.3 Weitere Einschätzungen	14
3.4 Erleben von Krankheit	15
3.4.1 Auswirkungen von Krankheit	15
3.4.2 Umgang mit der Krankheit – Krankheitsverarbeitung	15
3.4.2.1 Abwehrmechanismen	15
3.4.2.2 Krankheitsbewältigung (Coping)	16
4. Der Pflegeprozess	17
4.1 Der Problemlösungsprozess	17
4.2 Der Beziehungsprozess	26
4.3 Pflegediagnosen	27
4.4 Wahrnehmung und Beobachtung	29
5. Pflegetheorien und Pflegemodelle	31
5.1 Begriffserläuterungen	32
5.2 Theorie und Praxis	33
5.3 Verschiedene Pflegetheorien	33
5.3.1 Grundregeln der Krankenpflege (Virginia Henderson)	33
5.3.2 Die Elemente der Krankenpflege (Nancy Roper et al.)	33
5.3.3 Die Aktivitäten des täglichen Lebens (Liliane Juchli)	34
5.3.4 Fördernde Prozesspflege (Monika Krohwinkel)	35
5.3.4.1 Schlüsselkonzepte des pflegerischen Paradigmas	36
5.3.4.2 AEDL-Strukturmodell	36
5.3.4.3 Konzeptuelles Rahmenmodell	37
5.3.4.4 Das Pflegeprozessmodell	39
5.3.4.5 Das Managementmodell	39
5.3.5 Altenpflegemodell – Modell der Lebensdimensionen	41
5.3.6 Weitere Pflegemodelle	44
6. Pflegeleitbild	44

7. Qualitätsmanagement	45
7.1 Einführende Informationen	45
7.2 Voraussetzungen für Qualitätsentwicklung und -sicherung	46
7.3 Qualitätsbereiche	47
7.3.1 Qualitätsplanung	47
7.3.2 Qualitätslenkung	51
7.3.3 Qualitätskontrolle	55
7.3.4 Qualitätssicherung	57
7.3.5 Qualitätsprüfung	58
Literaturhinweise	59
II. Berufliche Altenpflege	61
1. Entwicklung des Berufs	62
2. Qualifikation	63
2.1 Ausbildung	63
2.2 Fort- und Weiterbildung	69
2.3 Psychosoziale Kompetenzen	70
3. Aufgaben und Tätigkeitsbereiche	71
4. Berufspolitische Entwicklung im gesellschaftlichen Kontext	71
5. Berufsbild des Deutschen Berufsverbandes für Altenpflege (DBVA)	74
Literaturhinweise	77
III. Praxisfeld Altenpflege	79
1. Grundlegendes Pflegeverständnis	80
1.1 Ganzheitlich orientierte, aktivierende Altenpflege	80
1.2 Humor in der Pflege	82
2. Grundlegendes zur Pflege von kranken alten Menschen	83
3. Grundlegendes zur pflegerischen Begleitung alter Menschen im Altenheim .	86
4. Arbeiten in der ambulanten Pflege	92
4.1 Definition und Stellenwert	92
4.2 Organisation	93
4.3 Besonderheiten der Hauskrankenpflege	94
5. Pflegeüberleitung	96
Literaturhinweise	100

IV. Begleitung und Unterstützung alter Menschen bei der Verwirklichung der Lebensaktivitäten und im Umgang mit existenziellen Erfahrungen (AEDL)	103
1. Kommunizieren	105
1.1 Nähere Bezeichnung	107
1.2 Bedeutung	107
1.2.1 Fragen zur lebensgeschichtlichen Bedeutung	108
1.3 Bereiche der Kommunikation	108
1.3.1 Sprache	108
1.3.2 Sprechen	109
1.3.3 Zuhören	109
1.3.4 Schreiben	109
1.3.5 Lesen	109
1.3.6 Körpersprache	109
1.4 Das Zwischenmenschliche der Kommunikation	112
1.4.1 Besonderheiten der Kommunikation bei pflegerischen Tätigkeiten	113
1.4.2 Gesprächsführung	115
1.4.2.1 Allgemeine Hinweise zur Gesprächsführung	115
1.4.2.2 Informations- und Instruktionsgespräche	117
1.4.3 Bewusstes Berühren	117
1.5 Die Wahrnehmung über die Sinnesorgane	121
1.6 Sinnesfunktionen und Kommunikation	122
1.6.1 Das Sprechen	122
1.6.1.1 Anatomisch-physiologische Grundlagen des Sprechens	122
1.6.1.2 Beobachtung des Sprechens	122
1.6.1.3 Hilfen bei Störungen des Sprechens	123
1.6.2 Die Sprache	123
1.6.2.1 Störungen der Sprechweise	124
1.6.2.2 Zentrale Sprachstörungen	124
1.6.2.3 Hilfen bei Sprech- und Sprachstörungen	125
1.6.3 Das Hören	126
1.6.3.1 Physiologische Gegebenheiten des Hörens	126
1.6.3.2 Beobachtung des Hörens	127
1.6.3.3 Hilfen bei Störungen des Hörens	128
1.6.3.4 Umgang mit Hörgeräten	130
1.6.4 Das Sehen	131
1.6.4.1 Anatomisch-physiologische Grundlagen des Sehens	131
1.6.4.2 Beobachtung des Sehens	132
1.6.4.3 Hilfen bei Störungen des Sehens	134
1.6.4.4 Umgang mit Sehhilfen	139
1.6.5 Das Tasten (Fühlen)	140
1.6.5.1 Anatomisch-physiologische Grundlagen des Tastens	140
1.6.5.2 Beobachtung des Tastsinns	140
1.6.5.3 Hilfen bei Störungen des Tastsinns	141
1.6.6 Das Schmecken und Riechen	141
1.6.6.1 Anatomisch-physiologische Grundlagen des Riechens und Schmeckens	141

1.6.6.2	Beobachtung des Riechens und Schmeckens	141
1.6.6.3	Hilfen bei beeinträchtigtem Geruchs- und Geschmackssinn	142
1.7	Die Körpersprache	142
1.7.1	Physiologische Gegebenheiten der Körpersprache	142
1.7.2	Beobachtung der Körpersprache	142
1.7.3	Hilfen bei beeinträchtigter Körpersprache	143
1.8	Bewusstsein	143
1.8.1	Definition	143
1.8.2	Bedeutung des Bewusstseins	143
1.8.3	Beobachtung des Bewusstseins	143
1.8.4	Förderung von Orientierung und Wahrnehmung	146
1.9	Basale Stimulation	146
	Literaturhinweise	150
2.	Sich bewegen	151
2.1	Nähere Bezeichnung	153
2.2	Bedeutung	153
2.2.1	Fragen zur lebensgeschichtlichen Bedeutung	154
2.3	Anatomisch-physiologische Grundlagen	154
2.3.1	Aufbau und Funktion eines Gelenks	154
2.3.2	Steuerung des Bewegungsapparates durch das Nervensystem	156
2.4	Die Rückenschule	157
2.4.1	Die Wirbelsäule (<i>Columna vertebralis</i>)	157
2.4.2	Rückenschonende Arbeitsweise und Haltung	158
2.4.3	Gymnastische Übungen	160
2.5	Kinästhetik	161
2.6	Beobachtung der Körperhaltung	165
2.7	Einschränkungen der Beweglichkeit	166
2.7.1	Reduzierter Allgemein-/Ernährungszustand	166
2.7.2	Neurologische Störungen	166
2.7.3	Körperliche Behinderungen	167
2.7.4	Psychische Veränderungen	167
2.7.5	Schmerzen	167
2.7.6	Pathologische Gelenkveränderungen	167
2.7.7	Muskelerkrankungen (<i>Myopathien</i>)	167
2.7.8	Veränderungen infolge langer Ruhigstellung	167
2.7.9	Kontraktur	168

2.8 Unterstützung bei Einschränkungen der Mobilität	168
2.8.1 Kontrakturenprophylaxe	168
2.8.1.1 Analyse der Risikofaktoren	168
2.8.1.2 Allgemeine Mobilisation	169
2.8.1.3 Bewegungsübungen	169
2.8.1.4 Lagerungen	169
2.8.2 Mobilisation	171
2.8.2.1 Bewegungsübungen	172
2.8.2.2 Isometrische Spannungsübungen	173
2.8.2.3 Gezielte Krankengymnastik	174
2.8.2.4 Lageveränderungen im Bett	174
2.8.2.4.1 Hilfsgriffe	175
2.8.2.5 Aufstehen	176
2.8.2.6 Sitzen außerhalb des Bettes	177
2.8.2.7 Gehen	178
2.8.2.8 Mobilisationshilfen	178
2.8.2.8.1 Gehhilfen	178
2.8.2.8.2 Rollstuhl	180
2.8.2.8.3 Bettbügel mit Triangel	180
2.8.3 Umbetten eines immobilen Menschen	180
2.8.4 Lagerungshilfsmittel	182
2.9 Gips- und Kunstharzverbände	183
2.10 Pflegeplanung	186
2.10.1 Informationssammlung „Kontrakturenrisiko“	186
2.10.2 Pflegestandards zur Kontrakturenprophylaxe	187
2.11 Dekubitus	189
2.11.1 Definition	189
2.11.2 Allgemeines Grundwissen	189
2.11.3 Ursache und Risikofaktoren	189
2.11.4 Gefährdete Körperstellen	194
2.11.5 Erkennen eines Dekubitus	195
2.11.6 Maßnahmen der Dekubitusprophylaxe	196
2.11.6.1 Mobilisation	196
2.11.6.2 Lagerungen	196
2.11.6.3 Lagerungshilfsmittel	200
2.11.6.4 Weitere Maßnahmen	202
2.11.7 Pflegeplanung	204
2.11.7.1 Informationssammlung „Dekubitusrisiko“	204
2.11.7.2 Pflegestandards zur Dekubitusprophylaxe	205
2.11.8 Maßnahmen zur Dekubitusbehandlung	208
2.11.8.1 Pflegestandards zur Dekubitusbehandlung	211
Literaturhinweise	215

3. Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten	217
3.1 Nähere Bezeichnung	220
3.2 Atmen	220
3.2.1 Bedeutung	220
3.2.1.1 Fragen zur lebensgeschichtlichen Bedeutung	221
3.2.2 Anatomisch-physiologische Grundlagen	221
3.2.2.1 Aufbau und Funktion des Atemapparates	221
3.2.2.2 Atemmechanik	223
3.2.2.3 Steuerung der Atmung	223
3.2.3 Beobachtung der Atmung	223
3.2.3.1 Der normale Atemvorgang	223
3.2.3.2 Atemtypus	224
3.2.3.3 Fassungsvermögen der Lungen	224
3.2.3.4 Atemfrequenz	225
3.2.3.4.1 Beschleunigte Atmung (<i>Tachypnoe</i>)	225
3.2.3.4.2 Verlangsamte Atmung (<i>Bradypnoe</i>)	225
3.2.3.5 Intensität der Atmung	225
3.2.3.5.1 Hypoventilation	225
3.2.3.5.2 Hyperventilation	225
3.2.3.6 Pathologische Atemformen	226
3.2.3.7 Atemstillstand (<i>Apnoe</i>)	226
3.2.3.8 Nasenflügelatmung	227
3.2.3.9 Erschwerte Atmung (<i>Dyspnoe</i>)	227
3.2.3.10 Atemnebengeräusche	228
3.2.3.11 Schmerzen	228
3.2.3.12 Atemgeruch	228
3.2.4 Pathologische Veränderungen der Atmung	228
3.2.4.1 Obstruktion der Atemwege	229
3.2.4.2 Restriktion der Atemwege	229
3.2.4.3 Depression des Atemzentrums	229
3.2.4.4 Diffusionsstörungen	229
3.2.4.5 Sekretanschoppung	230
3.2.4.6 Aspiration	230
3.2.4.7 Tracheostoma	230
3.2.5 Beobachtung des Hustens	231
3.2.5.1 Physiologischer Abwehrmechanismus	231
3.2.5.2 Trockener Husten	231
3.2.5.3 Produktiver Husten	231
3.2.5.4 Dauer, Häufigkeit und Zeitpunkt	232
3.2.5.5 Hustengeräusche	232
3.2.6 Pflegerische Maßnahmen zur Unterstützung der Atmung sowie zur Atelektasen- und Pneumonieprophylaxe	232
3.2.6.1 Mobilisation	232
3.2.6.2 Lagerungen	233
3.2.6.2.1 Oberkörperhochlagerung	233
3.2.6.2.2 Seitenlage	233
3.2.6.2.3 Halbmondlage	233
3.2.6.2.4 Dehnlage	234
3.2.6.2.5 V-Lagerung	234
3.2.6.2.6 A-Lagerung	234

3.2.6.2.7	I-Lagerung	235
3.2.6.2.8	T-Lagerung	235
3.2.6.2.9	135°-Lagerung	235
3.2.6.2.10	Atemerleichternde Lagerung bei chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen	235
3.2.6.2.11	Drainagelagerung	236
3.2.6.3	Atemübungen	238
3.2.6.3.1	Tiefe Ein- und Ausatmung	238
3.2.6.3.2	Kontaktatmung	238
3.2.6.3.3	Ausatmen gegen Widerstand	238
3.2.6.3.4	Triflo-Atemtrainer	238
3.2.6.3.5	Totraumvergrößerung mittels Giebel-Rohr	239
3.2.6.3.6	Atemstimulierende Einreibung	239
3.2.6.4	Sekretlösung	240
3.2.6.4.1	Inhalationsbehandlung	240
3.2.6.4.2	Einreibungen	242
3.2.6.4.3	Manuelle Sekretlösung	242
3.2.6.4.4	Apparative Sekretlösung	243
3.2.6.4.5	Flüssigkeitszufuhr	243
3.2.6.5	Sekretentleerung	243
3.2.6.5.1	Abhusten von Sekret (<i>Expektoration</i>)	243
3.2.6.5.2	Absaugen von Sekret	244
3.2.6.6	Hilfeleistungen bei Atemnot	245
3.2.6.7	Hilfeleistung bei Husten	246
3.2.6.8	Verabreichung von Sauerstoff	246
3.2.6.9	Unterstützung der Atmung bei chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen	248
3.2.6.10	Umgang mit einem Tracheostoma	249
3.2.6.11	Weitere Maßnahmen	252
3.2.6.11.1	Aspirationsprophylaxe	252
3.2.6.11.2	Sofortmaßnahmen bei Aspiration	253
3.2.6.11.3	Mundpflege	253
3.2.6.11.4	Infektionsprophylaxe	253
3.2.6.11.5	Raucherentwöhnung	253
3.2.7	Pflegeplanung	254
3.2.7.1	Informationssammlung „Pneumonierisiko“	254
3.2.7.2	Pflegestandards zur Pneumonieprophylaxe	257

3.3 Aufrechterhaltung der Herz-Kreislauf-Funktion 260

3.3.1	Bedeutung	260
3.3.1.1	Fragen zur lebensgeschichtlichen Bedeutung	261
3.3.2	Anatomisch-physiologische Grundlagen	261
3.3.2.1	Blutkreislauf	261
3.3.2.2	Steuerung der Herztätigkeit	262
3.3.2.3	Die Strömungsverhältnisse im Gefäßsystem	262
3.3.2.4	Blutgerinnung und Blutstillung	263
3.3.3	Der Puls	263
3.3.3.1	Definition	263
3.3.3.2	Anatomisch-physiologische Grundlagen	264
3.3.3.3	Pulsbeobachtung	264
3.3.3.3.1	Frequenz	264
3.3.3.3.2	Rhythmus	265
3.3.3.3.3	Pulsdefizit	266
3.3.3.3.4	Qualität	266
3.3.3.4	Technik des Pulsfühlers	267

3.3.4	Blutdruck	268
3.3.4.1	Definition	268
3.3.4.2	Anatomisch-physiologische Grundlagen	268
3.3.4.3	Blutdruckbeobachtung	268
3.3.4.3.1	Normalwerte	269
3.3.4.3.2	Erhöhter Blutdruck/Bluthochdruck	269
3.3.4.3.3	Erniedrigter Blutdruck	270
3.3.4.3.4	Veränderungen der Blutdruckamplitude	270
3.3.4.4	Blutdruckmessung	270
3.3.5	Maßnahmen der Wiederbelebung	272
3.3.6	Thromboseprophylaxe	275
3.3.6.1	Pflegerische Maßnahmen der Thromboseprophylaxe	275
3.3.6.1.1	Förderung des venösen Blutrückflusses	276
3.3.6.1.2	Medikamentöse Hemmung der intravasalen Blutgerinnung	280
3.3.6.1.3	Zusätzliche Maßnahmen	280
3.3.6.2	Pflegeplanung	281
3.3.6.2.1	Informationssammlung „Thromboserisiko“	281
3.3.6.2.2	Pflegestandards zur Thromboseprophylaxe	282
3.4	Regulieren der Körpertemperatur	284
3.4.1	Bedeutung	284
3.4.1.1	Fragen zur lebensgeschichtlichen Bedeutung	284
3.4.2	Anatomische und physiologische Grundlagen	285
3.4.2.1	Wärmehaushalt und Temperaturregulierung	285
3.4.2.2	Physiologische Temperaturschwankungen	286
3.4.2.3	Die Schweißsekretion	286
3.4.3	Beobachtung der Körpertemperatur	286
3.4.3.1	Ermittlung der Körpertemperatur	286
3.4.3.2	Veränderungen der Körpertemperatur	287
3.4.3.2.1	Erhöhte Körpertemperatur und Hitzeschäden	287
3.4.3.2.2	Erniedrigte Körpertemperatur	289
3.4.4	Beobachtung der Schweißabsonderung	290
3.4.4.1	Physiologische Beschaffenheit	290
3.4.4.2	Veränderungen der Schweißsekretion	290
3.4.5	Unterstützung der Temperaturregulierung bei Fieber	290
3.4.6	Physikalische Therapie	292
3.4.6.1	Kälteanwendung (<i>Kryotherapie</i>)	292
3.4.6.2	Wärmeanwendung	293
3.4.7	Pflegeplanung	294
3.4.7.1	Informationssammlung „Besonderheiten im Bereich der Temperaturregulierung“	294
3.4.7.2	Pflegestandard – Wadenwickel	295
3.4.7.3	Pflegestandard – Pflege eines Fieberkranken	296
Literaturhinweise	298

4. Sich pflegen	301
4.1 Nähere Bezeichnung	303
4.2 Bedeutung	303
4.2.1 Fragen zur lebensgeschichtlichen Bedeutung	304
4.3 Anatomisch-physiologische Grundlagen	304
4.3.1 Die Haut	304
4.3.2 Drüsen	306
4.3.3 Nägel	306
4.3.4 Haare	307
4.3.5 Zähne	307
4.3.6 Die Schleimhaut	307
4.3.7 Der Bilirubinstoffwechsel	307
4.4 Beobachtung der Haut	308
4.4.1 Hautfarbe	308
4.4.2 Spannungszustand der Haut	311
4.4.3 Hautoberfläche	313
4.4.4 Hauttyp	315
4.5 Beobachtung von Nagelveränderungen	316
4.6 Beobachtung der Haare	316
4.6.1 Haartypen	316
4.6.2 Haarveränderungen	317
4.7 Beobachtung der Zunge	317
4.7.1 Physiologische Beschaffenheit	317
4.7.2 Veränderungen	317
4.8 Beobachtung der Mundschleimhaut	317
4.8.1 Physiologische Beschaffenheit	317
4.8.2 Veränderungen	318
4.9 Beobachtung der Ohrspeicheldrüse	318
4.10 Körperpflege	318
4.10.1 Reinigungsmittel	318
4.10.2 Hautpflegemittel	319
4.10.3 Aspekte der Körperpflege	320
4.10.4 Allgemeine Hinweise zur Durchführung	321
4.10.5 Einschränkungen	321
4.10.6 Besonderheiten	321
4.10.7 Prinzipien	321
4.10.8 Ganzkörperwaschung	323
4.10.8.1 Reinigende Ganzkörperwaschung	323
4.10.8.2 Basal stimulierende Ganzkörperwaschung	324
4.10.8.3 Schweißreduzierende Ganzkörperwaschung	325
4.10.8.4 Fiebersenkende Körperwaschungen	325

4.10.9	Hautpflege	325
4.10.10	Augenpflege	326
4.10.11	Ohrenpflege	327
4.10.12	Nasenpflege	328
4.10.13	Mundpflege	328
4.10.14	Spezielle Mundpflege	331
4.10.15	Therapeutische Mundpflege	333
4.10.16	Die Rasur und Bartpflege	334
4.10.17	Haarpflege	334
4.10.18	Hand- und Fingernagelpflege	335
4.10.19	Fuß- und Zehnagelpflege	335
4.10.20	Intimpflege	336
4.10.21	Baden und Duschen	337
4.11	Pflegeplanung	340
4.11.1	Informationssammlung „Pflegetbedarf bei der Körperpflege“	340
4.11.2	Pflegestandard – Körperpflege	341
4.11.3	Pflegestandards – Mundpflege	343
4.11.4	Pflegestandards – Intimpflege	346
Literaturhinweise	349	
5.	Essen und trinken	351
5.1	Nähere Bezeichnung	353
5.2	Bedeutung	353
5.2.1	Fragen zur lebensgeschichtlichen Bedeutung	355
5.3	Anatomisch-physiologische Grundlagen	355
5.3.1	Nahrungsaufnahme/-verwertung	355
5.3.2	Stoffwechsel	358
5.4	Prinzipien gesunder Ernährung	359
5.4.1	Vitalstoffreiche Vollwertkost	359
5.4.2	Eiweiße (<i>Proteine</i>)	360
5.4.3	Kohlenhydrate (<i>Saccharide</i>)	361
5.4.4	Fette (<i>Lipide</i>)	361
5.4.5	Mineralstoffe und Spurenelemente	361
5.4.6	Wasser (H_2O)	362
5.4.7	Vitamine	362
5.4.8	Sekundäre Pflanzenstoffe	363
5.4.9	Besonderheiten der Ernährung im Alter	365
5.5	Beobachtung des Ernährungszustandes	365
5.5.1	Normaler Ernährungszustand	365
5.5.2	Reduzierter Ernährungszustand	366
5.5.3	Übergewicht und Adipositas	366
5.5.4	Exsikkose/Dehydratation	367

5.6 Beobachtung des Ess- und Ernährungsverhaltens	368
5.6.1 Art der Nahrungsaufnahme	369
5.6.2 Appetit	369
5.6.3 Hunger	369
5.6.4 Heißhunger (<i>Bulimie</i>)	369
5.6.5 Bulimia nervosa	369
5.6.6 Nahrungsverweigerung	370
5.6.7 Durst	370
5.6.8 Ess- und Trinkgewohnheiten	370
5.7 Störungen im Bereich der Nahrungsaufnahme	370
5.7.1 Krankheiten des Verdauungsapparates	370
5.7.2 Körperliche Behinderungen	370
5.7.3 Geistige Behinderungen	370
5.7.4 Seelische Belastungen	371
5.7.5 Erbrechen (<i>Emesis, Vomitus</i>)	371
5.7.6 Sodbrennen	371
5.7.7 Aufstoßen	372
5.7.8 Schmerzen	372
5.7.9 Übelkeit (<i>Nausea</i>)	372
5.7.10 Schluckstörungen	372
5.8 Therapeutisch bedingte Einschränkungen der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme	373
5.8.1 Trinkbeschränkung	373
5.8.2 Diäten	373
5.9 Kostformen	373
5.10 Die Nahrungsaufnahme im Altenheim	374
5.11 Hilfestellung bei Störungen der Nahrungsaufnahme	375
5.11.1 Darreichen der Nahrung	375
5.11.2 Umgang mit Trinkbeschränkungen	376
5.11.3 Künstliche enterale Ernährung	376
5.11.4 Parenterale Ernährung	385
5.11.5 Schlucktraining	385
5.11.6 Übungen für Gesicht, Kiefer und Zunge	386
5.11.7 Ess- und Trinktraining	388
5.11.8 Hilfeleistung beim Erbrechen	390
5.11.9 Ernährungsberatung	390
5.11.10 Unterstützung bei der Flüssigkeitsaufnahme	390
5.12 Pflegeplanung	392
5.12.1 Informationssammlung „Besonderheiten beim Essen und Trinken“	392
5.12.2 Pflegestandards „Ess- und Trinktraining“	393
Literaturhinweise	394

6. Ausscheiden	395
6.1 Nähere Bezeichnung	397
6.2 Bedeutung	397
6.2.1 Fragen zur lebensgeschichtlichen Bedeutung	398
6.3 Anatomisch-physiologische Grundlagen	398
6.3.1 Harnproduktion und Harnausscheidung	398
6.3.2 Kotproduktion und Kottausscheidung	399
6.4 Beobachtung des Urins	400
6.4.1 Urinfarbe	400
6.4.2 Uringeruch	400
6.4.3 Reaktion	400
6.4.4 Bestandteile	401
6.4.5 Spezifisches Gewicht (<i>Dichte</i>)	401
6.5 Beobachtung der Urinausscheidung	401
6.5.1 Urinmenge	401
6.5.2 Häufigkeit und Zeitpunkt der Blasenentleerung	402
6.5.3 Miktionsstörungen	402
6.5.4 Harnstrahl	402
6.6 Urinmessungen	403
6.7 Uringewinnung	404
6.8 Unterstützung bei der Urinausscheidung	404
6.8.1 Steckbecken	404
6.8.2 Urinflasche	404
6.8.3 Erhaltung der Kontinenz	405
6.8.4 Erleichterung der Toilettenbenutzung	407
6.8.5 Katheterismus der Harnblase	407
6.8.6 Suprapubische Blasenpunktion	411
6.8.7 Harnwegsinfektionsprophylaxe bei Menschen mit Blasenverweilkatheter	412
6.9 Beobachtung des Stuhls	414
6.9.1 Beschaffenheit (Konsistenz)	414
6.9.2 Zusammensetzung	415
6.9.3 Farbe	415
6.9.4 Geruch	415
6.9.5 Beimengungen	415
6.9.6 Reaktion	415
6.9.7 Darmgase	415
6.10 Beobachtung der Stuhlausscheidung	416
6.10.1 Menge	416
6.10.2 Häufigkeit und Zeitpunkt	416
6.10.3 Defäkationsstörungen	416
6.10.3.1 Durchfall (<i>Diarrhö</i>)	416

6.10.3.2	Stuhlverstopfung (<i>Obstipation</i>)	416
6.10.3.3	Schmerzen	417
6.10.4	Darmverschluss (<i>Ileus</i>)	417
6.11	Entnahme von Stuhlproben	418
6.12	Unterstützung bei der Stuhlausscheidung	418
6.12.1	Steckbecken	418
6.12.2	Digitale Ausräumung	418
6.12.3	Maßnahmen bei Blähungen	419
6.12.4	Maßnahmen bei Schmerzen	419
6.12.5	Maßnahmen bei Diarrhö	419
6.12.6	Darmeinläufe	420
6.13	Obstipationsprophylaxe	422
6.13.1	Information und Anleitung	422
6.13.2	Ernährung	422
6.13.3	Bewegung	422
6.13.4	Entleerungsgewohnheiten	422
6.13.5	Bauchmassage	423
6.14	Stuhlregulierung bei Obstipation	423
6.15	Pflegeplanung	426
6.15.1	Informationssammlung „Obstipationsrisiko“	426
6.15.2	Pflegestandards – Obstipationsprophylaxe	427
Literaturhinweise		430
7. Sich kleiden		433
7.1 Nähere Bezeichnung		434
7.2 Bedeutung		434
7.2.1	Fragen zur lebensgeschichtlichen Bedeutung	435
7.3 Kleidung		435
7.3.1	Zweckmäßigkeit und gesundheitliche Aspekte	435
7.3.2	Textilfasern	435
7.3.3	„Sich kleiden“ im Alter	436
7.4 Einschränkungen beim An- und Auskleiden		436
7.5 Hilfestellung beim An- und Auskleiden		436
Literaturhinweise		438

8. Ruhen und schlafen	439
8.1 Nähere Bezeichnung	440
8.2 Bedeutung	440
8.2.1 Fragen zur lebensgeschichtlichen Bedeutung	441
8.3 Schlaf	441
8.3.1 Anatomisch-physiologische Grundlagen	441
8.3.1.1 Physiologie des Schlafes	441
8.3.1.2 Schlafphasen	441
8.3.1.3 Schlafbedarf	442
8.3.2 Beobachtung des Schlafes	442
8.3.2.1 Physiologische Veränderungen während des Schlafes	443
8.3.2.2 Erhöhter Ruhe- und Schlafbedarf	443
8.3.2.3 Verminderter Schlafbedarf	444
8.3.2.4 Veränderungen des Schlafes	444
8.3.2.5 Auswirkungen von Schlafstörungen	445
8.4 Ruhen und schlafen in Altenpflegeeinrichtungen	446
8.5 Schlafhygiene	447
8.6 Unterstützung des Ruhens und Schlafens	447
8.6.1 Schaffen günstiger Bedingungen	447
8.6.2 Hilfe bei Schlafstörungen	447
8.7 Nachtdienst	450
Literaturhinweise	453
9. Sich beschäftigen	455
9.1 Nähere Bezeichnung	456
9.2 Bedeutung	456
9.2.1 Fragen zur lebensgeschichtlichen Bedeutung	456
9.3 Möglichkeiten der Beschäftigung	457
9.3.1 Die Arbeit	457
9.3.2 Das Spiel	457
9.3.3 Der Sport	458
9.3.4 Das Hobby	458
9.3.5 Gezielte Entspannung	458
9.4 Wechselwirkung von Beschäftigung und Gesundheit	459
9.4.1 Gesundheit und Freizeitbeschäftigung	459
9.4.2 Gesundheit und Arbeit	459
9.4.2.1 Positive Einflüsse der Arbeit auf die Gesundheit	459
9.4.2.2 Negative Einflüsse der Arbeit auf die Gesundheit	460

9.4.2.3	Der Einfluss des Gesundheitszustandes auf die Arbeitsleistung	461
9.4.2.4	Burn-out-Syndrom	461
9.5	Maßnahmen zur Gesunderhaltung	465
9.5.1	Supervision	465
9.5.2	Arbeitshygiene	466
9.6	Beschäftigung im Alter	467
9.6.1	Allgemeine Beschäftigungsmöglichkeiten	468
9.6.2	Arbeits- und Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	470
9.7	Rehabilitation	470
9.7.1	Krankengymnastik	471
9.7.2	Selbsthilfegruppen	471
9.7.3	Rehabilitationsmittel	472
	Literaturhinweise	474
10.	Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten	475
10.1	Nähere Bezeichnung	476
10.2	Bedeutung und Umfang	476
10.2.1	Fragen zur lebensgeschichtlichen Bedeutung	477
10.3	Anatomisch-physiologische Grundlagen	477
10.3.1	Die weiblichen Geschlechtsorgane	477
10.3.2	Die männlichen Geschlechtsorgane	479
10.3.3	Die Sexualhormone	481
10.3.4	Die sekundären Geschlechtsmerkmale	481
10.4	Das Sexualverhalten	481
10.4.1	Biologische Faktoren	481
10.4.2	Soziokulturelle Faktoren	483
10.4.3	Einfluss der Persönlichkeit	483
10.4.4	Möglichkeiten des sexuellen Verhaltens	484
10.5	Veränderungen im Bereich der äußeren Geschlechtsorgane	484
10.6	Störungen des Sexualverhaltens	485
10.6.1	Sexuelle Funktionsstörungen	485
10.6.2	Sexuelle Andersartigkeit, abweichendes Sexualverhalten	486
10.6.3	Sexualität und körperliche, seelische sowie geistige Störungen	486
10.7	Sexualität in stationären Altenpflegeeinrichtungen	488

10.8 Sexualhygiene	489
10.8.1 Bewusster Umgang mit Sexualität	489
10.8.2 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	490
10.8.3 Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten	492
Literaturhinweise	493
11. Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen	495
11.1 Nähere Bezeichnung	496
11.2 Bedeutung	496
11.2.1 Fragen zur lebensgeschichtlichen Bedeutung	496
11.3 Gestaltung einer sicheren und fördernden Umgebung	497
11.4 Besondere Themen im Zusammenhang mit einer sicheren und fördernden Umgebung	498
11.4.1 Das Pflege-/Krankenbett	498
11.4.1.1 Das Richten des Bettes	500
11.4.2 Sturzprophylaxe	502
11.4.2.1 Risikofaktoren	502
11.4.2.2 Maßnahmen	504
11.4.2.3 Verhalten nach einem Sturz	507
11.4.3 Infektionsprophylaxe	508
11.4.3.1 Hygiene in Einrichtungen der Altenpflege	508
11.4.3.1.1 Hygiene	508
11.4.3.1.2 Bedeutung und rechtliche Grundlagen	508
11.4.3.2 Grundlagen der Mikrobiologie	509
11.4.3.2.1 Bakterien	509
11.4.3.2.2 Pilze	512
11.4.3.2.3 Viren/Subvirale Erreger	514
11.4.3.2.4 Parasiten	516
11.4.3.3 Infektion	516
11.4.3.3.1 Begriffsbestimmungen	516
11.4.3.3.2 Infektionskette	516
11.4.3.3.3 Übertragung von Mikroorganismen/Infektionsweg	517
11.4.3.3.4 Bedingungen für eine Infektion	517
11.4.3.3.5 Infektionen des älteren Menschen	518
11.4.3.4 Nosokomiale Infektionen	519
11.4.3.4.1 Definition und Bedeutung	519
11.4.3.4.2 Ursachen und Folgen	520
11.4.3.4.3 Maßnahmen bei Nachweis von MRSA bzw. ORSA	521
11.4.3.4.4 Verhütung von Infektionen	522
11.4.3.4.5 Infektionsabwehr des Körpers	522
11.4.3.4.5.1 Schutzimpfungen und Serumprophylaxe	523
11.4.3.4.5.2 Persönliche Hygiene	524
11.4.3.4.5.3 Händehygiene	527
11.4.3.4.5.4 Desinfektion	530
11.4.3.4.5.5.1 Definition	530
11.4.3.4.5.5.2 Verfahren der Desinfektion	530
11.4.3.4.5.5.3 Hautdesinfektion und Schleimhautantiseptik	532
11.4.3.4.5.5.4 Instrumentendesinfektion	533
11.4.3.4.5.5.5 Flächendesinfektion	533

11.4.3.5.6	Sterilisation	533
11.4.3.5.7	Umgang mit Sterilgut	534
11.4.3.5.8	Hygienemanagement	535
11.4.3.5.9	Hygienepläne	535
11.4.3.6	Hygiene in der ambulanten Pflege	536
11.4.4	Umweltbelastung und Umweltentlastung in Pflegeeinrichtungen	537
Literaturhinweise		540
12. Soziale Bereiche des Lebens sichern		541
12.1 Nähere Bezeichnung		542
12.2 Fragen zur lebensgeschichtlichen Bedeutung		542
12.3 Bedeutung		543
12.4 Möglichkeiten der pflegerischen Intervention		545
12.5 Besondere Themen im Zusammenhang mit der Sicherung sozialer Lebensbereiche		545
12.5.1	Einrichtungen der Altenhilfe	545
12.5.1.1	Betreutes Wohnen	546
12.5.1.2	Vollstationäre Einrichtungen	546
12.5.1.3	Teilstationäre Einrichtungen	547
12.5.1.4	Sozialstationen und ambulante Pflegedienste	548
12.5.1.5	Unterstützende Angebote	548
12.5.2	Betreuungsrechtliche Aspekte	549
12.6 Gewalt in Pflegebeziehungen		551
12.6.1	Einleitung	551
12.6.2	Gewalt in der Pflege – Ein Tabu	551
12.6.3	Aspekte des Begriffs Gewalt	551
12.6.3.1	Zugang zum Gewaltbegriff	551
12.6.3.2	Erklärungsansätze von Gewalt	552
12.6.3.3	Gewaltformen	553
12.6.3.3.1	Direkte, personale Gewalt	553
12.6.3.3.2	Indirekte, strukturelle Gewalt	554
12.6.3.3.3	Kulturelle Gewalt	554
12.6.3.4	Mehrdeutigkeit von Gewalt in der Pflege	554
12.6.4	Bedingungsfaktoren der Gewaltentstehung	555
12.6.4.1	Faktoren der Gewaltentstehung in Pflegeeinrichtungen	555
12.6.4.2	Faktoren der Gewaltentstehung in der Familie	556
12.6.5	Präventions- und Interventionsansätze	556
12.6.6	Das Problem des Aufdeckens von Gewalthandlungen	558
Literaturhinweise		560

13. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen	563
13.1 Nähere Bezeichnung	565
13.2 Fragen zur lebensgeschichtlichen Bedeutung	565
13.3 Bedeutung von Erfahrungen, die die Existenz gefährden können	566
13.4 Bedeutung von Erfahrungen, die die Existenz stützen können	567
13.5 Erfahrungen, die die Existenz stützen oder gefährden können	568
13.5.1 Pflege und religiöse Bedürfnisse	569
13.5.2 Pflege und kulturelle Bedürfnisse	572
13.5.3 Biografiearbeit	575
13.6 Besondere Lebenssituationen im Zusammenhang mit existenziellen Erfahrungen	578
13.6.1 Stress	578
13.6.1.1 Begriffserläuterungen	578
13.6.1.2 Physiologische Stressreaktion	578
13.6.1.3 Stressoren	580
13.6.1.4 Unterschiedliche Reaktionen auf Stressoren	581
13.6.1.5 Auswirkungen von Disstress	582
13.6.1.6 Geeigneter Umgang mit Stress	582
13.6.2 Behinderung	584
13.6.2.1 Definitionen	584
13.6.2.2 Behinderungsarten	584
13.6.2.3 Auswirkungen	585
13.6.2.4 Umgang mit Behinderungen	586
13.6.2.5 Hilfen für Menschen mit Behinderung	587
13.6.3 Schmerz	587
13.6.3.1 Begriffserläuterungen	587
13.6.3.2 Physiologie des Schmerzes	587
13.6.3.3 Psychosomatische Aspekte	588
13.6.3.4 Bedeutung des Schmerzes	588
13.6.3.5 Situation und Bedürfnisse eines Betroffenen	589
13.6.3.6 Beobachtung	590
13.6.3.6.1 Schmerzarten	590
13.6.3.6.2 Schmerzsyndrome	590
13.6.3.6.3 Qualität des Schmerzes	591
13.6.3.6.4 Intensität des Schmerzes	591
13.6.3.6.5 Dauer des Schmerzes	592
13.6.3.6.6 Reaktionen auf Schmerz	592
13.6.3.7 Erfassen des individuellen Schmerzgeschehens	592
13.6.3.8 Umgang mit Schmerzen	593
13.6.3.8.1 Umgang mit akuten Schmerzen	593
13.6.3.8.2 Bewältigung des chronischen Schmerzes	594
13.6.3.8.3 Nicht medikamentöse Schmerzbeeinflussung	594
13.6.3.8.4 Medikamentöse Schmerzbeeinflussung	596
13.6.3.8.4.1 Nicht opioide Analgetika	596
13.6.3.8.4.2 Opioide	597
13.6.3.9 Hinweise für die Gestaltung einer individuellen Pflegeplanung	600
13.6.4 Bösartiges Tumorleiden	602

13.6.4.1	Die Diagnose „Krebs“	602
13.6.4.2	Zur Situation eines Betroffenen	602
13.6.4.3	Entstehung und Prophylaxe von Krebskrankheiten	603
13.6.4.4	Tumorprävention	606
13.6.4.5	Tumortherapie	607
13.6.4.6	„Palliative Care“	609
13.6.4.7	Probleme und Pflegeschwerpunkte	611
13.6.5	Exemplarische Lebens- und Pflegesituation bei HIV-Infektion und AIDS	620
13.6.5.1	Krankheitsbild	620
13.6.5.2	Prophylaxe	622
13.6.5.3	Zur Situation eines Betroffenen	623
13.6.5.4	Pflege	624
13.6.6	Suizidalität und Suizid	629
13.6.6.1	Suizid – Ein gesellschaftliches Tabu	629
13.6.6.2	Begriffsbestimmungen und Zahlen zur Häufigkeit	629
13.6.6.3	Gefährdete Personengruppen	630
13.6.6.4	Suizidtheorien	630
13.6.6.5	Hinweise auf Suizidgefahr	630
13.6.6.6	Suizidales Handeln	631
13.6.6.7	Krise und Krisenintervention	631
13.6.6.8	Umgang mit einem Menschen nach einem Suizidversuch	632
13.6.6.9	Suizid eines Senioren	632
13.6.6.10	Prävention	633
13.6.7	Sterben und Tod	633
13.6.7.1	Biologische Aspekte	633
13.6.7.2	Begegnung/Auseinandersetzung mit Sterben und Tod	634
13.6.7.3	Der Tod in den Religionen	635
13.6.7.4	Das Sterben als Prozess	635
13.6.7.5	Die Begleitung sterbender Menschen	637
13.6.7.6	Aufgaben nach Todeseintritt	639
13.6.7.7	Trauer und Trauerarbeit	640
13.6.7.8	Hospizarbeit	642
13.6.7.9	Patientenverfügung – Vorsorgevollmacht	643
Literaturhinweise	649	
V. Besondere Lebens- und Pflegesituationen im Zusammenhang mit bestimmten Erkrankungen	653	
1. Exemplarische Lebens- und Pflegesituationen bei Störungen der Atmung	655	
1.1 Chronische Bronchitis	656	
1.1.1	Krankheitsbild	656
1.1.2	Zur Situation eines Betroffenen	656
1.1.3	Therapeutische und pflegerische Maßnahmen	657
1.2 Asthma bronchiale	657	
1.2.1	Krankheitsbild	657
1.2.2	Psychosomatische Aspekte	658
1.2.3	Zur Situation eines Betroffenen	658

1.2.4	Mögliche Probleme des Erkrankten und entsprechende Pflegemaßnahmen	659
1.2.4.1	Der Asthmaanfall	659
1.2.4.2	Krankenbeobachtung	660
1.2.4.3	Die chronisch beeinträchtigte Atemfunktion	660
1.2.4.4	Veränderungen in der Lebensgestaltung	662
1.3	Pneumonie	662
1.3.1	Krankheitsbild	662
1.3.2	Zur Situation eines Betroffenen	663
1.3.3	Mögliche Probleme des Erkrankten und entsprechende Pflegemaßnahmen	664
1.4	Tuberkulose	664
1.4.1	Krankheitsbild	664
1.4.2	Zur Situation eines Betroffenen	665
1.4.3	Pflegebedarf und entsprechende Pflegemaßnahmen	666
1.4.4	Prävention	670
1.5	Bronchialkarzinom	670
1.5.1	Krankheitsbild	670
1.5.2	Zur Situation eines Betroffenen	670
1.5.3	Pflegeschwerpunkte	671
	Literaturhinweise	673
2.	Exemplarische Lebens- und Pflegesituationen bei Erkrankungen der oberen Verdauungsorgane	675
2.1	Refluxösophagitis	677
2.1.1	Krankheitsbild	677
2.1.2	Zur Situation eines Betroffenen	677
2.1.3	Therapie, Pflege und Verhaltenshinweise	677
2.2	Ösophaguskarzinom	678
2.2.1	Krankheitsbild	678
2.2.2	Zur Situation eines Betroffenen	679
2.2.3	Pflege	679
2.3	Gastritis	679
2.3.1	Krankheitsbild	679
2.3.2	Zur Situation magenkranker Menschen	680
2.3.3	Therapie und entsprechende Verhaltensweisen	680
2.4	Ulkuskrankheit	681
2.4.1	Krankheitsbild	681
2.4.2	Zur Situation eines Betroffenen	682
2.4.3	Prinzipien der Ulkusbehandlung	683
2.4.4	Pflegerische Maßnahmen	684

2.5 Magenkarzinom	685
2.5.1 Krankheitsbild	685
2.5.2 Zur Situation eines Betroffenen	685
2.5.3 Pflege	685
2.6 Gallensteinleiden (<i>Cholelithiasis</i>)	686
2.6.1 Krankheitsbild	686
2.6.2 Zur Situation eines Betroffenen	688
2.6.3 Pflegeschwerpunkte	688
2.7 Chronische Pankreatitis	688
2.7.1 Krankheitsbild	688
2.7.2 Zur Situation eines Betroffenen	689
2.7.3 Pflege und Therapie	689
2.8 Diabetes mellitus	689
2.8.1 Krankheitsbild	689
2.8.2 Therapie	695
2.8.2.1 Diätetische Maßnahmen	695
2.8.2.2 Steigerung der körperlichen Aktivität	696
2.8.2.3 Schulung des Diabetikers	697
2.8.2.4 Orale Antidiabetika	697
2.8.2.5 Insulin	698
2.8.3 Therapiekontrolle	702
2.8.4 Lebensführung	703
2.8.5 Zur Situation eines Betroffenen	703
2.8.6 Pflegemaßnahmen	704
2.9 Leberzirrhose (und Leberausfallkoma)	706
2.9.1 Krankheitsbild	706
2.9.2 Zur Situation eines Betroffenen	707
2.9.3 Pflegeschwerpunkte	708
Literaturhinweise	711
3. Exemplarische Lebens- und Pflegesituationen bei Störungen der Ausscheidungsfunktionen	713
3.1 Künstlicher Darmausgang (<i>Kolostoma/Ileostoma</i>)	714
3.1.1 Medizinische Informationen	714
3.1.2 Zur Situation eines Betroffenen	714
3.1.3 Mögliche Problembereiche und Pflegemaßnahmen	715
3.1.4 Soziale Hilfen	721
3.2 Künstlicher Harnleiterausgang (<i>Urostoma</i>)	721
3.2.1 Medizinische Informationen	721
3.2.2 Zur Situation eines Betroffenen	722
3.2.3 Problembereiche und Pflegemaßnahmen	722

3.3 Harninkontinenz	723
3.3.1 Medizinische Informationen	723
3.3.2 Zur Situation eines Betroffenen	724
3.3.3 Pflegemaßnahmen	725
3.4 Stuhlinkontinenz	731
3.4.1 Medizinische Informationen	731
3.4.2 Zur Situation eines Betroffenen	732
3.4.3 Pflegemaßnahmen	732
3.5 Hämorrhoiden	733
3.5.1 Krankheitsbild	733
3.5.2 Zur Situation eines Betroffenen	734
3.5.3 Therapeutische und (selbst-) pflegerische Maßnahmen	734
3.6 Harnwegsinfektionen	734
3.6.1 Krankheitsbild	734
3.6.2 Zur Situation eines Betroffenen	737
3.6.3 Pflegeschwerpunkte	737
3.7 Dialysepflichtige Niereninsuffizienz	739
3.7.1 Dialysebehandlung	739
3.7.2 Zur Situation eines Betroffenen	741
3.7.3 Aspekte der Pflege eines dialysepflichtigen älteren Menschen	743
Literaturhinweise	749
4. Exemplarische Lebens- und Pflegesituationen bei Störungen der Herz-Kreislauf-Funktionen	751
4.1 Herzinsuffizienz	752
4.1.1 Krankheitsbild	752
4.1.2 Zur Situation eines Betroffenen	753
4.1.3 Pflegeschwerpunkte bei Herzinsuffizienz	754
4.1.4 Pflegeplanung	757
4.2 Koronare Herzkrankheit	761
4.2.1 Krankheitsbild	761
4.2.2 Risikofaktoren	761
4.2.3 Zur Situation eines Betroffenen	762
4.2.4 Pflegeschwerpunkte	763
4.3 Angina Pectoris	765
4.3.1 Erscheinungsbild	765
4.3.2 Zur Situation eines Betroffenen	765
4.3.3 Pflegeschwerpunkte	766
4.3.4 Operative Behandlungsmöglichkeiten	767

4.4	Herzinfarkt	768
4.4.1	Krankheitsbild	768
4.4.2	Zur Situation eines Betroffenen	768
4.4.3	Pflegeschwerpunkte	769
4.5	Herzrhythmusstörungen	771
4.5.1	Allgemeine Informationen	771
4.5.2	Herzschrittmachertherapie	771
4.6	Entzündliche Erkrankungen des Herzens	772
4.6.1	Krankheitsbilder	772
4.6.2	Zur Situation eines Betroffenen	773
4.6.3	Pflegeschwerpunkte	773
	Literaturhinweise	775
5.	Exemplarische Lebens- und Pflegesituationen bei Erkrankungen der Gefäße	777
5.1	Varikosis	778
5.1.1	Erscheinungsbild	778
5.1.2	Angemessenes Verhalten bei Varikosis	778
5.1.3	Therapie	779
5.2	Thrombose	779
5.2.1	Krankheitsbilder	779
5.2.2	Zur Situation eines Betroffenen	782
5.2.3	Pflegeschwerpunkte bei Thrombophlebitis	782
5.2.4	Pflegeschwerpunkte während und nach einer Phlebothrombose	782
5.3	Chronisch venöse Insuffizienz	783
5.3.1	Krankheitsbild	783
5.3.2	Zur Situation eines Betroffenen	783
5.3.3	Verhalten bei chronisch venöser Insuffizienz	783
5.3.4	Richtlinien zur Behandlung eines Ulcus cruris venosum	784
5.4	Lungenembolie	784
5.4.1	Krankheitsbild	784
5.4.2	Pflegerische Sofortmaßnahmen	785
5.4.3	Weitere pflegerische Versorgung	785
5.5	Periphere arterielle Verschlusskrankheit	785
5.5.1	Krankheitsbild	785
5.5.2	Zur Situation eines Betroffenen	786
5.5.3	Stadien und prophylaktische/therapeutische Maßnahmen sowie (selbst-)pflegerisches Verhalten	786

5.6 Akuter Arterienverschluss	789
5.6.1 Krankheitsbild	789
5.6.2 Notfallversorgung	789
Literaturhinweise	790
6. Exemplarische Lebens- und Pflegesituationen bei Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems	791
6.1 Anatomisch-physiologische Grundlagen	792
6.1.1 Blut	792
6.1.2 Lymphatisches System	793
6.2 Anämien	794
6.2.1 Krankheitsbilder	794
6.2.1.1 Anämien durch übermäßigen Blutverlust	794
6.2.1.2 Anämien durch verminderte oder ineffektive Erythropoese	794
6.2.1.3 Anämien durch übermäßigen Erythrozytenabbau	795
6.2.2 Symptome und Therapie	796
6.2.3 Zur Situation eines Betroffenen	797
6.2.4 Pflegeschwerpunkte	797
6.3 Leukämien	798
6.3.1 Krankheitsbilder	798
6.3.2 Zur Situation eines Betroffenen	799
6.3.3 Pflegeschwerpunkte	800
6.4 Maligne Lymphome	800
6.4.1 Krankheitsbilder	800
6.4.2 Zur Situation eines Betroffenen	801
6.4.3 Pflegeschwerpunkte	801
6.5 Hämorrhagische Diathese	802
6.5.1 Thrombopathien	802
6.5.2 Thrombopenien	802
6.5.3 Koagulopathien	802
6.5.4 Vasopathien	803
6.5.5 Zur Situation eines Betroffenen	804
6.5.6 Pflegeschwerpunkte	804
Literaturhinweise	805
7. Exemplarische Lebens- und Pflegesituationen bei neurologischen Erkrankungen	807
7.1 Parkinson-Krankheit	808
7.1.1 Krankheitsbild	808
7.1.2 Zur Situation eines Betroffenen	811

7.1.3	Pflegerischer Umgang mit parkinsonkranken Menschen	812
7.1.4	Pflegestandard – Pflege eines Menschen mit Parkinson-Krankheit	813
7.2	Schlaganfall	822
7.2.1	Krankheitsbild	822
7.2.2	Zur Situation eines Betroffenen	825
7.2.3	Pflegeschwerpunkte	826
7.2.3.1	Verhalten im Notfall	826
7.2.3.1	Rehabilitative Pflege	826
7.2.3.3	Seelische Begleitung	837
7.2.3.4	Prophylaktische Pflegemaßnahmen	838
Literaturhinweise		839
8.	Exemplarische Lebens- und Pflegesituationen bei Erkrankungen des Bewegungsapparates	841
8.1	Hüftgelenkersatz	842
8.1.1	Medizinische Informationen	842
8.1.2	Zur Situation eines Betroffenen	842
8.1.3	Nachsorge und Rehabilitation	843
8.1.4	Verhaltenshinweise für Menschen nach Hüftgelenkersatz	843
8.1.5	Hinweise zur Pflege bei Immobilität	844
8.2	Amputation	844
8.2.1	Medizinische Informationen	844
8.2.2	Zur Situation eines Betroffenen	845
8.2.3	Aspekte der Rehabilitation	845
8.2.4	Pflegerische Besonderheiten bei Amputation im Bereich der unteren Extremitäten	846
8.3	Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises	846
8.3.1	Arthrose	847
8.3.1.1	Krankheitsbild	847
8.3.1.2	Zur Situation eines Betroffenen	848
8.3.1.3	Therapie und Selbstpflege/Pflege	848
8.3.2	Chronische Polyarthritits	851
8.3.2.1	Krankheitsbild	851
8.3.2.2	Zur Situation eines Betroffenen	854
8.3.2.3	Pflegeschwerpunkte	855
8.4	Osteoporose	859
8.4.1	Krankheitsbild	859
8.4.2	Zur Situation eines Betroffenen	862
8.4.3	Selbstpflege/Pflege	863
Literaturhinweise		865

9. Exemplarische Lebens- und Pflegesituationen bei Störungen des Bewusstseins	867
9.1 Akute Verwirrtheit	868
9.1.1 Störungsbild	868
9.1.2 Zur Situation eines Betroffenen	869
9.1.3 Pflegeschwerpunkte	869
9.1.4 Prophylaxe	871
9.2 Koma/Wachkoma	871
9.2.1 Einführende Informationen	871
9.2.2 Zur Situation eines Betroffenen	872
9.2.3 Wachkoma/Apallisches Syndrom	873
9.2.3.1 Krankheitsbild	873
9.2.3.2 Schwerpunkte der Pflege in der Akutphase und Rehabilitation	874
9.2.3.3 Soziale Hilfen und Kontaktadressen	875
9.2.4. Besondere Aspekte der Pflege eines Menschen im Koma	876
Literaturhinweise	879
10. Exemplarische Lebens- und Pflegesituationen bei psychischen Störungen und Erkrankungen	881
10.1 Pflege von Senioren mit psychischen Störungen	882
10.1.1 Definitionen	882
10.1.2 Entstehung psychischer Störungen	882
10.1.3 Gründe für eine psychiatrische Behandlung	882
10.1.4 Zur Situation psychisch kranker Menschen	883
10.1.5 Zur Situation der Pflegenden	884
10.1.6 Schwerpunkte der Pflege psychisch gestörter Menschen	884
10.2 Alkoholkrankheit	890
10.2.1 Krankheitsbild	890
10.2.2 Zur Situation eines Betroffenen und der Angehörigen	895
10.2.3 Therapie und Rehabilitation	896
10.2.4 Pflege alkohol- oder medikamentenabhängiger Senioren	897
10.2.5 Prävention	899
10.3 Medikamentenabhängigkeit	900
10.3.1 Krankheitsbild	900
10.3.2 Zur Situation eines Betroffenen	901
10.3.3 Therapie, Pflege und Prävention	902
10.4 Depressionen	902
10.4.1 Krankheitsbild	902
10.4.2 Zur Situation eines Betroffenen	906
10.4.3 Pflege und Betreuung eines depressiven alten Menschen	907
10.4.3.1 Pflegerisch-therapeutische Grundhaltung	907
10.4.3.2 Pflegeschwerpunkte	908

10.5 Demenz	910
10.5.1 Krankheitsbild	910
10.5.2 Probleme und Situation eines Betroffenen	912
10.5.3 Betreuung und Pflege eines dementen Menschen	915
10.5.4 Validation	921
10.5.5 Snoezelen	923
10.5.6 10-Minuten-Aktivierung	927
Literaturhinweise	929
11. Exemplarische Lebens- und Pflegesituationen bei Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	931
11.1 Hysterektomie	932
11.1.1 Der Begriff „Gebärmutter“	932
11.1.2 Indikationen und Operationsmethoden	932
11.1.3 Zur Situation einer Betroffenen	933
11.2 Mammakarzinom	933
11.2.1 Krankheitsbild	933
11.2.2 Zur Situation einer Betroffenen	935
11.2.3 Rehabilitation und Nachsorge	935
Literaturhinweise	938
12. Exemplarische Lebens- und Pflegesituation bei Erkrankung der männlichen Geschlechtsorgane	939
12.1 Benigne Prostatahypertrophie	940
12.1.1 Krankheitsbild	940
12.1.2 Zur Situation eines betroffenen Mannes	941
12.1.3 Rehabilitation nach transurethraler Prostatektomie	941
Literaturhinweise	942
VI. Naturheilkundliche Verfahren	943
1. Natürliche Heilmethoden	944
1.1 Überblick	944
1.2 Naturheilkunde	944
1.3 Phytotherapie	945
1.4 Homöopathie	949

1.5 Traditionelle Chinesische Medizin	951
1.5.1 Akupunktur	952
1.6 Reflexzonen­therapie am Fuß	952
2. Naturheilkundlich orientierte Pflegemaßnahmen	957
2.1 Wickel und Auflagen	957
2.1.1 Einführende Informationen	957
2.1.2 Wirkungen und Nebenwirkungen	957
2.1.3 Anwendung eines Wickels/einer Auflage	958
2.1.4 Feuchtheiße Wickel und Auflagen	959
2.1.5 Zitronenwickel oder -auflage	960
2.1.6 Heublumen-Auflage	961
2.1.7 Trockene oder feuchtwarme Kamillen-Kompresse	962
2.1.8 Kühlende Wickel oder Auflagen	962
2.2 Aromatologie in der Pflege	963
2.2.1 Einführende Informationen	963
2.2.2 Ätherische Öle	964
2.2.3 Pflege mit ätherischen Ölen/Aromapflege	967
2.2.3.1 Selbstpflege	967
2.2.3.2 Anwendung bei Kranken	967
2.3 Sanfte Fußmassage	969
2.3.1 Grundlegende Informationen	969
2.3.2 Selbstmassage	970
2.3.3 Partnermassage	971
2.3.4 Fußmassage zur Selbstpflege	974
2.3.5 Fußmassage in der Pflege	974
Literaturhinweise	976
VII. Mitwirken bei der Therapie	979
1. Wundmanagement	980
1.1 Grundlegende Informationen	980
1.2 Wundversorgung/Wundmanagement	980
1.3 Verbandwechsel	984
2. Arzneimittel	987
2.1 Theoretische Grundlagen	987
2.1.1 Begriffserläuterungen	987
2.1.2 Applikationsarten	987
2.1.3 Arzneiformen	989

2.2 Umgang mit Arzneimitteln	995
2.2.1 Aufbewahren der Arzneimittel	995
2.2.2 Richten der Arzneimittel	995
2.2.3 Verabreichen der Arzneimittel	996
2.2.4 Beobachten des Bewohners	997
2.2.5 Pflegestandard – Sichere orale Verabreichung von Medikamenten	998
2.2.6 Verabreichung von Scheinmedikamenten (Placebo)	998
2.3 Injektionen	999
2.3.1 Einführung	999
2.3.2 Injektionsarten	999
2.3.3 Spritzen und Kanülen	1000
2.3.4 Aufziehen verschiedener Injektionslösungen	1001
2.3.5 Vorbereitung einer Injektion	1001
2.3.6 Durchführungshinweise	1002
2.3.7 Injektionstechniken	1004
2.3.8 Mögliche Komplikationen	1007
2.3.9 Nachbereitung	1008
2.4 Infusionstherapie	1008
2.4.1 Grundlagen	1008
2.4.2 Infusionslösungen	1010
2.4.3 Materialien	1011
2.4.4 Technik der Infusion	1012
2.4.5 Vorbereitung einer Infusion	1013
2.4.6 Anlegen einer Infusion	1014
2.4.7 Komplikationen einer Infusionstherapie	1017
2.4.8 Betreuung eines Senioren mit Infusionstherapie	1018
Literaturhinweise	1021
Anhang	
Glossar	1023
Stichwortverzeichnis	1039

I. Grundlagen professioneller Altenpflege

1. Der Mensch – ein ganzheitliches Wesen	3
2. Das Alter(n)	5
2.1 Begriffserläuterungen	5
2.2 Alter(n) und Entwicklung	6
2.3 Gesellschaft und Altern	7
2.4 Bedeutung des Alters	8
2.5 Besonderheiten im Alter	9
2.5.1 Das Altern als physiologische Entwicklung	9
2.5.2 Bedürfnisse im Alter	10
2.5.3 Probleme im Alter	10
2.6 Krankheit im Alter	12
3. Wohlbefinden, Gesundheit und Krankheit	12
3.1 Naturwissenschaftliche Betrachtungsweise	12
3.2 Ganzheitliche Betrachtungsweise	13
3.3 Weitere Einschätzungen	14
3.4 Erleben von Krankheit	15
3.4.1 Auswirkungen von Krankheit	15
3.4.2 Umgang mit der Krankheit – Krankheitsverarbeitung	15
3.4.2.1 Abwehrmechanismen	15
3.4.2.2 Krankheitsbewältigung (Coping)	16
4. Der Pflegeprozess	17
4.1 Der Problemlösungsprozess	17
4.2 Der Beziehungsprozess	26
4.3 Pflegediagnosen	27
4.4 Wahrnehmung und Beobachtung	29
5. Pflege-theorien und Pflegemodelle	31
5.1 Begriffserläuterungen	32
5.2 Theorie und Praxis	33
5.3 Verschiedene Pflege-theorien	33
5.3.1 Grundregeln der Krankenpflege (Virginia Henderson)	33
5.3.2 Die Elemente der Krankenpflege (Nancy Roper et al.)	33
5.3.3 Die Aktivitäten des täglichen Lebens (Liliane Juchli)	34
5.3.4 Fördernde Prozesspflege (Monika Krohwinkel)	35
5.3.4.1 Schlüsselkonzepte des pflegerischen Paradigmas	36
5.3.4.2 AEDL-Strukturmodell	36
5.3.4.3 Konzeptuelles Rahmenmodell	37
5.3.4.4 Das Pflegeprozessmodell	39
5.3.4.5 Das Managementmodell	39
5.3.5 Altenpflegemodell – Modell der Lebensdimensionen	41
5.3.6 Weitere Pflegemodelle	44
6. Pflegeleitbild	44

7. Qualitätsmanagement	45
7.1 Einführende Informationen	45
7.2 Voraussetzungen für Qualitätsentwicklung und -sicherung	46
7.3 Qualitätsbereiche	47
7.3.1 Qualitätsplanung	47
7.3.2 Qualitätslenkung	51
7.3.3 Qualitätskontrolle	55
7.3.4 Qualitätssicherung	57
7.3.5 Qualitätsprüfung	58
Literaturhinweise	59

I. Grundlagen professioneller Altenpflege

Für die Autorinnen bedeutet Altenpflege die **professionelle Begleitung** und **Unterstützung** von alten Menschen **bei den Aktivitäten des Lebens und im Umgang mit existenziellen Erfahrungen (AEDL)** in Orientierung an einem Menschenbild, welches die **Würde**, die **Autonomie** und das **ganzheitliche Wesen** alter Menschen betont. Subjektiv empfundenes **Wohlbefinden** und **Lebensqualität** sind übergeordnete **Ziele**.

Pflegerisches Handeln wird auf die Erhaltung und Unterstützung einer **selbstbestimmten** und so weit wie möglich **unabhängigen Lebensführung** ausgerichtet. Ein alter Mensch darf auch in pflegeabhängigen Situationen „sein, wie er ist“, „entscheiden, wie er es für richtig hält“, und sein Leben wie gewohnt und entsprechend den persönlichen Bedürfnissen gestalten.

Somit muss **Altenpflege** sich an den **individuellen Fähigkeiten, Wünschen, Bedürfnissen** und **Problemen** orientieren und vorrangig **begleitend, aktivierend** sowie **fördernd** ausgerichtet sein.

Die genannten Aspekte und Grundlagen der Altenpflege werden in den folgenden Abschnitten erläutert.

1. Der Mensch – ein ganzheitliches Wesen

Der **Holismus** ist eine philosophische Denkrichtung, nach der alle Daseinsformen der Welt danach streben, ein Ganzes zu sein. Er bildet die Grundlage für die Betrachtung des Menschen als ganzheitliches Wesen, als ein strukturiertes, nach außen offenes System, dessen Teile in wechselseitiger Beziehung zueinander, zur Gesamtheit und zur Außenwelt stehen.

Die an der ganzheitlichen Betrachtungsweise des Menschen orientierte Pflege (*holistische Pflegeauffassung*, im Folgenden als „*ganzheitlich orientierte Pflege*“ bezeichnet) sieht den Menschen als eine **Körper-Seele-Geist-Einheit**, die in ständiger Wechselbeziehung mit sich und ihrer Umwelt steht. Das menschliche Dasein wird von den Beziehungen zur eigenen Person, zur sozialen Umwelt (Mitmenschen, Gesellschaft), zur natürlichen Umwelt (Wasser, Boden, Luft und Klima), zur künstlichen Umwelt (technische und materielle Produkte) und zum Übersinnlichen (Glaube, Religion, Mythos, Transzendenz) geprägt. Das Ganze ist nicht die Summe, sondern das Zusammenwirken, die Einheit der Teile.

Die einzelnen Elemente des „Systems“ Mensch können lediglich zum Zwecke des besseren Verstehens ihrer Beschaffenheit (und ihres Funktionierens) getrennt voneinander betrachtet werden. Ansonsten sind sie stets als mit dem Ganzen in Wechselbeziehung stehende Elemente der Einheit zu sehen.

Die Einheit von Körper-Seele-Geist und die Einzigartigkeit jedes Menschen finden Ausdruck in den Worten „*Person*“ und „*Persönlichkeit*“.

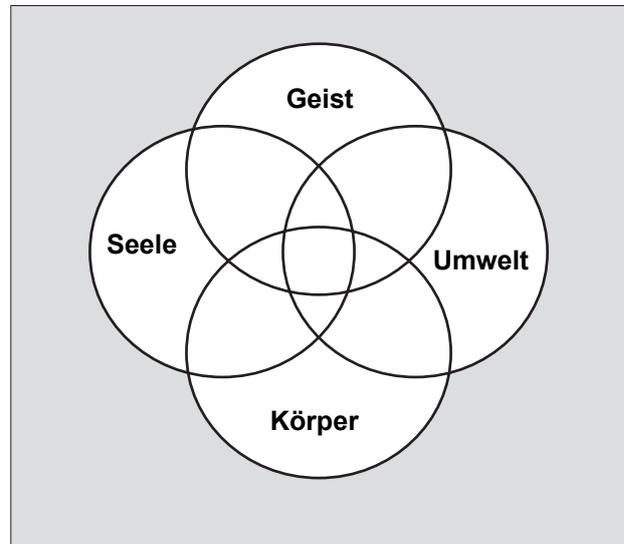


Abbildung 1: Die Ganzheitlichkeit des Menschen

■ Körper

In der Biologie meint das Wort „*Körper*“ den gesamten **Leib** eines Lebewesens. Die Begriffe „*Körper/Leib*“ werden als Synonyme verwendet. Das griechische Wort „*Soma*“ steht ebenfalls für Körper/Leib.

Körperstrukturen und -funktionen sind nur zum Teil bewusst durch den menschlichen Willen beeinflusst- bzw. beherrschbar. Die autonome Arbeitsweise des Organismus wird allerdings unwillkürlich durch Geist, Seele und Umwelt beeinflusst. Selbst durch biologische Abwehrmechanismen, z. B. die physiologische Stressreaktion, werden unwillkürlich seelisch-geistig empfundene Anforderungen mit körperlichen Reaktionen beantwortet (vgl. „*Stress*“, Seite 578).

Wahrnehmen und Erleben des eigenen Körpers beziehen sich sowohl auf die gegebenen Strukturen wie Körperbau und Physiognomie* als auch auf die sich verändernden Strukturen wie Größe, Gewicht oder Hautbeschaffenheit. Das **körperbezogene Interesse eines Menschen verändert sich im Laufe der Jahre**. Zunächst stehen das Wachsen und Reifen im Vordergrund, dann Ästhetik und Leistungsfähigkeit. Im Alter werden zunehmend auch Defizite bedeutsam. Das Ausmaß körperlicher Fähigkeiten, z. B. im Bereich von „*Sich bewegen*“ oder „*Essen und trinken*“, hat entscheidenden Einfluss auf Wohlbefinden, Lebensgefühl und -qualität und somit auf alle Dimensionen des menschlichen Daseins.

Das sensible* Nervensystem vermittelt über die Wahrnehmung der Glieder, Gelenke usw. das Empfinden für die Lage des Körpers und ermöglicht eine Orientierung am eigenen Körper (*Körperschema*). Dieses wird grundlegend gestört, wenn ein Teil des Körpers nicht mehr wahrgenommen wird (bei sensibler Lähmung) oder wenn er amputiert wurde.

Die Wahrnehmung des eigenen Körpers hat Auswirkung auf das gesamte Befinden des Menschen. Umgekehrt wirkt sich das Gesamtbefinden auf das körperliche Befinden aus.

Seelisch-geistiges, soziales und körperliches Erleben beeinflussen sich wechselseitig. So fühlt sich ein glücklicher Mensch z. B. leicht und beschwingt, die Bewegungen gestalten sich entsprechend. Ein an Schmerzen oder an sozialen Konflikten leidender Mensch empfindet Unlustgefühle und Nervosität, zusätzlich sind häufig Konzentrationsfähigkeit und Appetit vermindert.

Körperliche Beschwerden sind Reaktionen auf Einwirkungen auf die innere und äußere Welt des Menschen; andererseits lösen sie Reaktionen sowohl des Betroffenen als auch seiner Umwelt aus.

Körperhaltung und Körpersprache sind bewusst oder unbewusst Ausdruck seelisch-geistiger Empfindungen oder sozialer Aktivitäten (vgl. „Sich bewegen“, Seite 165).

Das individuelle **Körperbewusstsein** prägt die Pflege des Körpers, die nicht nur auf Reinlichkeit, sondern auch auf die Förderung des harmonischen Zusammenspiels der Körperstrukturen ausgerichtet ist. Hierzu dienen z. B. körperliche Ertüchtigung, Atemtraining oder eine der Umgebung angemessene Bekleidung.

Nicht zuletzt stellt der Körper – vor allem durch seine äußere Hülle, die Haut – die stete Verbindung zwischen der Innen- und Außenwelt des Menschen dar.

■ Seele

Das Wort Seele meint die **Gesamtheit beobachtbarer Vorgänge des Erlebens und Empfindens.** (Der griechische Wortteil „*psych(o)*“ wird im Deutschen als Wortteil für „*seelen...*“ eingesetzt, z. B. *psychisch* = *seelisch*.)

Die innere Verarbeitung von Wahrnehmungen ist ein individueller Prozess, der von Vorgängen des Denkens, Fühlens und Erinnerens beeinflusst wird.

Daraus resultierende seelische Vorgänge zeigen sich als **Gefühle, Stimmungen, Antriebe und Affekte.** So erleben wir Freude, Hoffnung, Vertrauen, Liebe, Lust, Anteilnahme, Trauer, Furcht, Unlust, Hass usw. Das seelische Erleben des Einzelnen steht so in enger Wechselbeziehung zu seinen sozialen Beziehungen und seinem körperlichen Befinden.

Das Zulassen und **Ausleben von Gefühlen fördert die Entfaltung** eines Menschen in all seinen Dimensionen. Umgekehrt wirkt sich deren Unterdrückung negativ aus. Seelische Entwicklungsprozesse sind über die gesamte Lebensspanne möglich.

Die emotionalen Aspekte des Seelenlebens werden auch unter dem Begriff „*Gemüt*“ zusammengefasst.

In vielen Religionen gilt die Seele als unsterblich, kann also vom Körper getrennt werden. Sie macht das Wesen des Menschen aus.

■ Geist

In philosophischem Sinn bedeutet Geist **Denken, Vernunft und Bewusstsein;** er stellt die über das Sinnliche und Materielle hinausreichende intelligente Seite des menschlichen Seins dar.

Im Griechischen steht das Wort „*Pneuma*“, im Lateinischen das Wort „*Spiritus*“ für (Lebens-) Geist, beide bedeuten auch „*Hauch, Atem*“.

Geist und Seele sind eng miteinander verbunden, sie beziehen sich beide auf das Erleben und Empfinden. Der Geist übernimmt dabei die objektivere, sachlichere Rolle, wozu seine Elemente als Gesamtheit beitragen. Diese sind Bewusstsein, Wahrnehmung, Unterscheidungsvermögen, Gedächtnis, Verstand, Vernunft, Denkvermögen, Meinungsbildung und Urteilsvermögen. Sie ermöglichen sowohl das **Erfassen des Sinns** und der Bedeutung von dinglichen Gegebenheiten und Ereignissen als auch das Erleben des Übersinnlichen (*Transzendenten*). Die Sensibilität und die Offenheit für Übersinnliches wachsen bei vielen Menschen mit zunehmendem Alter. **Spiritualität** im Sinne des Glaubens an einen Gott oder andere, weder materiell noch intellektuell greifbare, Daseinsformen ermöglicht das Überschreiten von Grenzen der eigenen irdischen Existenz und somit die Entwicklung zu einer höheren Existenz.

Besonders deutlich wird der enge Zusammenhang zwischen Geist und Seele im Bereich des moralischen Urteils und der Wertvorstellungen.

Auch soziale Normen und jedes soziale Miteinander sind sowohl von objektiven materiellen Gegebenheiten und Bedingungen als auch vom subjektiven menschlichen Geist geprägt und beeinflusst.

Ein positiv geprägtes Denken fördert die individuelle Entfaltung.

■ Umwelt

Die Umwelt umfasst die **gesamte Umgebung des Menschen**, den natürlichen und den durch menschliche Einflüsse veränderten Lebensraum.

Die natürliche (*biologische oder ökologische*) Umwelt umfasst die Elemente Wasser, Boden, Luft, Klima, Pflanzen und Tiere.

Der Mensch braucht diese Natur, um existieren zu können. Andererseits verändert er die Natur. Da der **Umgang des Menschen mit der Natur nicht mehr** an ihrer **Ganzheit orientiert** ist und er sie stattdessen in den Dienst der Menschheit stellt, finden sich weitreichende Schäden. Die übermäßige Nutzung natürlicher Ressourcen (Holz, Kohle, Öl, Rohstoffe, Boden, Gewässer) durch Energiewirtschaft, Waldrodungen, übermäßige Anlage von Monokulturen und exzessive Fischerei führt nicht nur zu Wirtschaftswachstum und technischem Fortschritt, sondern auch zur zunehmenden Ausbeutung, Verschmutzung, Schadstoffbelastung und Zerstörung der Natur. Die bereits bestehenden Folgen belasten den Menschen in mehrfacher Hinsicht. Einige Beispiele:

- Schadstoffe in Wasser, Boden und Luft gelangen direkt oder über die Nahrungskette zum Menschen (zurück) und belasten seine Gesundheit;
- die Angst vor Krankheiten und vor dem „Zurückschlagen“ der Natur belastet den Menschen;
- das schlechte Gewissen und das zunehmende Wissen über die ökologische Gefährdung stören das sorgenfreie Konsumverhalten und erzwingen immer öfter ein Reflektieren der persönlichen Verhaltensweisen und Wertvor-

stellungen; daraus resultierende Verhaltensänderungen können zur sozialen Verunsicherung führen, weil vom genormten Gruppenverhalten, das auch den Schutz der Gruppe vermittelt, abgewichen wird;

- Waldsterben, Lärmbelastung, hohes Abfallaufkommen, Geruchsbelästigungen und Massentourismus stören das Erleben und Genießen der Natur und reduzieren ihren Freizeit- und Erholungswert.

Zur natürlichen Umwelt gehören im weiteren Sinne auch die **Mitmenschen**. Auf sie ist der Mensch ebenfalls angewiesen: zum einen, weil er ein soziales, auf Gemeinschaft ausgerichtete Wesen ist; zum anderen aus biologischen Gründen. Schon für die Fortpflanzung sind zwei Menschen notwendig; ein Neugeborenes braucht die Fürsorge Erwachsener, um überleben zu können. Das heranwachsende Kind braucht mehrere Jahre Fürsorge, bis es selbstständig leben kann. Aber auch wenn dies erreicht ist, ist der **Mensch auf soziale Beziehungen** und auf menschliche Nähe **angewiesen**. In besonderen Lebenssituationen, die z. B. durch Alter, Krankheit, Behinderung, Trauer oder Arbeitslosigkeit geprägt sind, kann die körperliche, finanzielle und/oder soziale Abhängigkeit besonders deutlich werden.

Die sozialen Beziehungen der Menschen haben große Bedeutung für Wohlbefinden und Gesundheit des Einzelnen, aber auch für die Gesundheit von gesellschaftlichen Gruppen. Empfinden, Denken, Entscheiden und Handeln des Menschen werden von seinen sozialen Beziehungen beeinflusst, zum Teil sogar gesteuert. Dies gilt ebenso für das Verhalten gegenüber anderen Menschen wie auch für das erwünschte aktive und reaktive Verhalten anderer. Soziale Beziehungen bestehen in verschiedensten Gruppen (z. B. Partnerschaft, Familie, Verwandtschaft, Arbeitskollegium, Sportverein, Wohngemeinschaft, Umweltschutzgruppe, Berufsverband, politische Partei). Einen weiteren Umweltfaktor stellen die **Wohnbedingungen** dar. Sie können Wohlbefinden, Gesundheit, Lebensqualität und Selbstentfaltung sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Eine Wohnung sollte insbesondere so gestaltet sein, dass von ihr keine Gesundheitsgefahren (z. B. durch feuchte Wände, Schimmelpilzbefall) ausgehen, sie Wohlbefinden vermittelt, gewünschte Aktivitäten ermöglicht (z. B. Interessen verfolgen, soziale Kontakte in geschütztem persönlichen Rahmen pflegen) und einen Rückzug der Person zulässt.

Der Einfluss der „**künstlichen**“, von der menschlichen Zivilisation geschaffenen, nicht immer menschengerechten **Umwelt** (Kultur, Technik) prägt das menschliche Dasein in all seinen Dimensionen. Das Ausmaß variiert dabei individuell und epochenweise.

Die **ökonomische (wirtschaftliche) Situation** übt ebenfalls Einfluss auf die Gesamtsituation, das Wohlbefinden und die Lebensqualität aus. Zum Beispiel unterstützt wirtschaftliche Sicherheit das Selbstwertgefühl, die Unabhängigkeit und die Selbstverwirklichung. Finanzielle Not schafft Abhängigkeiten, fordert Verzicht und kann zur Beeinträchtigung von Gesundheit und Selbstbewusstsein führen (siehe „Armut“, Seite 544).

■ Ganzheitlich ausgerichtete Bedürfnisse

Altenpflege orientiert sich an den Grundbedürfnissen des Menschen; diese beziehen sich auf alle Dimensionen des Menschseins und werden in verschiedenen Lebenssituationen unterschiedlich bewertet.

Der Psychologe A. H. MASLOW hat eine **Bedürfnishierarchie** beschrieben, in der höhere und niedrigere Bedürfnisse unterschieden werden. Die **niedrigeren Bedürfnisse** sind mächtiger (stärker) als die höheren Bedürfnisse, denn ihre Befriedigung ist für das bloße Überleben zwingend. Erst wenn dies gesichert ist, werden die **höheren Bedürfnisse** subjektiv stärker empfunden und bewertet. Werden sowohl die niedrigen als auch die höheren Bedürfnisse eines Menschen befriedigt, bewertet dieser die höheren stärker als die niedrigen.

Die **physiologischen Bedürfnisse** (Hunger, Durst, Schlaf, Aktivität, Sexualität, Bewegung u. a.) sind stärker als die **Sicherheitsbedürfnisse** (Sicherheit, Geborgenheit, Schutz, Angstfreiheit, Stabilität, Bedürfnis nach Ordnung, Grenzen, Gesetzen u. a.). Diese sind stärker als die **Liebesbedürfnisse** (Bedürfnis nach Zuneigung, Liebe und Zugehörigkeit), die ihrerseits mächtiger sind als die **Achtungsbedürfnisse** (Bedürfnis nach Wertschätzung der eigenen Person, nach Selbstachtung und Achtung durch andere). Sind alle Bedürfnisse befriedigt, rückt das **Bedürfnis nach Selbstverwirklichung** (Bedürfnis des Individuums, sich selbst zu entfalten, das zu tun, wofür es geeignet ist und Sinn zu erfahren) in den Vordergrund.

Laut MASLOW (1994) führt die Befriedigung höherer Bedürfnisse „zu erwünschten subjektiven Resultaten, d. h. zu tieferem Glück, Gelassenheit und Reichtum des inneren Lebens“. Sie hat „erwünschte bürgerliche und soziale Folgen“; z. B. bezieht das Streben nach Liebe und Achtung zwangsläufig andere Menschen ein.

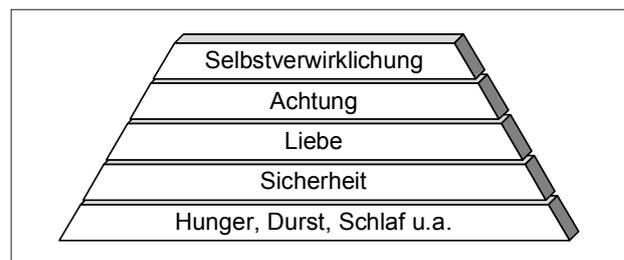


Abbildung 2: Bedürfnishierarchie nach Maslow

2. Das Alter(n)

2.1 Begriffserläuterungen

■ Altern

Das Altern ist ein prozesshafter Vorgang, der die **physiologischen (!)**, psychischen und physischen **Veränderungen der Rückbildungsphase** des menschlichen Organismus **sowie soziale Veränderungen** umfasst. Die persönliche Wahrnehmung des Alterns dagegen findet – bedingt durch verändernde und neue Lebenssituationen, die eine Anpassung

erfordern – eher stufenweise statt. Neue Lebenssituationen entstehen z. B. durch Berentung, Krankheit, Verlust des Partners, Armut oder Umgebungswechsel.

■ Alter

Alter ist ein relativer Begriff; so können das **kalendarische Alter** (*Lebensalter in Jahren*) und das **biologische Alter** weit auseinander liegen. Das biologische Alter, auch als Leistungsalter bezeichnet, wird durch den morphologischen* und funktionellen Entwicklungsstand des Organismus und seiner Teile bestimmt; es bezieht sich auf die körperliche und die seelisch-geistige Verfassung, z. B. auf das Verhalten, die äußere Erscheinung, die Intelligenz oder den Knochenzustand.

Die WHO bezeichnet einen Menschen ab dem 61. Lebensjahr als älteren Menschen. Als „**junges Alter**“ werden die Jahre zwischen dem 60. und 74. Lebensjahr bezeichnet; vom „**höheren Alter**“ spricht man ab dem 75. Lebensjahr.

■ Geriatrie

Die Altersheilkunde (*Geriatrie*) befasst sich mit den Krankheiten des alternden Menschen, deren Vorbeugung und Behandlung.

Die WHO definiert die Altersheilkunde umfassend:

„*Geriatrie ist der Zweig der Medizin, der sich mit der Gesundheit im Alter sowie den präventiven, klinischen, rehabilitativen Aspekten von Krankheiten beim älteren Menschen beschäftigt.*“

■ Gerontologie

Die Altersforschung (*Gerontologie*) befasst sich mit dem Altern des Menschen, dessen Ursachen und Auswirkungen.

■ Geragogik

Ein relativ neues Gebiet der Gerontologie ist die Geragogik. WINGCHEN (1995) definiert Geragogik als jenes Teilgebiet der Gerontologie und Erziehungswissenschaften, das sich in Forschung, Lehre, Theorie und Praxis mit allen Problemen, Lerninhalten und Lernprozessen beschäftigt, die mit dem Altern und dem Alter zusammenhängen. So richtet sie sich

- an alte Menschen (Einräumen von Chancen zur Bildung und Selbstverwirklichung; Vermittlung von Zusammenhängen, die der praktischen Lebensbewältigung dienen; Möglichkeiten des Erfahrungsaustausches zwischen den Generationen; Unterstützung von Selbsthilfe- und Wohngruppen),
- an Kinder (in diesem Lebensalter wird das Bild „des alten Menschen“ entwickelt),
- an Arbeitnehmer vor der Berentung (um eine positive Einstellung für die Zeit nach der Erwerbstätigkeit zu forcieren) und
- an in der Altenarbeit tätige Menschen (um die neuesten Erkenntnisse wissenschaftlicher Forschung zu vermitteln und um eine positive Wahrnehmung des alten Menschen in den Vordergrund zu rücken).

2.2 Alter(n) und Entwicklung

Alter(n) ist eine Lebensphase, Älterwerden ist ein lebenslanger Prozess, kein Zustand.

J. PLÜMPE (2000) führt treffend aus:

„*Die humanistischen Ansätze der Psychologie beschreiben am eindeutigsten, dass das Bild vom Menschen nicht statisch sein kann, sondern einen lebenslänglich andauernden Entwicklungsprozess beschreibt, der sich durch Selbstbestimmung und Selbstverantwortung auszeichnet. Grundthese dieses Ansatzes ist, dass es im menschlichen Organismus eine zentrale Energiequelle gibt, die eine Tendenz zur Selbsterfüllung und Selbstverwirklichung verfolgt. Dabei geht es sowohl um die Erhaltung als auch um die Weiterentwicklung des Organismus.*

Im Kern wird dieser Entwicklungsprozess durch das Individuum selbst bestimmt. Danach verfügt das Individuum über unerhörte Möglichkeiten, um sich selbst zu begreifen, seine Grundeinstellungen und sein selbstgesteuertes Verhalten zu verändern. Als Voraussetzungen zur Entwicklung der Kompetenz sich auf äußeren und inneren Wandel einzustellen sind insbesondere zwei zu nennen:

- *eine freiere, erfülltere, durch ihr eigenes Selbst bestimmte Lebensform*
- *die Selbstachtung und das Selbstkonzept als die wesentlichen Aspekte der persönlichen Entwicklung. Selbstachtung ist die Achtung und Wertschätzung, die eine Person für sich selbst, für ihr Selbst empfindet. In vielen Untersuchungen ergab sich die große Bedeutung der Selbstachtung einer Person für ihr soziales, gefühlsmäßiges und intellektuelles Verhalten.*

Im Sinne dieses Ansatzes verdichten sich die fortlaufenden Erfahrungen mit und über die eigene Person zum ‚Ich‘, zum ‚Selbst‘, zum Konzept oder Schema der eigenen Person, zum Selbstkonzept. Es beinhaltet, wie sich das Individuum in der Vergangenheit mit seinen Eigenschaften und Qualitäten erfahren hat und wie es sich jetzt selbst sieht. Es ist die zusammengefasste, und gleichzeitig änderbare Summe der tausendfachen Erfahrungen eines Menschen mit sich selbst und über sich selbst: Wie er ist, wie er lebt, was er kann und was er nicht kann. Das Selbstkonzept ist kein in sich geschlossenes Phänomen und verfolgt keinen Selbstzweck, sondern hat wiederum eine direkte Rückwirkung auf die Entwicklung der Person.

Folgende Auswirkungen des Selbstkonzeptes werden in der Literatur beschrieben:

- *Das Selbstkonzept wirkt sich deutlich auf das alltägliche Verhalten aus. Das Wissen darum, wie eine Person sich selbst sieht, wie ihr Selbstkonzept ist, ermöglicht es, vieles von ihrem Verhalten eher zu verstehen.*
- *Reize oder Erfahrungen werden als solche wahrgenommen. Das Selbstkonzept einer Person wirkt sich, als ob sie wie durch einen Filter oder ein Gitter alles sieht, hört und wertet, auf ihr Wahrnehmen aus. Das Selbstkonzept einer Person ist gleichsam der Bezugspunkt dafür, welche Bedeutung verschiedene Wahrnehmungen, Empfindungen und Erfahrungen für die eigene Person haben.*

Die Erkenntnisse zur Prozesshaftigkeit des Mensch-Seins fanden erst spät in der wissenschaftlichen Betrachtung des alten Menschen Beachtung. Zunächst stand auch hier die Vorstellung im Vordergrund, das Altern sei ausschließlich durch Abbau und Verfall des Menschen geprägt. Richtig ist aber, dass im Universum ständig sowohl aufbauende und schöpferische als auch destruktive Kräfte am Werk sind. Ohne also die Zerfallstendenz zu ignorieren, müssen wir uns in vollem Umfang dessen bewusst werden, dass in der anorganischen Welt als auch in der organischen Welt die ständig wirksame Tendenz zu immer höherer Ordnung und durch Wechselbeziehungen gekennzeichnete Komplexität zu beobachten ist.“

2.3 Gesellschaft und Altern

Das Alter und der alte Mensch werden in unserer Gesellschaft **unterschiedlich dargestellt, erlebt und „bewertet“**. Die Einstellung zum eigenen Altwerden wird bereits in der Kindheit deutlich beeinflusst.

Werbung und Medien zeigen überwiegend unrealistische, verzerrte Bilder von alten Menschen. Wer sie zum Wertmaßstab macht, wird den Senioren mit überhöhten Erwartungen oder Vorurteilen begegnen. Den meisten Lesern werden sofort einige **überzeichnete Darstellungen** einfallen, z. B.:

- der gütige, Bonbons verschenkende Großvater;
- die (dank eingenommener Stärkungsmittel) vor Vitalität sprühende, beschwingt tanzende ältere Dame;
- die im Schaukelstuhl strickende Großmutter als Symbol der heilen Welt;
- der jung gebliebene und vitale Bergsteiger oder
- die nörgelnde und unzufriedene alte Nachbarin.

Andererseits vermitteln die Medien auch **positive, das Alltagsleben widerspiegelnde Bilder**, z. B. ältere Menschen in ihrer Rolle als:

- erfahrene Politiker/-innen;
- weise Gutachter/-innen;
- engagierte Bürger/-innen;
- lebensstüchtige, das Schicksal meisternde Menschen.

Der **Fortschritt in Technik und Medizin** hat in den industrialisierten Ländern zur **Steigerung der Lebenserwartung** des Menschen geführt.

Nimmt das Verhältnis zwischen der Anzahl der Kinder und der Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter (Fruchtbarkeit) über lange Zeit ab, altert die Bevölkerung unabhängig von anderen Faktoren.

Dieser Prozess, mit dem der Anteil alter Menschen an der Gesamtbevölkerung zunimmt, wird als **demografische Alterung** bezeichnet. Sind mindestens 7 bis 8 % der Einwohner 65 und mehr Jahre alt, so wird die Bevölkerung als alt bezeichnet. Dies trifft z. B. auf Frankreich, Großbritannien, Deutschland und Schweden zu. In der Bundesrepublik Deutschland ist die durchschnittliche **Lebenserwartung** in den letzten Jahren **kontinuierlich gestiegen**; betrug sie um 1900 für Männer noch ca. 35 Jahre und für Frauen ca. 38 Jahre, liegt sie heute bei 74,0

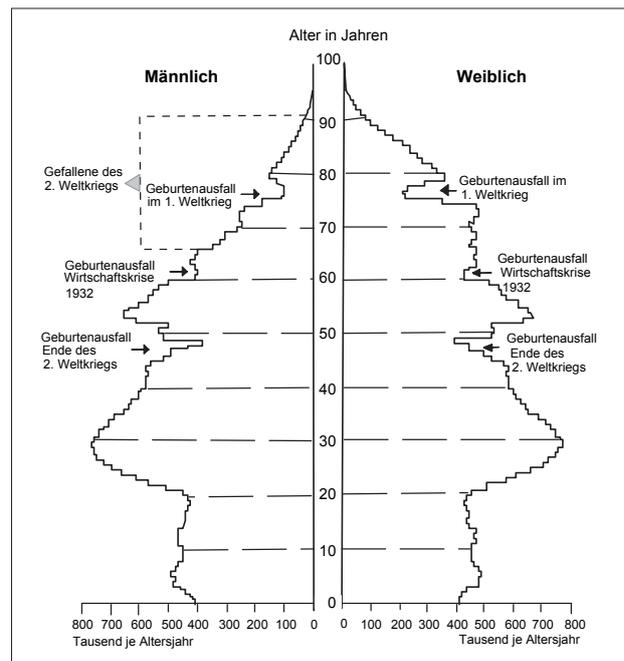


Abbildung 3: **Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands am 31.12.1993 (Quelle: Statist. Bundesamt 1995)**

bzw. 80,3 Jahren. In weniger entwickelten Ländern, so genannten **Entwicklungsländern**, ist die Lebenserwartung der Menschen deutlich geringer.

In Deutschland stellt sich das zunehmende **gesellschaftliche Problem eines überalterten Volkes**: der relativ geringe Anteil jüngerer, erwerbsfähiger Menschen muss den relativ hohen Anteil der alten Menschen im Rentenalter versorgen.

Die **Struktur der Kleinfamilie** bietet häufig ungünstige Bedingungen für ein Altwerden innerhalb der Familie. Die Arbeits- und die Wohnsituation, aber auch Veränderungen im Lebensstil sowie der Generationenkonflikt führen immer öfter dazu, dass erwachsene Kinder und Eltern in getrennten Haushalten leben. Oft erschweren große räumliche Entfernungen häufige Kontakte. Die Integration alter Menschen in das Leben der Nachgeborenen gestaltet sich unter solchen Bedingungen wesentlich schwieriger als in Großfamilien auf dem Lande. Auch die zunehmende Berufstätigkeit der Frau und die schnellen Veränderungen der heutigen Zeit können die Integration eines hilfe- oder pflegebedürftigen alten Menschen in die Familie des Kindes erschweren.

Unter diesen Voraussetzungen müssen **Alternativen für die Versorgung** alter hilfsbedürftiger Menschen angeboten werden (siehe „Einrichtungen der Altenhilfe“, Seite 545). Die bereits bestehenden Möglichkeiten, im Alter in einem Altenheim zu wohnen, bedürfen nicht selten der qualitativen und quantitativen Verbesserung. Eine Unterbesetzung mit fachlich qualifiziertem Personal kann für Altenheimbewohner die Lebensqualität und für Pflegenden die Berufszufriedenheit mindern. Diesbezüglich fehlt es seit langem an gesellschaftlichem Interesse, was für eine niedrige Stellung alter Menschen, die oft als für die Gesellschaft nicht nützlich, sondern eher als hinderlich

und belastend betrachtet werden, spricht. Bei der Betrachtung stehen häufig die Defizite im Vordergrund, heutige Ressourcen und einst geleistete Arbeit, soziales Engagement sowie Lebenserfahrung werden weder ausreichend beachtet noch gewürdigt.

Jeder Mensch sollte sich bewusst machen, dass er selbst einmal zu „den Alten“ gehören wird und dass (die) Bedingungen, die für alte Menschen geschaffen werden, eines Tages auch ihn betreffen werden.

2.4 Bedeutung des Alters

Die **Einschätzung**, ob ein Mensch „alt ist“, ist **sehr subjektiv** und wird stark vom Alter des Betrachters geprägt. So erscheinen z. B. einem 14-Jährigen die 40-Jährigen alt; ein 80-jähriger Mensch schätzt einen 60-jährigen nicht unbedingt als alt ein.

Ältere Menschen dagegen werden von ihrem **Selbstbild** beeinflusst: Wer ein positives Selbstbild hat, schätzt sich im Allgemeinen nicht alt ein; wer ein negatives Selbstbild hat, schätzt sich eher alt ein. Es heißt: „*Man ist so alt, wie man sich fühlt.*“

Es gibt nicht „den alten Menschen“, **das Alter hat viele Gesichter**. Insgesamt bestehen große Unterschiede zwischen älteren Menschen hinsichtlich ihrer körperlichen, seelischen und sozialen Merkmale. Diese sind im biografischen Kontext, d. h. im Zusammenhang mit der bisherigen Entwicklung zu betrachten. Zum Beispiel können mangelnde Entwicklungsmöglichkeiten in früheren Jahren die Entwicklungschancen im Alter – und somit die Auseinandersetzung mit Aufgaben und Belastungen des Alters – beeinträchtigen.

Die **persönliche** und die **gesellschaftliche Einstellung** zum Alter sowie das **persönliche Erleben des Alterns** entscheiden, ob das Altwerden als eine akzeptable Veränderung, ein natürlicher Lebensabschnitt oder als soziales Schicksal betrachtet wird.

Für einen alten Menschen kann das **Alter verschiedene Bedeutungen** haben:

- **Chance**, z. B., wenn das Alter als Herausforderung betrachtet wird, Erfahrungen einzubringen, sich weiter zu entwickeln oder mit Ruhe und Besinnung Rückschau zu halten oder etwas Neues zu beginnen und Beschäftigungen nachzugehen, die Freude bereiten.
- **Entlastung und Entpflichtung**, z. B., wenn der Wegfall von Pflichten als entlastend und positiv, im Sinne von „mehr Zeit haben“ oder die verdiente Ruhe genießen zu dürfen, empfunden wird.
- **Belastung**, z. B., wenn Alter verbunden ist mit dem Gefühl, die eigenen Fähigkeiten verloren zu haben und anderen zur Last zu fallen, oder wenn Alter mit Langeweile und Einsamkeit einhergeht.

Beispiele für die individuelle Bedeutung des Alters:

„*Ich finde das Alter herrlich! Zwar zwickt und zwackt es überall, aber das ist der Preis für die Reife. Heute sehe ich vieles bedeutend gelassener als früher. Ich kann mich über kleine*

Dinge freuen, die ich in den Berufsjahren und während der Kindererziehung nicht einmal gesehen habe. Seit ich alt bin, achte ich auf das Wesentliche. Über was für Kleinigkeiten ich mich früher aufgeregt habe! Wie habe ich mir oft selbst das Leben schwer gemacht! Und wofür das alles?“
(77 Jahre alte Frau)

„*Mein Großvater saß im Lehnstuhl, hat Erbsen ausgepöblt, sich von der Sonne bescheinen lassen und hat seine Ruhe gehabt. Ich bin ein ‚aktiver Alter‘. Kegelklub, Skatbrüder, Volkshochschule, Bildungsreisen, Wanderverein, Gartenarbeit, Enkelkinder. Wenn ich ehrlich bin, will ich eigentlich auch nur meine Ruhe haben. Sage ich das laut, heißt es: ‚Na, du wirst langsam alt ...‘ Ich habe Angst davor, alt und krank zu sein und meinen Angehörigen zur Last zu fallen. Das wäre das Schlimmste am Alter. Lieber will ich morgen tot umfallen – und weg bin ich. Aber dann habe ich in meinem Leben niemals Ruhe und Besinnung gehabt, habe nie Bilanz ziehen können. Ach, ich weiß auch nicht, was ich will ...“*
(72 Jahre alter Mann)

Mit fortschreitendem Alter können sich **Reife** und **Weisheit** (weiter-) entwickeln. Ruhe und **Ausgeglichenheit** sowie neue Wertmaßstäbe und Sichtweisen können dem Leben neue Aspekte und Freuden verleihen. Ebenso kann sich eine **Unabhängigkeit des Geistes** und somit eine innere Freiheit entwickeln.

Tabelle 1: **Die Einstellung zum Alter beeinflussende Faktoren**

Positiver Einfluss	Negativer Einfluss
<ul style="list-style-type: none"> • Achtung und Wahrung der Würde und Autonomie des alten Menschen 	<ul style="list-style-type: none"> • Missachtung der Würde, z. B. durch Unterbinden freier Entscheidungen, Missachtung des Willens, Verletzung der Privat- oder Intimsphäre; Bevormundung, Fremdbestimmung
<ul style="list-style-type: none"> • realistische und insgesamt positive Darstellung des alten Menschen in den Medien 	<ul style="list-style-type: none"> • unrealistische oder überzogene Darstellung des alten Menschen in der Werbung, in Filmen u. a. Darbietungen
<ul style="list-style-type: none"> • Wertschätzung der gewordenen Persönlichkeit, Anerkennung und Annahme der Lebenserfahrung, der Kompetenz und des Wissens 	<ul style="list-style-type: none"> • ausschließliche Wahrnehmung der Defizite, Missachtung oder Ignorieren von Erfahrungen, Wissen und Fähigkeiten des alten Menschen
<ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz und Respekt gegenüber dem alten Menschen 	<ul style="list-style-type: none"> • Respektlosigkeit, Nicht-ernstnehmen der Persönlichkeit
<ul style="list-style-type: none"> • angemessene Förderung im Alltagsgeschehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Über- oder Unterforderung des alten Menschen
<ul style="list-style-type: none"> • Integration in die Familien oder/ und in andere gesellschaftliche Gruppen (Nachbarschaft, Gemeinde, Vereine) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausgrenzung, Nichteinbeziehen in soziale Gruppen, Isolation
<ul style="list-style-type: none"> • Unvoreingenommenheit, Offenheit und der Versuch einer ganzheitlichen Wahrnehmung des alten Menschen 	<ul style="list-style-type: none"> • selektive, negative Wahrnehmung, Vorurteile (z. B.: „Alle alten Menschen sind habgierig, geizig, altmodisch und intolerant“)
<ul style="list-style-type: none"> • Bereitschaft, in jedem Alter und jeder Entwicklungsstufe positive Aspekte zu sehen und zu erleben 	<ul style="list-style-type: none"> • Glorifizierung von Jugend, Schönheit, Reichtum und Leistung

Neue soziale Rollen und Kontakte können positiv oder negativ bewertet und gestaltet werden. Der **Eintritt ins Rentenalter** bedeutet für einige Menschen Befreiung von Verpflichtungen oder Belastungen und Freisein für neue Beschäftigungen; bei anderen wird das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden und wertlos zu sein, hervorgerufen. Das Altern kann, ähnlich wie die Pubertät oder das Klimakterium, eine **Lebenskrise** auslösen. Die Anpassung an die veränderten Lebensbedingungen kann viel Kraft und Lebensmut erfordern. Tragende soziale Beziehungen sind in dieser Lebensphase von besonderer Bedeutung, vor allem wenn sie einem älteren Menschen vermitteln, dass er wichtig und wertvoll ist.

Auch die Reaktionen und das **Verhalten der einzelnen Menschen und der Gesellschaft** beeinflussen die persönliche Situation und das Lebensgefühl eines alten Menschen. Durch die **Fremdbilder** wird das Selbstbild eines Menschen beeinflusst.

Beispielhaft sind in Tabelle 1 (*siehe Seite 8*) einige Einflussfaktoren einander gegenübergestellt.

2.5 Besonderheiten im Alter

Obwohl das Altern einen **individuell sehr unterschiedlich** verlaufenden Prozess darstellt, lassen sich Begebenheiten beobachten, die alterstypisch sind. Es ist aber immer zu berücksichtigen, dass sowohl der Zeitpunkt des Einsetzens als auch das Ausmaß sehr unterschiedlich sein können. Zudem übt die Lebensgeschichte (*Biografie*) des Einzelnen Einfluss auf die Entwicklung im Alter aus und muss, um einem alten Menschen gerecht zu werden, Berücksichtigung finden (*siehe Seite 575*).

2.5.1 Das Altern als physiologische Entwicklung

Das Altern wurde lange Zeit als krankhaftes Geschehen betrachtet; das Alter wurde mit Krankheit gleichgestellt. Erst die Altersforschung der letzten Jahrzehnte hat bewiesen, dass das Altern ein **physiologisches Phänomen** ist. Die Fähigkeit der einzelnen Zellen, die notwendigen Stoffe aufzunehmen, zu verarbeiten und die Stoffwechselendprodukte auszuschleiden, lässt nach. Der **Alterungsprozess** setzt unweigerlich ein; in der Art des Alterns und im Voranschreiten lassen sich zum Teil sehr **große Unterschiede** beobachten.

Faktoren, die den Prozess beschleunigen können:

- genetische Faktoren;
- fehlende oder geringe geistige und körperliche Aktivität während des Wachstums und im Erwachsenenalter; dies gilt selbst dann, wenn der Mangel nur zeitweise bestand;
- Risikofaktoren wie Bewegungsarmut, Überernährung, Alkohol- und Tablettenmissbrauch sowie dauerhaft hohe psychische Belastung;

- schwere Krankheiten und Traumen, vor allem nach dem 60. Lebensjahr; sie können das Altern schlagartig beschleunigen.

Faktoren, die den Prozess hinauszögern können:

- geistige und körperliche Aktivitäten jeglicher Art;
- aktive Teilnahme am und Gestaltung des Alltagsgeschehens;
- gesunde Lebensweise, z. B. vollwertige Ernährung, sinnvoller Umgang mit Stress, Entspannung, ausreichende Ruhe- und Schlafphasen, allenfalls mäßiger Konsum von Alkohol und Nikotin, viel Bewegung;
- Behandlung von Krankheiten, insbesondere, um Spätschäden vorzubeugen (z. B. Einstellung eines Bluthochdrucks oder eines Diabetes mellitus);
- Behebung von Seh- und Hörminderung;
- Integration in Familie und Gesellschaft.

Der Alterungsprozess geht fortschreitend – jedoch individuell unterschiedlich einsetzend und ausgeprägt – mit folgenden Veränderungen einher:

- Verminderung der physischen, psychischen und sozialen Anpassungsfähigkeit;
- Verlangsamung von Handlungs- und Bewegungsabläufen;
- **Veränderung in der Gewebzusammensetzung und funktionelle Rückbildung der Organe:**
 - Altershaut (*siehe Seite 306*),
 - Abnahme von Gewebswasser und Muskelmasse, Ersatz derer durch Fettzellen,
 - Altersweitsichtigkeit (*siehe Seite 132*),
 - Rückgang der Hörfähigkeit,
 - Minderung der Geschmacks- und Tastwahrnehmungen,
 - Verringerung der Vitalkapazität (*siehe Seite 224*),
 - Erhöhung des systolischen Blutdrucks, leichte Abnahme des Herzminutenvolumens,
 - Abnahme der Nierenfunktion und -durchblutung,
 - Elastizitätsverlust an Atmungs-, Kreislauf- und Bewegungsorganen,
 - Abnahme der Magensäure- und Enzymproduktion, Nachlassen der Verdauungsfunktionen,
 - Nachlassen der Immunabwehr,
 - Abnahme der Knochendichte,
 - oft Abnahme der Körpergröße,
 - Anhäufung von Stoffwechselprodukten in den Zellen, die u. a. die Funktion von Nerven- und Muskelzellen erschweren,
 - Verlangsamung des Zellersatzes, dadurch z. B. verzögerte Wundheilung;
- **seelisch-geistige Veränderungen:**
 - Zunahme von Wortschatz und Sprachverständnis sowie von Allgemeinbildung und Spezialwissen,
 - Zunahme von Lebens- und Berufserfahrung,
 - Reifung der Persönlichkeit,
 - Zunahme innerer Unabhängigkeit,
 - Veränderung persönlicher Wertvorstellungen,
 - Erhöhung von Verantwortungsbewusstsein und Zuverlässigkeit,

- Verlangsamung geistiger Abläufe,
- schnelles Ermüden,
- Abnahme der Lebhaftigkeit,
- kleine Gedächtnisstörungen, insbesondere im Bereich des Kurzzeitgedächtnisses.

➔ Das Nachlassen der geistigen Leistungsfähigkeit ist nicht generell vorzufinden und wird durch zahlreiche Faktoren, u. a. durch geistige Übung, Bildung, Gesundheitszustand, Interesse an der Umwelt, beeinflusst.

• **Veränderungen familiärer und gesellschaftlicher Rollen/Aufgaben:**

- Aufgabe langjähriger sozialer Rollen, z. B. die des Erwerbstätigen, die des agilen Sportlers oder die des engagierten Vereinsmitgliedes,
- Verlust sozialer Kontakte, z. B. zu Sportkameraden, Arbeitskollegen und Geschäftspartnern,
- Verlust von Verwandten und Freunden durch Tod,
- Verlust familiärer Aufgaben durch Selbstständigkeit und Familiengründung der Kinder,
- Übernahme neuer Rollen, z. B. der eines Großvaters/einer Großmutter,
- Knüpfen neuer Kontakte, z. B. durch neue Hobbys (Kaninchen züchten, Gärtnern, kreative Tätigkeiten etc.) oder neue Gruppenaktivitäten („Graue Panther“, Seniorentreff, Reisegesellschaften),
- ggf. Einschränkungen der finanziellen Möglichkeiten aufgrund eines geringen Altersruhegeldes, dadurch auch Verlust sozialer Kontakte und Aufgabe bestimmter Gewohnheiten und Hobbys,
- Begegnungen mit ungewohnten Reaktionen aus der Umwelt, die zeigen, dass der Betreffende als alt eingestuft wird (z. B. Anbieten eines Sitzplatzes in öffentlichen Verkehrsmitteln, Nicht-ernst-genommen-Werden),
- geringer bis deutlicher Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben, stattdessen stärkere Konzentration auf die eigene Person.

Viele der genannten Veränderungen können insgesamt die Persönlichkeit des alternden Menschen stark beeinflussen, sodass sich auch Persönlichkeitsveränderungen zeigen können.

Im Alter kommen vorhandene **Grundzüge des Charakters** nicht selten **deutlicher** zum Ausdruck; so kann aus Vorsicht Misstrauen oder aus Sparsamkeit Geiz werden.

2.5.2 Bedürfnisse im Alter

Bedürfnisse, deren Befriedigung im Laufe des bisherigen Lebens zur Gewohnheit geworden ist, bleiben im Allgemeinen auch im Alter bestehen.

Altersbedingt können sich einige Bedürfnisse verschieben oder verloren gehen, z. B. infolge einer Neuorientierung.

Beispiele für Bedürfnisse, die sich im Alter verschieben bzw. neu entwickeln können:

- verringertes Durstgefühl (*siehe „Durst“, Seite 370*);
- Nachlassen des Appetits und des Grundumsatzes, verringerter Kalorienbedarf bei erhöhtem Eiweißbedarf;
- Abnahme des Schlafbedürfnisses (*siehe „Schlafphasen“, Seite 441 und „Schlafbedarf“, Seite 442*);
- höherer Bedarf an Wärmezufuhr infolge verringerter Wärmeproduktion (*siehe „Wärmehaushalt und Temperaturregulation“, Seite 285*);
- Abnahme des Bewegungsdranges (und der nächtlichen Spontanbewegungen);
- verstärktes Sicherheitsbedürfnis in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht, z. B. Angst vor Stürzen und Gebrechen, Angst vor Ausgrenzung und Einsamkeit, vor Armut oder Heimeinweisung;
- Wunsch nach Regelmäßigkeiten (Tagesablauf, Mahlzeiten);
- Erfahren, dass das Alter einen Sinn hat;
- Auseinandersetzung mit dem Alter, dem Sterben und dem Tod;
- Verständnis für Gemütsbewegungen, die durch das Altern und die Auseinandersetzung mit ihm auftreten;
- Pflege- und Hilfsbedürftigkeit.

Andere Bedürfnisse bestehen im Alter weitgehend unverändert fort; hier besteht aber eher als in jüngerem Lebensalter die Gefahr, dass sie nicht oder nicht ausreichend befriedigt werden. **Beispiele:**

- Verlangen nach Respekt, Akzeptanz, Gebrauchtwerten, Zuwendung und Liebe sowie nach Integration in die Gesellschaft;
- Streben nach Möglichkeiten der Selbstverwirklichung, z. B. im Hobby oder in der Familie;
- Bedürfnis nach Selbstständigkeit (altersgerechte Wohnung, z. B. im Parterre), Unabhängigkeit (auch finanzielle) und Selbstbestimmung, insbesondere hinsichtlich der Wahl der Wohnform;
- Wunsch nach Zugehörigkeit und sozialer Nützlichkeit (z. B. Aufgaben innerhalb der Familie haben; Nutzung des persönlichen Wissens und der Erfahrung);
- Bedürfnis, als geschlechtliches Wesen akzeptiert zu werden und sexuell aktiv zu sein (*vgl. „Das Sexualverhalten“, Seite 481*).

2.5.3 Probleme im Alter

Führen altersbedingte Veränderungen zu nennenswerten Einschränkungen, so können sie für einen Betroffenen zum Problem werden. Ein großer Teil dieser möglichen Probleme ist jedoch **kompensierbar** (*siehe nachstehende Beispiele*).

Die dort genannten kompensatorischen Maßnahmen können vom alten Menschen selbst und/oder von Angehörigen, Pflegenden und anderen Kontaktpersonen ausgeführt werden.

Tabelle 2: **Beispiele für mögliche Altersprobleme und entsprechende Kompensationsmöglichkeiten**

Mögliche Probleme	Kompensierende Maßnahmen
Bewegungseinschränkung , Nachlassen der Belastbarkeit, Schwäche, Steifheit der Gelenke und dadurch erhöhtes Risiko, zu stürzen.	<ul style="list-style-type: none"> • Den individuellen Möglichkeiten entsprechende Bewegung, z. B. Wandern, Spaziergehen, Gymnastik, Schwimmen, Radfahren, Tanzen, Hausarbeit, Einkaufen; • Erhalt/Förderung der Selbstständigkeit, z. B. durch Mobilisationshilfen, Haushalts-, Anzieh- und Eshilfen (<i>siehe „Ess- und Trinktraining“, Seite 388</i>); • Sturzprophylaxe (<i>siehe Seite 502</i>);
Verringerter Kalorienbedarf bei erhöhtem Eiweißbedarf (1,2 – 1,3 g/kg Körpergewicht/Tag); relatives Nachlassen der Verdauungsfunktionen ;	<ul style="list-style-type: none"> • Vollwerternährung (<i>siehe Seite 359</i>); • bei herkömmlicher Ernährung: viel frisches Obst, Rohkost, Gemüse, geringe Fettzufuhr, Verzehr natürlicher Fette (Butter, Sahne, kaltgepresste Öle);
Abnahme der Geruchs- und Geschmacksempfindungen (evtl. dadurch erhöhte Salz- und Gewürzzufuhr); Appetitlosigkeit; evtl. Fehlernährung.	<ul style="list-style-type: none"> • Kochsalzzufuhr insgesamt reduzieren (5 – 8 g/Tag), zur Geschmacksanreicherung Kräuter verwenden; • Salz- und Gewürzgehalt überprüfen; • Speisen appetitlich anrichten und dekorieren; • Tischatmosphäre angenehm gestalten; • Gewohnheiten und Wünsche sowie Abneigungen im Speiseplan berücksichtigen, ggf. hinsichtlich gesundheitsfördernder Ernährung informieren; • gewohnte Häufigkeit der Mahlzeiten beibehalten; • Zeit zum Essen nehmen; • nach dem Essen ausreichende Ruhepausen einlegen; • zwischen den Mahlzeiten möglichst aktiv sein;
Verringerter Durstgefühl , das Trinken wird „vergessen“; mögliche Folgen sind Austrocknung der Gewebe, Anreicherung hirntoxischer Substanzen, akute Verwirrtheit, Hypovolämie und Durchblutungsstörung des Gehirns; Obstipationsneigung.	<ul style="list-style-type: none"> • stark wasserhaltige Kost (z. B. frisches Obst, Rohkost, Gemüse) zuführen; • ergänzend ca. 1 – 1,5 Liter Flüssigkeit pro Tag, vorzugsweise Mineralwasser oder Tee, zuführen; • Trinkverhalten beobachten, evtl. „Trinkplan“ führen;
Mangelnde Kaufähigkeit , große Lücken im Gebiss.	<ul style="list-style-type: none"> • Gebiss-Sanierung bzw. Zahnersatz; • übergangsweise weiche Kost anbieten;
Verringerter Schlafbedürfnis , Durchschlafstörungen bei gleichzeitig erhöhtem Ruhebedürfnis, zusätzlich - schnelles Frieren bei körperlicher Ruhe, - nächtliches Wasserlassen.	<ul style="list-style-type: none"> • die natürliche Veränderung akzeptieren; • Ermüdung durch körperliche Aktivitäten fördern; • bei Bedarf Ruhepausen einlegen (Mittagsschlaf und sonstige „Nickerchen“); • Arztkonsultation anregen, wenn der alte Mensch sich tagsüber müde und unausgeglichen fühlt; • wärmende Kleidungsstücke (Jacke, Wollsocken) oder Decken nutzen; • Wärmespender wie Wärmflasche einsetzen; • in den Abendstunden wenig trinken und die Beine hoch lagern;
Flache Atemung (häufig zusätzlich chronische Atemwegserkrankung oder Altersemphysem); evtl. Atemnot, insbesondere durch Anstrengung hervorgerufen.	<ul style="list-style-type: none"> • mehrmals täglich bewusst tief durchatmen und abhusten (<i>vgl. „Pneumieprophylaxe“, Seite 238 und 243</i>); • spezielle Atemübungen, insbesondere bei chronischen Atemwegserkrankungen durchführen (<i>siehe Seite 248</i>); • Atemtraining durch körperliche Betätigung entsprechend der individuellen Belastbarkeit (z. B. Spaziergehen); Beachte: Überanstrengung kann zu Atemnot führen;
Altershaut . Ödeme , insbesondere in den unteren Extremitäten (z. B. bei Herzinsuffizienz, venösen Gefäßleiden).	<ul style="list-style-type: none"> • die Haut sorgfältig beobachten und pflegen, u. a. ausreichend eincremen (<i>siehe auch „Hautpflege“, Seite 325</i>); • den venösen Blutrückfluss durch Hochlagerung der Beine im Sitzen und Liegen sowie durch Bewegungsübungen fördern; evtl. Venen ausstreichen und komprimieren (<i>siehe „Thromboseprophylaxe“, Seite 275</i>);
Altersbedingte Weitsichtigkeit, verringertes Sehvermögen .	<ul style="list-style-type: none"> • Brille oder Vergrößerungsglas nutzen; • große Schriftzeichen (Bücher mit Großdruck); • Uhren mit großen Zifferblättern; • logische und geordnete Raumaufteilung, bestimmte Aufbewahrungsorte für Gegenstände; • Tastsinn nutzen; • bei Erblindung evtl. „Blindenstab“ und weitere Hilfen einsetzen (<i>siehe „Hilfen bei Störungen des Sehens“, Seite 134</i>);
Schwerhörigkeit .	<ul style="list-style-type: none"> • langsam, deutlich und laut sprechen, dabei ggf. auf der Seite des leistungsfähigeren Ohres stehen; • eindeutige Mimik und Gestik, ausgeprägte Lippenbewegungen; • bei Bedarf Hörgerät einsetzen (<i>siehe „Hilfen bei Störungen des Hörens“, Seite 128, und „Umgang mit Hörgeräten“, Seite 130</i>);
Obstipationsneigung , bedingt durch Bewegungsarmut, geringe Flüssigkeitszufuhr und faserstoffarme Kost.	<ul style="list-style-type: none"> • Vollwerternährung; • ausreichende Flüssigkeitszufuhr durch Getränke und stark wasserhaltige Lebensmittel (Obst, Gemüse); • angemessene Bewegung (<i>siehe „Obstipationsprophylaxe“, Seite 422</i>);
Harninkontinenz .	<ul style="list-style-type: none"> • Arztbesuch zwecks Abklärung der Ursache und der Therapiemöglichkeiten; • Kontinenztraining, auch vorbeugend (<i>siehe Seite 726</i>); • Toiletten- und Beckenbodentraining; • Inkontinenzhilfen wie Vorlagen, Kondomurinal benutzen und regelmäßig wechseln (<i>siehe Seite 728</i>);

Mögliche Probleme	Kompensierende Maßnahmen
Langeweile mit Eintritt in das Rentenalter, insbesondere zu beobachten bei Menschen, deren vorrangiger Lebensinhalt die Arbeit war oder die einer fremdbestimmten und wenig kreativen Tätigkeit nachgegangen sind und sich auch in der Freizeit eher passiv, z. B. durch Fernsehen, beschäftigten.	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakte fördern und pflegen, neue Kontakte mit Menschen gleichen Alters knüpfen; • aktive Beschäftigungsmöglichkeiten entsprechend den individuellen Neigungen und Fähigkeiten suchen, ggf. an Hobbys aus der Jugend anknüpfen; Interesse für ein Hobby entwickeln;
Einsamkeit.	<ul style="list-style-type: none"> • vgl. <i>vorstehend Maßnahmen bei Langeweile</i>; • falls die Möglichkeit zur aktiven Kontaktpflege außerhalb des Hauses aus gesundheitlichen Gründen nicht oder nur eingeschränkt möglich ist: Verwandtschafts- und Nachbarschaftskontakte pflegen, Einladungen aussprechen, Telefongespräche führen, sich einer Telefonkette anschließen, Briefe schreiben, Kontakt zu ehrenamtlichen Helfern;
Das Akzeptieren des Alter(n)s, der Abnahme der Leistungsfähigkeit und des nahenden Todes gelingt nicht; Zweifel am Sinn der eigenen Existenz.	<ul style="list-style-type: none"> • Ressourcen bewusst machen und nutzen; • dem alten Menschen vermitteln, dass er geachtet und geschätzt wird; Erfahrung, Reife und ggf. Weisheit würdigen; auch der Betagte soll sich dieser Werte bewusst werden und sie aktiv einbringen; • Selbstverantwortung und Selbstständigkeit fördern; • ermutigen, aktiv am Alltagsleben teilzunehmen und Interesse für die Gegenwart zu zeigen; • (neue) Aufgaben oder kreative Tätigkeiten für den alternden Menschen suchen (zeitweilige Kinderbetreuung, aktive Vereinsmitgliedschaft, Gartenpflege, Kaninchenzucht, Handarbeiten u. Ä. (<i>siehe „Sich beschäftigen“</i>)); • Frage nach dem Sinn des Alter(n)s/Lebens/Sterbens zulassen und in Gesprächen erörtern; den Senioren ermutigen, alles, was ihn bewegt, auszudrücken; Teilnahme an Gesprächskreisen empfehlen;
Verringerte Merkfähigkeit , Lücken im Kurzzeitgedächtnis, Vergesslichkeit, geistige Zerstreuung.	<ul style="list-style-type: none"> • ggf. schriftlichen Plan für Routinehandlungen des täglichen Lebens aufstellen; • Merkzettel, Notizheft, Kalender nutzen; • geistige Fähigkeiten trainieren: Lesen, Gespräche führen, Hobbys pflegen, Tagesgeschehen mittels Zeitungen und Nachrichten verfolgen, „Gehirnjogging“ (<i>siehe „Geistige Fähigkeiten trainieren“, Seite 89</i>).

2.6 Krankheit im Alter

Im Alter nimmt die Erkrankungshäufigkeit insgesamt zu.

Folgende Krankheiten treten gehäuft auf:

- Bluthochdruck (*Hypertonie*), Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit
- Schlaganfall (*Apoplexie*)
- bösartige Tumorerkrankungen
- Diabetes mellitus (überwiegend Typ II)
- Depressionen
- rheumatologische und degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates, vor allem Hüft- und Kniegelenksarthrose, Osteoporose
- chronische Bronchitis, Pneumonie, Altersemphysem
- Eisenmangelanämie
- Schilddrüsenunterfunktion (*Hypothyreose*)
- Infektionen
- Demenz.

Weiter kann es, vor allem in höherem Lebensalter, vorübergehend oder dauerhaft zu folgenden **Störungen** kommen:

- Schlafstörungen
- Ess- und Trinkstörungen
- Verwirrtheit
- Inkontinenz
- Gangstörungen
- wiederholte Stürze (Fallneigung).

Beim alten Menschen verlaufen die Krankheiten häufig **weniger stürmisch** als beim jungen Menschen, Entzündungen laufen vielfach **latent** ab. So kann z. B. eine

beginnende Pneumonie übersehen werden, wenn sie lediglich geringe Symptome und Beschwerden verursacht. Der Krankheitsverlauf ist dagegen **häufiger chronisch** als im jungen Erwachsenenalter. Im Alter treten meist mehrere Krankheiten gleichzeitig auf (*Multimorbidität*), wodurch sowohl die Anpassung als auch die Behandlung erschwert werden. Schnell kann ein kranker alter Mensch bisherige Fähigkeiten verlieren und immobil werden. Bei **Immobilität** drohen Sekundärerkrankungen und ein weiterer Verlust der Alltagskompetenzen, die letztendlich zu bleibender Unselbstständigkeit und evtl. auch zu einer Heimeinweisung führen können.

Um dieses Risiko so gering wie möglich zu halten, muss die Pflege aktivierend und rehabilitierend sowie autonomieerhaltend gestaltet werden.

3. Wohlbefinden, Gesundheit und Krankheit

Wohlbefinden, Gesundheit und Krankheit sind Begriffe, mit denen man versucht, **Zustände, Fähigkeiten, Lebensvorgänge** und das **Befinden** von Lebewesen zu **erfassen** und zu **bewerten**. Sie sind nicht eindeutig und nicht einheitlich definiert.

3.1 Naturwissenschaftliche Betrachtungsweise

In unserer Kultur wurde und wird Gesundheit überwiegend aus naturwissenschaftlich-medizinischer Sicht betrachtet: Die **Abwesenheit von Schmerzen und anderen**

Krankheitssymptomen wird als **Gesundheit** verstanden. Die geistige, seelische und soziale Dimension des Menschen wird weitgehend ausgeklammert. Gesundheit und Krankheit werden allein im Bereich der Leistungs- und Funktionsfähigkeit des Körpers gesehen. **Krankheiten** gelten als eine Störung, Veränderung oder Beeinträchtigung der Abläufe im physischen Organismus. Der Mensch wird im Prinzip als „Maschine“ angesehen, an der schadhafte Teile repariert oder ausgetauscht werden können, ohne dass man den lebensgeschichtlichen Sinn einer Krankheit, die psychischen und die sozialen Aspekte ihrer Entstehung berücksichtigen müsste.

3.2 Ganzheitliche Betrachtungsweise

Wird der Mensch dagegen als ein ganzheitliches, in Beziehung zu sich, zur Natur und zu den Mitmenschen stehendes Lebewesen erkannt, so müssen die Begriffe Gesundheit und Krankheit diese Dimensionen des menschlichen Daseins einschließen. Ihre Betrachtung darf sich somit nicht ausschließlich auf das innere Befinden und auf das körperliche Funktionieren des Menschen beziehen, sondern muss **auch die Beziehungen zu seiner sozialen und zu seiner ökologischen Umwelt berücksichtigen**. Die angesprochenen Dimensionen des Menschseins – die **biologische**, die **seelisch-geistige** und die **soziale Ebene** – sind **miteinander verzahnt** und beeinflussen sich wechselseitig.

Zur Verdeutlichung einige Beispiele:

- Selbstvertrauen, Selbstachtung und Wohlbefinden resultieren aus dem Gefühl, den im Beruf, in der Familie und im Freundeskreis gestellten Anforderungen zu entsprechen, d. h., sie mit eigenen Kräften aktiv bewältigen und – entsprechend den eigenen Werte und Zielvorstellungen – mitgestalten zu können.
- Aus Störungen befriedigender Beziehungen und Interaktionen mit der Umwelt resultieren häufig Störungen des Befindens und auch Krankheiten. Besonders deutlich wird dies, wenn jemand einsam ist oder unter Arbeitsbedingungen leidet, die den menschlichen Bedürfnissen nicht entsprechen.
- Seelisch-geistige Belastungen und Störungen werden häufig somatisiert, d. h., der Körper drückt z. B. über Kopfschmerzen stellvertretend die Sorgen, Ängste oder die ungelösten Probleme aus.
- Körperliche Symptome und körperliches Leiden wiederum „rechtfertigen“ die Hilfsbedürftigkeit des Erkrankten. Ihm wird – ohne dabei an Unfähigkeit oder an Versagen zu denken – Schonung, Anteilnahme und Zuwendung zuerkannt. Der Kranke akzeptiert – viel eher als bei einem seelischen Leiden – sein Unwohlsein und gönnt sich Ruhe und Pflege.

In unserer Gesellschaft lernen viele Menschen schon in der frühen Kindheit, auf psychosoziale Belastungen vorwiegend körperlich zu reagieren. Die **Tendenz des Somatisierens** ist umso größer, je weniger die entwickelte Fähigkeit und die Bereitschaft, seelisch zu erleben und zu verarbeiten, ausgeprägt sind.

Krankheit kann im Leben eines Menschen Sinn und Bedeutung haben, sofern sie in subjektiv sinnvollem und erfahrbarem Zusammenhang zur individuellen Lebensgeschichte steht und nur daraus ihre Entstehung „ganz“ zu begreifen ist. So können körperliche Symptome (z. B. Bluthochdruck) zum Hinterfragen der vorliegenden Risikofaktoren (z. B. Übergewicht) und der persönlichen Verhaltensweisen (z. B.: „*Warum esse ich zu viel und zu einseitig?*“) veranlassen. Wenn der Mensch bereit ist, die Ganzheitlichkeit seines Wesens zu akzeptieren, erkennt er vielleicht den ursächlichen Zusammenhang und hat die Chance, das zugrunde liegende Problem anzugehen.

Beispiel: „*Ich esse immer dann zu viel, wenn ich mich trösten möchte, z. B. bei Enttäuschung oder bei Konflikten. Schon als Kind habe ich alles in mich hineingestopft, wenn ich enttäuscht war, weil sich niemand um mich gekümmert hat. In Partnerschaften gerate ich in Konflikte: Ich möchte jeden Freund gleich „einverleiben“, „auffressen“, obwohl ich weiß, dass unter diesen Bedingungen keine Freundschaft wachsen kann. Ich möchte versuchen, in einer Partnerschaft Freiräume zu gewähren und die Eigenständigkeit beider Persönlichkeiten zu akzeptieren.*“

In den **WHO-Definitionen von Gesundheit und Krankheit** werden die verschiedenen Dimensionen des menschlichen Daseins in den Vordergrund gerückt:

„*Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.*“

„*Krankheit ist ein Zustand körperlicher, geistiger und sozialer Unangepasstheit und des mangelnden oder fehlenden Wohlbefindens.*“

Der Mensch wird als Einheit von Körper-Seele-Geist gesehen, deren Befindlichkeit von sozialen Bedingungen und zwischenmenschlichen Erfahrungen wesentlich beeinflusst wird. Gesundheit und Krankheit werden im Zusammenhang mit gesellschaftlich unterschiedlichen Entwicklungs-, Arbeits- und Lebensbedingungen gesehen. Gesund ist der Mensch, wenn es keine Störungen gibt

- in seinen biologischen Funktionen (z. B. Nahrungsaufnahme/-verwertung, Temperaturregulation, Beweglichkeit);
- in seinem Lebenslauf, seiner Biografie (geprägt z. B. durch Elternhaus, Schule, Ausbildung, Partnerschaft);
- in seiner persönlichen Umwelt (z. B. Familie, Freundeskreis, Wohnung, politische Ereignisse u. Ä.);
- in seiner gesellschaftlichen Umwelt (z. B. Arbeitsplatz, Vereine, berufs-/parteilpolitische Organisationen);
- in seinem persönlichen Erleben (z. B. Gedanken, Gefühle; im Umgang mit Problemen).

Die **WHO definiert Gesundheit positiv** – nicht als Fehlen von Krankheit, sondern **als körperliches und psychosoziales Wohlbefinden**; diese Definition ist zu befürworten. Gleichzeitig sollte sie jedoch eher als anzustrebende *Zielvorstellung*, die alle Ebenen des menschlichen Daseins umfasst, angesehen werden.

Auf der breiten Skala menschlicher Befindlichkeiten stellen **Gesundsein**/Wohlbefinden und **Kranksein**/Leiden **Extrempunkte** dar. Zwischen diesen Polen gibt es einen großen Übergangsbereich. Kein Mensch ist (über längere Zeitphasen) vollkommen gesund oder vollständig krank. Meist hat jeder gesunde und kranke Anteile; die Übergänge zwischen gesunder und kranker Befindlichkeit, zwischen Wohlbefinden und Leiden (Unbehagen) sind fließend.

Jeder Mensch ist so gesund bzw. krank, wie er in der Lage ist, seine körperlichen, geistigen, seelischen sowie sozialen Möglichkeiten und Kräfte zu entfalten und sich so den wechselnden Lebensbedingungen adäquat anzupassen und seine Probleme zu bewältigen.

Folgende Aussagen aus dem psychosozialen Bereich können zu einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit und Krankheit beitragen. **Gesundheit umfasst die**

- Fähigkeit, Zufriedenheit zu erleben;
- Fähigkeit, sinnliche Lust zu erleben, zu genießen, sich körperlich-seelisch hinzugeben;
- Fähigkeit, intensive Gefühle zu erleben: Schmerz, Traurigkeit, Ohnmacht, Wut, Verzweiflung, Freude, Sehnsucht, Hoffnung, Liebe;
- Fähigkeit, Bindungen einzugehen (bzw. sich zu trennen), Verantwortungsgefühl zu entwickeln, mit anderen Menschen zusammenzuarbeiten;
- Fähigkeit, sich auf Neues, Unbekanntes einzulassen, Risiken einzugehen, zu experimentieren;
- Fähigkeit zur realistischen Selbstwahrnehmung;
- Fähigkeit zur realistischen, kritischen Wahrnehmung der gesellschaftlichen Wirklichkeit;
- Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit sich selbst und der eigenen Lebensgeschichte (soziales, historisches Bewusstsein; sich der eigenen Vergänglichkeit bewusst sein);
- Fähigkeit zur Anpassung an gesellschaftliche Anforderungen und
- Fähigkeit zur Nicht-Anpassung.

Bei der ganzheitlich orientierten Betrachtungsweise ist zu beachten, dass biologische Körperfunktionen nicht immer von seelisch-geistigen und sozialen Faktoren beeinflusst werden.

Selbst psychische Erkrankungen können überwiegend körperlich (*organisch*) oder genetisch (*endogen*) bedingt sein. Bis heute ist nicht für jede psychiatrische Krankheit geklärt, ob die Ursache mehr in organischen oder mehr in psychosozialen Begebenheiten zu finden ist. Unabhängig von der Antwort wird deutlich, dass auch hier der Mensch in seiner Ganzheit betroffen ist, d. h., die Auswirkungen und das Erleben der psychischen Störung beziehen sich auf die körperliche, die geistige und die soziale Dimension des Menschen; diese beeinflussen sich wechselseitig.

Eine ganzheitliche Betrachtung von Wohlbefinden, Gesundheit und Krankheit ist Grundlage der Naturheilkunde (siehe „Naturheilkundliche Verfahren“, Seite 943).

3.3 Weitere Einschätzungen

Zur Anregung der Auseinandersetzung mit der Bedeutung von „**Gesundheit – Krankheit**“ werden im Folgenden weitere Einschätzungen bzw. Definitionen aufgeführt:

<p>„Im engeren Sinn kann Gesundheit verstanden werden als das subjektive Empfinden des Fehlens körperlicher, geistiger und seelischer Störungen bzw. Veränderungen.“ (Psyhyrembel)</p>
<p>„Im engeren Sinn kann Krankheit verstanden werden als das Vorhandensein von subjektiv empfundenen und/oder objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen und/oder seelischen Veränderungen bzw. Störungen.“ (Psyhyrembel)</p>
<p>„Krankheiten sind Störungen im Ablauf der Lebensvorgänge, die mit einer Herabsetzung der Leistungsfähigkeit einhergehen und meist mit wahrnehmbaren Veränderungen des Körpers verbunden sind.“ (K. Dörner, U. Plog)</p>
<p>„Krankheit ist ein natürliches Phänomen. Alle Lebensvorgänge sind Anpassungen. Gesundheit und Krankheit sind Anpassungsmechanismen in Bezug auf Veränderungen.“ (G. L. Engel)</p>
<p>„Gesundheit ist die Kraft, mit der Realität zu leben.“ (Sr. L. Juchli)</p>
<p>„Gesundheit ist die Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können.“ (S. Freud)</p>
<p>„Krankheit und Gesundheit werden als Gegensätze empfunden. Sie sind es nicht, sind es ebenso wenig wie etwa Wärme und Kälte ..., weil zwischen gesund und krank keine sichere Grenze besteht.“ (G. Groddeck)</p>
<p>„Gesund sein heißt, fähig sein, verlernen, umlernen, erlernen zu können, um - mit Lebens- und Verhaltensschwierigkeiten fertig zu werden, - mitmenschliche und soziale Beziehungen aufzubauen, - Eigenverantwortung zu übernehmen.“ (J. Foudraïne)</p>
<p>„Gesundheit ist derjenige Körper- und Geisteszustand, der dem Menschen die Ausübung aller körperlichen und geistigen Funktionen ermöglicht. Krankheit ist jeder regelwidrige Körper- und Geisteszustand, der von der Norm abweicht, die durch das Leitbild des gesunden Menschen geprägt ist. Der Krankheitsbegriff umfasst u. U. auch Regelwidrigkeiten, die noch keine Funktionsstörungen bewirken, sondern solche erst in Zukunft erwarten lassen.“ (Bundessozialgericht)</p>

<p>„Das Wesen des Krankseins ist eine Not und äußert sich als Bitte um Hilfe.“</p> <p style="text-align: right;">(V. von Weizsäcker)</p>
<p>„Krankheit ist weder Grausamkeit noch Strafe, sondern einzig und allein ein Korrektiv; ein Werkzeug, dessen sich unsere eigene Seele bedient, um uns auf unsere Fehler hinzuweisen, um uns von größeren Irrtümern zurückzuhalten, um uns daran zu hindern, mehr Schaden anzurichten – und uns auf den Weg der Wahrheit und des Lichts zurückzubringen, von dem wir nie hätten abkommen sollen.“</p> <p style="text-align: right;">(Dr. E. Bach)</p>
<p>„Wenn wir uns aber vor Augen halten, dass tatsächlich die wahre Ursache der Krankheit in unserer eigenen Persönlichkeit und damit in unserer Kontrolle liegt, dann dürfen wir ohne Angst und Furcht leben in dem Wissen, dass wir das Heilmittel in uns haben.“</p> <p style="text-align: right;">(Dr. E. Bach)</p>
<p>„Krankheiten als solche gibt es nicht, wir kennen nur kranke Menschen.“</p> <p style="text-align: right;">(L. von Krehl)</p>
<p>„Der Mensch ist dann gesund, wenn sein Körper, sein Geist und seine Seele miteinander im Einklang sind. Bilden diese drei eine harmonische Einheit, ist der Mensch „heil“ und gesund. Disharmonie von Körper, Geist und Seele bedeutet Krankheit.“</p> <p style="text-align: right;">(Yoga-Lehrer)</p>

3.4 Erleben von Krankheit

Krankheit kann **individuell unterschiedlich** erlebt werden. Auch die Art und Schwere der Erkrankung sowie die sozialen Begebenheiten (soziale Bindungen und materielle Sicherheit) beeinflussen das jeweilige Krankheitserleben.

Kranksein kann z. B. erlebt werden als:

- Unwohlsein, Unbehagen, körperliche Schwäche;
- Einschränkung der Leistungsfähigkeit;
- Versagen, Labilität, mangelhafte Belastbarkeit;
- schmerzbeherrschtes Erleben, Leid;
- Verlust von Attraktivität;
- reduzierte Lebensqualität;
- Beunruhigung, Bedrohung, Angst (Angst vor der Zukunft, vor Schmerzen, vor dem Tod);
- Isolierung, Ausschluss von sozialen Kontakten/vom gesellschaftlichen Leben;
- Lebenskrise;
- Prüfung, Aufgabe;
- Strafe (gerechte oder ungerechte);
- (gottgewolltes) Schicksal;
- Verlust bestimmter sozialer Rollen, evtl. verbunden mit Übernahme anderer Rollen;
- Zustand, der besondere Zuwendung, Rücksichtnahme und Beachtung mit sich bringt;

- Befreiung von Verpflichtungen;
- Hinweis auf ein zu lösendes Lebensproblem, als Chance, seine Lebensführung positiv (gesundheitsfördernd) zu verändern;
- als Chance und Weg, die persönlichen Werte neu zu ordnen.

3.4.1 Auswirkungen von Krankheit

Die Auswirkungen von Krankheit, insbesondere im Zusammenhang mit einer stationären Aufnahme eines Menschen in ein Krankenhaus, werden individuell unterschiedlich empfunden. Meist kommt es – vorübergehend – zu **Rollenverlusten** einerseits und zur Übernahme neuer Rollen andererseits. Die neue **Rolle als Kranker** ist mit Anpassung und Unterordnung unterschiedlichen Ausmaßes belegt. Nicht selten bedingt die Krankheit zusätzlich **Abhängigkeit**, Hilflosigkeit, **Unsicherheit** und **Passivität**. Die aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben kann eingeschränkt werden; krankheitsbezogenes Interesse und Rücksichtnahme der Mitmenschen lassen nicht selten schnell nach.

Während des Krankseins werden die Gefühle und Stimmungen durch **Gedanken und Sorgen**, die sich auf die Krankheit beziehen, geprägt. Die **Angst** vor der Diagnose, vor dem Verlust bestimmter Fähigkeiten, vor der Zukunft, vor ärztlichen Eingriffen oder vor dem Tod kann das gesamte Erleben beherrschen. Trotzdem kann ein Betroffener seine Erkrankung zunehmend akzeptieren und bereit sein, sich – entsprechend seinen Kräften – aktiv mit ihr auseinander zu setzen.

3.4.2 Umgang mit der Krankheit – Krankheitsverarbeitung

Der Umgang mit einer Erkrankung ist bei jedem Menschen durch für ihn typische **Anpassungs- und Bewältigungsmuster** sowie durch **Abwehrmechanismen** gekennzeichnet. Beide sind kaum strikt voneinander zu trennen, da bewusste Aktivitäten, die der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung dienen, durch unbewusste Abwehrmechanismen beeinflusst werden.

Beispiel: Ein Mensch, der sich sehr viele Gedanken über seine Krankheit, mögliche Gefahren und Folgen macht, kann sich so bewusst mit seiner Situation auseinander setzen; gleichzeitig kann seine auffällige Art im Umgang mit der Krankheit auch ein unbewusster Versuch sein, sich Ängste, Ohnmacht und andere bedrohliche Gefühle vom Leib und vom Bewusstsein fernzuhalten („*Intellektualisierung*“, siehe nachfolgend).

3.4.2.1 Abwehrmechanismen

Der Begriff Abwehrmechanismus stammt aus der Psychoanalyse und meint eine **Auseinandersetzung mit einer für den Menschen beängstigenden, bedrohlichen, konflikthafter inneren oder äußeren Wirklichkeit**, die von **unbewussten seelischen Vorgängen mitbestimmt** wird.

Abwehrmechanismen sind Mittel des ICH, die in Konfliktsituationen eingesetzt werden, um das psychische Gleichgewicht und die Handlungsfähigkeit zu bewahren. Dabei werden unangenehme, schmerzliche und vor allem ängstigende Eindrücke, Vorstellungen und Gefühle vom Bewusstsein ferngehalten.

Die Psychoanalyse unterscheidet die folgenden Abwehrmechanismen:

Identifizierung

Aus dem Wunsch heraus, so zu sein oder so zu werden wie ein anderer Mensch, verändert man sich in den Aspekten, in denen man sich dem Vorbild anzugleichen wünscht. Dazu gehört auch, die Werte und Einstellungen des anderen zu übernehmen und seine Empfindungs-/Verhaltensweisen nachzuahmen.

Beispiel: Die Lebenseinstellung und -weise eines als gesund und vital geschätzten Menschen wird nachgeahmt, z. B. eine besondere Ernährungsweise.

Projektion

Eigenschaften, Wünsche und Bestrebungen, die man in sich selbst ablehnt und verkennt, werden anderen zugeschrieben.

Beispiel: Der Alkoholabhängige reagiert auf andere, ebenfalls abhängige Menschen mit auffälliger Ablehnung und Feindseligkeit; andererseits unterstellt er anderen Personen, dass sie ablehnend und feindselig auf ihn reagieren.

Regression

Der Mensch zeigt einen Rückschritt, er kehrt auf lebensgeschichtlich frühere Entwicklungsstufen zurück, d. h., es treten für die Kindheit typische Haltungen, Gemütszustände und Verhaltensweisen auf.

Beispiel: Der Kranke gibt sich bei der Nahrungsaufnahme hilfsbedürftig, obwohl er die körperlichen Fähigkeiten besitzt, sie selbstständig auszuführen.

Reaktionsbildung

Wünsche und Impulse werden abgewehrt durch Verhaltensweisen, in denen eine der verdrängten Tendenz entgegengesetzte Bedeutung zum Ausdruck kommt.

Beispiel: Der Kranke zeigt sich tapfer und stark, obwohl ihm nach Anlehnung, Fallenlassen und Weinen zumute ist.

Intellektualisierung

Die eigenen Gefühle und die emotionalen Konflikte werden ganz rational geäußert, um sie auf Distanz zu halten und so zu meistern.

Beispiel: siehe vorstehend „Umgang mit der Krankheit“.

Rationalisierung

Der Mensch versucht, Gedanken und Gefühlen bzw. einer Handlung, deren wirkliche Motive und Hintergründe nicht erkannt werden, eine vernünftig klingende, logisch einwandfrei bzw. moralisch akzeptable Erklärung/Rechtfertigung zu geben.

Beispiel: Ein Mensch mit künstlichem Darmausgang äußert gegenüber seinem Lebenspartner, dass er das Stoma abstoßend und für eine andere Person unzumutbar emp-

findet; gleichzeitig entzieht er sich damit der Aufnahme intimer Kontakte.

Verleugnung

Die Verleugnung richtet sich gegen die bewusste Wahrnehmung einer bedrohlichen inneren oder äußeren Wirklichkeit bzw. ihrer möglichen oder tatsächlichen Folgen. Man handelt (teilweise) so, als ob eine tatsächliche Gefahrensituation nicht bestünde.

Beispiel: Ein an schweren Durchblutungsstörungen leidender Mensch verleugnet die auftretenden Schmerzen und behält seine Rauchgewohnheiten trotz Information über den Zusammenhang von Durchblutungsstörungen und inhalativem Rauchen bei.

Verschiebung

Wut und Aggression werden an anderen, meist schwächeren und/oder untergeordneten Menschen ausgelassen, oder Gefühle, die durch die Krankheit ausgelöst werden, werden auf andere Ereignisse „verschoben“.

Beispiel: Die einzigen Äußerungen eines Mannes, der soeben einen Herzinfarkt überlebt hat, gegenüber seiner Frau beziehen sich auf die Pflege des häuslichen Schwimmbades. Der dabei vorherrschende dringliche und sorgenvolle Ton ist eigentlich Ausdruck seiner Todesangst.

3.4.2.2 Krankheitsbewältigung (Coping)

Der Begriff „Krankheitsbewältigung“ meint die **Fähigkeit, eine Krankheit zu verarbeiten** (Coping).

HEIM und WILLI (1986) definieren **Coping** als das Bemühen, bereits bestehende oder erwartete Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch (*emotional/kognitiv*) oder durch zielgerichtetes Handeln aufzufangen, auszugleichen, zu meistern oder zu verarbeiten. Ziel der Krankheitsbewältigung ist die optimale Einstellung des erkrankten Menschen auf die durch seine Krankheit neu entstandene Situation.

Dazu stehen individuell verschiedene Bewältigungstechniken/-mechanismen und Strategien zur Verfügung. Ihnen ist gemeinsam, dass sie **eher eine Form des Akzeptierens**, der aktiven Auseinandersetzung sind, während die Abwehrmechanismen eher ein Zurückweisen, ein Sich-Entziehen von einer als bedrohlich empfundenen Wirklichkeit darstellen.

Trotz der gewünschten Krankheitsbewältigung sind innerhalb dieses Prozesses der Auseinandersetzung, Verarbeitung und Bewältigung oft auch Abwehrmechanismen notwendig. So kann z. B. kein Mensch der Wahrheit, unheilbar krank zu sein, ständig ins Auge sehen. Wenn er die Auseinandersetzung und dieses Bewusstsein nicht mehr verkraften kann, benötigt er zu seinem Schutz Abwehrmechanismen. Er kann dieses „Mittel“ selbst dosieren und bestimmen, wann und in welchem Umfang er Bedrohliches an sich heranlässt. So finden Krankheitsbewältigung und Abwehrmechanismen nicht selten gleichzeitig, also nebeneinander, Berechtigung und Einsatz.

Jeder Mensch hat, wie bereits erwähnt, für ihn typische Muster oder Strategien der Bewältigung. Es können

verschiedene Verarbeitungs- und Bewältigungsweisen beobachtet werden. Sie können sowohl nacheinander als auch gleichzeitig auftreten.

Kognitive Verarbeitungsweisen

Zu diesen Verarbeitungsweisen zählt die **Minimalisierung der Bedrohung** durch Bagatellisieren oder Verleugnen der Krankheit. Andererseits kann die kognitive Verarbeitung auch durch übertriebene Eigenbeobachtung und durch maximale Aufmerksamkeit für die Bedrohung geprägt sein. Als weitere kognitive Verarbeitungsweisen sind die verschiedenen **Erklärungsversuche**, die Menschen für eine Krankheit unternehmen, einzustufen. Beispiele hierfür sind Vorwürfe gegen sich selbst oder andere; der Versuch, der Krankheit einen Sinn zuzumessen (Chance, die persönlichen Werte neu zu ordnen) oder Informationen über die Krankheit zu sammeln, um jede Möglichkeit der Kooperation nutzen zu können.

Affektive Verarbeitungsweisen

Affektive Verarbeitungsweisen **umfassen** das ganze Spektrum von **Stimmungen, Affekten und Gemütsbewegungen** wie Angst und Trauer. Diese können sich in „pathologischen“ Reaktionen, z. B. in einem psychischen oder auch physischen Zusammenbruch äußern.

Verhaltensmäßige Verarbeitung

Die verhaltensmäßige Auseinandersetzung mit der Krankheit findet statt über:

- Angriff (*trotz der Krankheit vorhandene Leistungsfähigkeit bzw. Aktivität zeigen*);
- Kapitulation (*Rückzug, von allem nichts mehr wissen wollen*);
- Flucht (*Ablenken durch intensive Arbeit oder andere Unternehmungen*);
- Akzeptanz (*Annahme des Schicksals*) oder
- Relativieren (*Herunterspielen der Krankheitsbedeutung, auch im Vergleich mit anderen Leiden*).

4. Der Pflegeprozess

Als Pflegeprozess wird die **Methode geplanter und strukturierter Pflege** bezeichnet; er ist ein wichtiges Instrument der Qualitätsplanung (siehe „Qualitätssicherung – Qualitätsplanung“, Seite 47). Auf inhaltlicher Ebene befasst er sich mit den **menschlichen Fähigkeiten und mit den Bedürfnissen**, die durch pflegerische Maßnahmen erfüllt werden können, sowie mit der Lösung von Problemen (bzw. mit der Vermeidung wahrscheinlicher Probleme) im Zusammenhang mit den Aktivitäten des Lebens und dem Umgang mit existenziellen Erfahrungen.

Dabei entwickelt sich zwischen dem Pflegebedürftigen und dem Pflegenden eine **Beziehung**, die in erster Linie auf ein **gemeinsames Ziel** hin ausgerichtet ist. Dieses ist das größtmögliche Wohlbefinden und Unabhängigkeit im Rahmen der individuellen Möglichkeiten eines alten Menschen.

Der Pflegeprozess hat einen **Problemlösungs- und einen Beziehungsaspekt**, denn Pflegesituationen sind immer komplexe Situationen. Beide Aspekte werden im Folgenden nacheinander besprochen.

4.1 Der Problemlösungsprozess

Die Methode der **Pflegeplanung** bietet einen **strukturellen Rahmen** für die professionelle Pflege; sie beschreibt die logisch aufeinander folgenden Schritte eines Problemlösungsprozesses.

Der **Problemlösungsprozess** entstammt der Entscheidungstheorie der Wirtschaftswissenschaft; es liegen folgende Schritte zugrunde:

- Bestandsaufnahme (Ist-Zustand),
- Problembestimmung (Vergleich mit Soll-Zustand),
- Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten,
- Entscheidung,
- Handlung,
- erneute Bestandsaufnahme.

Ergibt die erneute Bestandsaufnahme, dass das Problem gelöst wurde, ist der Problemlösungsprozess beendet, ansonsten wird ein neuer Versuch der Problemlösung durchgeführt. Dabei wird die Methode beibehalten, während die Inhalte (die Lösungsmöglichkeiten) verändert werden können.

Diese Art der Problemlösung findet sich im **Pflegeprozess** wieder. Die WHO hat 1976 folgendes Modell veröffentlicht:

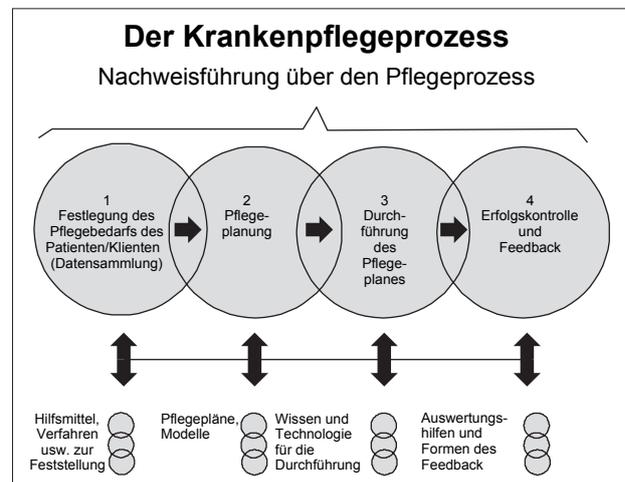


Abbildung 4: Der Krankenpflegeprozess nach dem Modell der WHO

FIECHTER und MEIER haben in ihrem 1981 veröffentlichten Modell die einzelnen Schritte differenzierter aufgeführt:

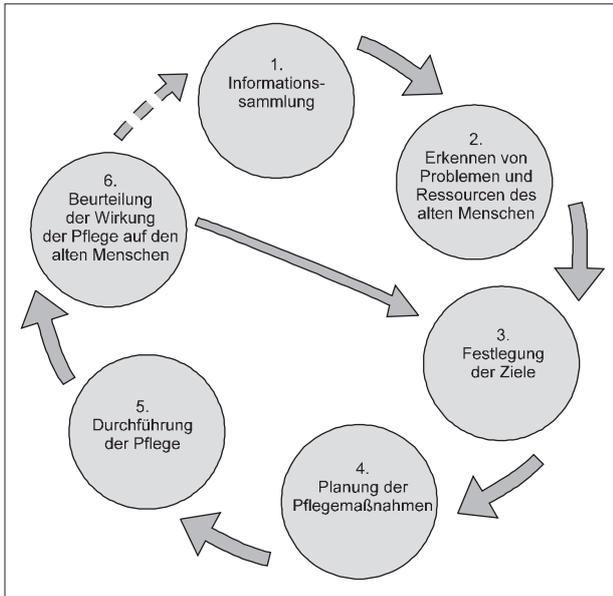


Abbildung 5: Pflegeprozess nach Fiechter und Meier

Der Problemlösungsprozess lässt sich in einzelne **Schritte, die im Sinne eines Regelkreises logisch aufeinander folgen**, gliedern:

- Informationssammlung (*Datensammlung, Erhebung der Pflegeanamnese, Assessment*);
- Feststellung des Pflegebedarfs (*Beschreibung der Ressourcen und Probleme; Erstellen einer Pflegediagnose, siehe Seite 27*);
- Aufstellung von Pflegezielen (*Beschreibung des Soll-Zustandes*);
- Planung des pflegerischen Vorgehens (*Erstellung eines Pflegemaßnahmenplans*);
- Durchführung der Pflege;
- Erfolgskontrolle und Feedback (*Evaluation*).

In länger andauernden Pflegesituationen wird der Pflegeprozess durch weitere Informationen sowie durch sich verändernde oder neue Fähigkeiten, Bedürfnisse und Probleme beeinflusst, die eine **Neuanpassung** erfordern. Dies ist ebenfalls erforderlich, wenn die gesetzten Ziele nicht erreicht werden.

Alle Schritte der Problemlösung werden dokumentiert. Dazu haben sich **Pflegedokumentationssysteme** durchgesetzt, die verschiedene **Formblätter zur umfassenden Dokumentation** enthalten (*siehe „Qualitätsmanagement – Pflegedokumentation“, Seite 47*).

Die Informationen über den alten Menschen werden auf einem Formblatt, bezeichnet z. B. als „Stammblatt“, „Pflegeanamnese“ oder als „Aufnahmeprotokoll“, festgehalten

(siehe Abb. 6 und Abb. 226 „Holistisches Biografieblatt“, Seite 577). Für die Planung der Pflege werden überwiegend Formblätter mit folgenden Rubriken angeboten:

- Ressourcen, Probleme, Pflegediagnose;
- Pflegeziele;
- Pflegemaßnahmen;
- Auswertung (Erfolgskontrolle, Evaluation) (*siehe Seite 25, Abb. 7*).

Ein weiteres Formblatt dient der Berichterstattung, dem Pflegebericht.

Zusätzliche Formblätter können die Pflegedokumentation ergänzen, z. B. „Bilanzierungsblatt“, „Inkontinenzversorgung“, „Wunddokumentation“.

Somit liefert die **Pflegedokumentation** ein kontinuierlich geführtes Verlaufsprotokoll über:

- die Ressourcen und die Pflegebedürftigkeit;
- die Pflegediagnosen;
- die geplanten Pflegeziele und -maßnahmen;
- die Durchführung und Wirkung der Pflegemaßnahmen;
- die Beobachtung des Befindens und des körperlichen Zustands;
- die Durchführung und das Ergebnis objektiver Messungen;
- die Reaktionen, Äußerungen;
- die Gespräche mit pflegerisch bedeutsamem Inhalt.

Des Weiteren ermöglicht die Pflegedokumentation eine – vom Pflegepersonal vorgenommene – **Überprüfung und Auswertung der Pflege (Evaluation)**. Pflegetätigkeiten werden nachvollziehbar und beweisbar, auch im juristischen Sinne.

■ Hinweise zur formellen Gestaltung des Pflegeprozesses

● Informationssammlung

Die Informationssammlung (*Datensammlung, Aufnahmeprotokoll, Pflegeanamnese*) dient:

- dem Erfassen der individuellen Gewohnheiten, Bedürfnisse, Interessen und Wünsche;
- dem Erkennen der individuellen Ressourcen (*Fähigkeiten, innere Kräfte, tragende soziale Beziehungen, siehe auch Seite 81*);
- dem Ermitteln der sozialen Situation;
- der Einschätzung des individuellen Erlebens von und des Umgangs mit existenziellen Erfahrungen des Lebens, z. B. im Zusammenhang mit Alter, Pflegebedürftigkeit, Umzug in ein Altenheim, Krankheit, Behinderung;
- dem Erfassen der Erwartungen des alten Menschen an das Pflegepersonal und an das Leben im Altenheim;
- der Ermittlung der individuellen und der alters-/krankheitsbedingten Pflegebedürftigkeit.

Für eine umfassende Informationssammlung sind verschiedene **Quellen** zu nutzen:

- die Aussagen des alten Menschen;
- die Aussagen der Bezugspersonen und/oder der zuvor an der Pflege beteiligten Pflegepersonen (Altenpfleger/-in, Krankenschwester/-pfleger);
- die pflegerischen Beobachtungen (bezüglich des Aussehens, Verhaltens, der Befindlichkeit und des körperlichen Zustands des Senioren);
- die Aufnahmeformulare (Name, Alter, Wohnort, Familienstand, Konfession, Angehörige; Pflege-/Krankenkasse);
- das Erstgespräch und weitere Gespräche mit dem Senioren;
- die objektiv ermittelten Daten (Größe, Gewicht, Vitalwerte);
- die ärztliche Diagnose und Verordnungen, sofern sie pflegerelevant sind;
- vorherige Pflegeberichte;
- Verlegungsberichte anderer Pflegeeinheiten (*siehe „Pflegeüberleitung“, Seite 96*).

Die Informationssammlung beginnt bei der Übernahme der Pflege durch eine ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtung und wird über den gesamten Zeitraum der Betreuung weitergeführt. Es ist innerhalb des jeweiligen Pflegeteams zu regeln, ob die später ermittelten Daten zusätzlich oder ausschließlich im Pflegebericht dokumentiert werden. Eine **fortlaufende Informationssammlung** sollte Angaben zur Lebensgeschichte des alten Menschen einbeziehen (*siehe „Biografisch orientierte Pflegeanamnese“, Seite 576*).

Zur **Erfassung eines speziellen Pflegebedarfs** können entsprechende Formulare (z. B. Dekubitusrisikoerkennung-Braden-Skala, *siehe Seite 192*) oder **strukturierte Listen** Hilfe leisten. In diesem Buch sind solche Listen exemplarisch aufgeführt, z. B. „Informationssammlung Thromboserisiko“ (*siehe Seite 281*). Sie stellen die möglichen Risikofaktoren im Überblick dar und erleichtern die Ermittlung des Pflegebedarfs.

● Das Erstgespräch

Dem Erstgespräch zwischen einem alten Menschen und der Pflegeperson kommt **große Bedeutung** zu. Es sollte in ruhiger Atmosphäre geführt werden; wenn dies im Rahmen der Aufnahmesituation nicht möglich ist, kann ein späterer Termin vereinbart werden.

Während des Erstgesprächs entstehen Eindrücke und Gefühle, die den weiteren Verlauf des Miteinanders beeinflussen. Neben der **Aufnahme einer zwischenmenschlichen Beziehung** dient das Erstgespräch der **Informationssammlung**.

Dabei **bekommt** auch der **alte Mensch Informationen**. Er soll seine neuen Bezugspersonen und ggf. seine neue Umgebung kennen lernen und bereits hierdurch **Unsicherheiten und Ängste abbauen**. Die Vermittlung von Informationen an den Senioren und die umfassende Sammlung von Informationen über ihn lassen sich zum Teil sinnvoll miteinander verbinden und verhindern so

den Eindruck des Ausfragens. So kann die Pflegeperson, nachdem sie sich, die Mitarbeiter und einige Mitbewohner vorgestellt hat, den stationären Tagesablauf beschreiben. Spricht sie über die Weckzeiten, kann sie sich bezüglich der Schlafgewohnheiten/-störungen erkundigen. Die Informationen bezüglich der Essenszeiten und des Menüwahlsystems können zwanglos mit der Frage nach Ernährungsgewohnheiten, einzuhaltender Diät, Unverträglichkeiten etc. kombiniert werden. Dem **Inhalt und Ausdruck der Antworten** und der **Spontanäußerungen** ist große **Aufmerksamkeit** zu widmen. Sie können, ebenso wie eine aufmerksame Wahrnehmung und Beobachtung (*siehe Seite 31*), wertvolle Informationen geben.

Andere Daten können auch direkt erfragt werden, wenn zuvor erklärt wurde, dass die Erfassung der Daten der Planung einer individuellen Pflege dient. Es sollte allerdings darauf geachtet werden, dass es bei einem Gespräch bleibt, bei dem sich die Partner bewusst kennen lernen; dagegen wirkt das einfache „Abhaken“ vorgegebener Punkte auf einem Formblatt dem Aufbau einer vertrauten Atmosphäre eher entgegen.

Eine **strukturelle Hilfe** zur Erfassung aller pflegerelevanten Gewohnheiten, Bedürfnisse, Fähigkeiten und Defizite des alten (kranken) Menschen bieten das AEDL-Strukturmodell (*siehe Seite 36*) und die bedürfnisorientierten Pflegemodelle (ATL, LA, *siehe Seite 33 und 34*). Da alle Lebensbereiche des menschlichen Daseins angesprochen werden, können die Informationssammlung und die Planung der Pflege systematisiert und umfassend ausgeführt werden.

Die gesammelten Informationen dienen der eigentlichen Planung der Pflege, die sich über die Festlegung des Pflegebedarfs und der Pflegeziele sowie über die Planung des pflegerischen Vorhabens erstreckt.

● Feststellung des Pflegebedarfs

Anhand der Informationssammlung werden die pflegerelevanten Ressourcen, Gewohnheiten, Bedürfnisse und Defizite des alten Menschen eingeschätzt bzw. eine Pflege-diagnose erhoben (*siehe „Pflegediagnosen“, Seite 27*). Dabei liegt ein **Problem** vor, wenn eine Beeinträchtigung im Bereich einer AEDL (LA, ATL) erkennbar ist, die ein alter Mensch nicht selbst kompensieren kann, dies allerdings durch pflegerische Maßnahmen ermöglicht wird. Da es sich in der Regel um ein Problem des alten Menschen – und nicht der Pflege – handelt, wird in dieser Abhandlung die Bezeichnung „Problem“ oder „pflegerelevantes Problem“ der Bezeichnung „Pflegeproblem“ vorgezogen. Letztere eignet sich eher zur Kennzeichnung eines tatsächlich für die Pflege vorherrschenden Problems, z. B. ein nicht abheilender Dekubitus.

Bei der Feststellung der Probleme ist das **Ausmaß von Selbstständigkeit, Kooperationsfähigkeit und Pflegeabhängigkeit** möglichst **genau zu beschreiben**; somit werden die Ressourcen und Probleme des alten Menschen gleichermaßen berücksichtigt. Nur so kann die weitere Planung individuell ausgerichtet werden.

ANAMNESEBOGEN													
Aufnahmedatum:	Name:	Hausarzt/Tel.:	Erhebungsdatum:										
LEGENDE S = Selbstständig; U = Unterstützung; Tü = teilweise Übernahme; VÜ = vollständige Übernahme; B = Beaufsichtigung; A = Anleitung Zutreffendes bitte ankreuzen.													
1. Vitale Funktionen aufrechterhalten <small>(Atmung, Kreislauf- und Wärmeregulation)</small>	S	U	Tü	VÜ	B	A	7. Ausscheiden können <small>(selbstständig, mit Hilfe, Toilettentraining, Inkontinenz)</small>	S	U	Tü	VÜ	B	A
2. Sich situativ anpassen können							8. Sich beschäftigen können <small>(Aktivitäten, Hobbys, Freizeitgestaltung)</small>						
3. Für Sicherheit sorgen können <small>(Orientierung zu Raum, Zeit, Entscheidungsfähigkeit)</small>							9. Kommunizieren können <small>(gestört, Ausfälle, nonverbal)</small>						
4. Sich bewegen können <small>(Hilfestellung, Rollstuhl, bettlägerig)</small>							10. Ruhen und schlafen können <small>(ohne/mit Schlafmittel, unruhig, Schlaf-, Wachumkehr)</small>						
Prothesen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wo:							11. Soziale Bereiche des Lebens sichern können <small>(Sozialverhalten, Kontakte zu Angehörigen, Freunden, Nachbarn u.a. auch Sinn finden)</small>						
Kontrakturen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wo:	Einschränkungsgrad						12. Sich als Mann/Frau fühlen können						
5. Sich sauberhalten und kleiden können <small>(selbstständig, Hilfestellung, Ganzkörperpflege)</small>							13. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können <small>(u.a. auch Tod und Sterben)</small>						
Hautzustand													
Dekubitus													
Wo	Größe												
6. Essen und trinken können <small>(Hilfestellung, Vorbereitung, Sondenkost, Kau-/Schluckstörung)</small>													

Diagnosen + Biografie siehe →

© Standard Systeme GmbH
Urheberrechtlich geschützt – Nachdruck verboten

Abbildung 6: **Pflegeanamnese (verkleinertes Beispiel)**
Quelle: © Standard Systeme GmbH, urheberrechtlich geschützt, Nachdruck verboten

Je nach Beeinträchtigung des alten Menschen kann eine Vielfalt von Problemen formuliert werden. Dabei kann die folgende gedankliche Einteilung helfen, alle Probleme zu erfassen.

• **Aktuelle, tatsächliche Probleme**

- sind beobachtbar, messbar und werden vom Pflegebedürftigen bestätigt;
- können durch pflegerische Maßnahmen beseitigt, kompensiert oder gelindert werden;
- **Beispiele:** Frau Werner kann sich aufgrund einer allgemeinen Schwäche nicht allein waschen; Herr Knust muss aufgrund einer Herzinsuffizienz nachts mehrmals Wasser lassen.

• **Potenzielle (wahrscheinliche) Probleme**

- liegen vor, wenn Bedingungen bzw. Risikofaktoren vorhanden sind, die nach pflegerischem Wissen und nach Pflegeerfahrungen ohne pflegerische Intervention wahrscheinlich zur Entstehung eines bestimmten Problems führen;
- können durch vorbeugende Maßnahmen (*Prophylaxen*) seitens des Pflegepersonals verhindert, zum Teil auch nur frühzeitig erkannt werden;
- **Beispiele:** Frau Amseln ist aufgrund ihrer Immobilität und Kachexie dekubitusgefährdet; Frau Lange ist aufgrund der Schonatmung pneumoniegefährdet.

• **Verdeckte, vermutete Probleme**

- beziehen sich häufig auf den zwischenmenschlichen und auf den emotionalen Bereich;
- werden vom Betroffenen nicht geäußert, sondern aufgrund beobachteter Verhaltensänderung vermutet;
- können durch besondere Aufmerksamkeit, genaues Zuhören, taktvolles Fragen u. Ä. erkannt und bewusst gemacht werden;
- **Beispiele:** Frau Bracht lehnt Gespräche über ihre Familie ab, sie scheint sich von ihr abgeschoben zu fühlen; Herr Sagert zieht sich zurück und reagiert häufig aggressiv – setzt er sich mit dem Sterben/Tod auseinander?

• **Generelle Probleme**

- treten typischerweise bei bestimmten Erkrankungen bzw. in bestimmten Situationen und unter bestimmten Bedingungen auf;
- können durch Pflegewissen und -erfahrung eingeschätzt, kompensiert oder behoben werden; oft handelt es sich um potenzielle Probleme, die durch pflegerische Prophylaxen verhindert werden können;
- können mittels Pflegestandards angegangen werden (*siehe Seite 24*);
- **Beispiele:** Aufgrund des hohen Fiebers leidet Frau Wanke an Flüssigkeitsverlusten, Appetitlosigkeit, Kreislaufschwäche; aufgrund seiner Gehbehinderung ist Herr Struwe sturzgefährdet.

• **Individuelle Probleme**

- resultieren aus dem persönlichen Erleben der Lebenssituation, des Alters und ggf. der Krankheit;
- sind aktuelle Probleme;

- sind oft (mit-) bedingt durch die soziale Situation des Senioren;
- **Beispiel:** Frau Lüchtfeld interpretiert die Verschlossenheit der Mitbewohnerin als Ablehnung ihrer Person und fühlt sich gekränkt;
- können durch das gleichzeitige Auftreten verschiedener Probleme entstehen;
- **Beispiele:** Der geistig Verwirrte akzeptiert die Magensonde nicht und führt ihn gefährdende Manipulationen aus; der Sehbehinderte findet sich im Altenheim nicht zurecht und verliert dadurch seine bisherige Selbstständigkeit;
- können manchmal nur durch besondere Aufmerksamkeit und in vertrauensvoller Atmosphäre erkannt (bzw. geäußert) werden.

In komplexen Pflegesituationen ist es sinnvoll, **Prioritäten zu setzen** und zunächst die – aus Sicht des alten Menschen – dringendsten Probleme anzugehen. Priorität haben ebenfalls Probleme, die eine Gefährdung des Senioren darstellen.

Die **Problemformulierung** sollte möglichst knapp, objektiv und verständlich sein. Es sollen deutlich werden:

- die Lokalisation, die Art und Weise des Defizits, z. B. 2-Euro-Stück-großer Dekubitus Stadium III an den Fersen;
- die Auswirkungen für den Pflegebedürftigen, z. B. Schmerzen, Eiweißverlust;
- die Ursache des Problems, z. B. Atemnot aufgrund einer Herzinsuffizienz;
- die vorliegenden Risikofaktoren (bei potenziellen Problemen), z. B. Dekubitusgefahr aufgrund von Immobilität, verstärkt durch Harninkontinenz;
- die subjektive Einschätzung eines vermuteten Problems, z. B.: „Ich habe den Eindruck, Frau Niemann fühlt sich von ihrer Familie abgeschoben, weil sie jedes Gespräch über ihre Kinder ablehnt.“

Zur Bestimmung des Pflegebedarfs werden auch die **Ressourcen** im Bereich der AEDL festgestellt und exakt beschrieben. Beispiele:

- Herr Wuggert möchte kontinent werden;
- Frau Sommer möchte und kann Küchenarbeit übernehmen;
- Frau Prange kann und möchte aktive Bewegungen im Bett durchführen;
- Herr Sturm kann sich unter Anleitung selbstständig anziehen;
- Frau Krangert kann die Gesichts- und Mundpflege selbstständig durchführen;
- Frau Jahn nimmt gern am Seniorensport teil;
- Herr Brunert zeigt Interesse am Leben seiner Enkelkinder;
- (die sprachbehinderte) Frau Freitag kann sich auf schriftlichem Weg verständlich machen;
- (die sterbende) Frau Zimmermann erfährt Hilfe durch das Beten.

● Aufstellung von Pflegezielen

Das Pflegeziel **beschreibt den zu erreichenden Zustand** des alten Menschen. Die Zielsetzung orientiert sich sowohl an den Ressourcen als auch am Pflegebedarf des jeweiligen Senioren. Das Ziel muss für ihn **realistisch** und **erreichbar** sein, für die Pflegenden soll es außerdem **überprüfbar** sein. Anhand der Pflegeziele kann die Wirkung der Pflegemaßnahmen überprüft werden.

Die Pflegeziele werden im Idealfall **mit dem Pflegebedürftigen gemeinsam festgelegt**, wodurch dessen Selbstverantwortlichkeit und Kooperation gefördert werden. Gleichzeitig wird deutlich, welch hohen Stellenwert sowohl die Probleme des Senioren als auch die pflegerischen Tätigkeiten einnehmen.

Die **Formulierung der Pflegeziele** sollte aus der Sicht des alten Menschen erfolgen und konkrete, überprüfbare Angaben beinhalten.

Je nach Ressourcen und Pflegebedarf kann sich das Pflegeziel beziehen auf

- **Leistungen**, z. B.: Herr Grün wäscht sich selbstständig den Oberkörper und führt Atemübungen durch;
- **Kenntnisse**, z. B.: (die Diabetikerin) Frau Löffler weiß, welche Speisen sie zu sich nehmen darf und wie sie die Blutzuckerkontrolle durchführen kann;
- **Verhalten**, z. B.: (der inkontinente) Herr Maggert sucht zweistündlich die Toilette auf; Frau Lustig nimmt am gesellschaftlichen Leben teil;
- **Befunde**, die messbar sind, z. B.: (der übergewichtige) Herr Droste nimmt 250 g Körpergewicht pro Woche ab; Frau Pries trinkt 1500 ml Flüssigkeit in 24 Std.;
- **Zustände**, z. B.: Frau Kregg hat intakte Haut; Herr Tack führt einmal täglich weichen Stuhl ab;
- **seelisch-geistiges Erleben**, z. B.: Frau Wiegert akzeptiert die Behinderung zunehmend und gewinnt an Selbstvertrauen.

Pflegeziele lassen sich in **Nah- und Fernziele** unterteilen; eine Gliederung ist oft sinnvoll, um auch Teilerfolge für den Senioren und für das Pflegepersonal sichtbar zu machen.

Fernziele beschreiben das gewünschte Endergebnis, werden also für einen relativ weiten Zeitraum gesteckt.

Sie beziehen sich z. B. auf

- die Selbstständigkeit des Senioren: Frau Raabe ist in der Lage, sich selbstständig an- und auszukleiden;
- die Integration: Herr Stelter hat sich spätestens in drei Monaten eingelebt.

Nahziele beschreiben (Teil-) Ergebnisse, die in absehbarer Zeit erreicht werden sollen, z. B.: Frau Krullmann kann in drei Wochen selbstständig die Toilette aufsuchen. So werden auch kleine Fortschritte und Erfolge sichtbar. Sie beziehen sich auf kleine abgegrenzte Bereiche, z. B.:

- Herr Wurlitz sitzt täglich für 10 Minuten im Sessel;
- Frau Becker nimmt die Mahlzeiten im Speisesaal ein.

● Planung des pflegerischen Vorgehens

(Erstellung eines Pflegemaßnahmenplans)

Die Planung der beabsichtigten Pflegemaßnahmen **orientiert sich an den Ressourcen und Problemen** des Senioren, an den festgelegten **Pflegezielen**, an der Akzeptanz vonseiten des Senioren und an den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten.

Auch aus **ärztlichen Anordnungen** können Pflegemaßnahmen resultieren. Im Allgemeinen werden diese Pflegemaßnahmen in den Pflegeplan aufgenommen, ohne zuvor ein dazugehöriges Problem und Pflegeziel zu formulieren. Allerdings können aus den Folgen der ärztlichen Anordnungen Probleme entstehen.

Beispiel: Der Arzt leitet eine Infusionstherapie ein und delegiert die Überwachung an das examinierte Pflegepersonal. Die daraus resultierende Pflegemaßnahme lautet: Kontrolle des Infusionseinlaufs. Für den alten Menschen entstehen evtl. aktuelle (Unsicherheit, Mobilitätseinschränkung, Schlafstörung) und potenzielle Probleme (Risiko der Infektion und Verletzung; Möglichkeit des paravenösen Einlaufens und der Thrombose). Diese bedingen die Notwendigkeit, weitere Pflegeziele und -maßnahmen zu planen.

Der **Pflegemaßnahmenplan** wird von einer/m Altenpflegerin/Altenpfleger – gemeinsam **mit dem alten Menschen – aufgestellt** und im Team besprochen, evtl. korrigiert. Danach ist er für alle **verbindlich**.

Eine **konkrete Beschreibung** der Maßnahmen ist notwendig, damit einheitlich vorgegangen werden kann. Die Ressourcen und die Wünsche des alten Menschen stehen im Mittelpunkt. Er soll die Lebensaktivitäten möglichst selbstbestimmt und selbstständig verwirklichen. Dazu kann eine detaillierte Maßnahmenplanung, die Teilbereiche betont, sinnvoll sein. **Beispiele:**

- Frau Handke zur Körperpflege am Waschbecken begleiten, sie zur selbstständigen Durchführung auffordern und ihr den Rücken sowie die Beine waschen;
- Herrn Weber auffordern, die Kleidung selbst zu wählen, und ihn anleiten, den Oberkörper allein anzukleiden. Beim Anziehen der Unterhose und Hose behilflich sein.
- Frau Gehlert stündlich an den Toilettengang erinnern (siehe Miktionsprotokoll), sie geht allein zur Toilette.

Pflegemaßnahmen, die der **Prophylaxe** bestimmter **Sekundärerkrankungen** dienen, werden **genau festgelegt**. Die Beschreibung bezieht sich möglichst auf:

- die Art der Maßnahme, z. B. Lagerung in schiefer Ebene;
- die Intensität, Häufigkeit und die zeitlichen Abstände der Durchführung, z. B. im 2-stündlichen Wechsel über 24 Stunden;
- die Hilfsmittel, z. B. Schaumstoffkeile;
- die Pflegemittel, z. B. bestimmte Lösungen, Salben.

Werden die Pflegeleistungen über die **Pflegeversicherung** finanziert, muss der Pflegeplan im Sinne eines **Mindeststandards** die Bereiche „Sich bewegen“, „Essen und trinken“, „Sich pflegen“, „Sich kleiden“ und „Ausscheiden“ erfassen.

Die **Formulierung** sollte so knapp und verständlich wie möglich sein. Aufgeführte Pflegemaßnahmen müssen allen an der Pflege Beteiligten bekannt sein.

Für pflegerische **Handlungskomplexe** (z. B. Katheterismus der Harnblase) und für **bestimmte Pflegesituationen** (z. B. Pflege eines dementen oder eines depressiven Senioren), in denen in der Regel typische potenzielle und tatsächliche Probleme auftreten, können **Pflegestandards** eingesetzt werden.

Dadurch sind pflegerische Normen, qualitative und quantitative Kriterien sowie die Erfolgskontrolle pflegerischen Handelns vorgegeben. Auf diese Weise wird die Pflegequalität verbessert.

Eine individuelle, ganzheitlich orientierte Pflege wird durch genannte Standards weder verhindert noch ersetzt. Selbstverständlich muss ein **Pflegestandard** hinsichtlich seiner Anwendbarkeit für den einzelnen Senioren **überprüft und ggf. individuell angepasst und erweitert** werden. Dies gilt vor allem hinsichtlich der persönlichen Ressourcen, des individuellen Erlebens der Probleme und des Umgangs damit. Für zusätzlich auftretende Probleme, die individuell und/oder durch weitere Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus) bedingt sind, darf der Blick nicht verloren gehen; sie müssen ebenfalls erfasst und angegangen werden.

Bei Bedarf sind zusätzlich **individuelle Pflegepläne** zu entwickeln. Manche Pflegesituationen erfordern eine insgesamt individuell für einen Senioren entwickelte Pflegeplanung. Hierbei können Pflegestandards als Entscheidungshilfe berücksichtigt werden.

● Durchführung der Pflege

Die Durchführung der Pflege stellt den **Kern des Pflegeprozesses** dar, denn hier erfolgt die Anwendung der vorausgegangenen Planungsschritte im Sinne einer ganzheitlich orientierten Pflege. Leitfaden sind der für alle verbindliche Pflegeplan, aber auch die aktuelle Befindlichkeit des Senioren. Bei der Durchführung kommen alle Bereiche pflegerischer Kompetenz zum Tragen: psychosoziale sowie geriatrisch-pflegerische Fähigkeiten (*siehe Seite 70*), Wahrnehmung und gezielte Beobachtung, Pflegetechniken/-methoden, Motivierung, Beratung und Anleitung des Senioren, Durchführung ärztlich angeordneter und delegierter Maßnahmen (z. B. Verabreichung einer Injektion oder eines Einlaufs).

Die **Durchführung** der Pflegemaßnahmen wird anschließend durch ein entsprechendes Abhaken und Gegenzeichnen (Kürzel der Unterschrift) auf dem Pflegemaßnahmenplan bzw. durch direkte Eintragung in dafür vorgesehene Rubriken des Kurvenblattes **dokumentiert**. Beobachtungen, Besonderheiten und Abweichungen vom Pflegeplan werden im Pflegebericht aufgeführt.

● Verfassen eines Pflegeberichts

Der Pflegebericht dient einerseits als **Rechenschaftsbericht** über Vorgang, Verlauf und Wirkung der Pflege, andererseits dient er der **fortlaufenden Informationssammlung** und **-weitergabe** bezüglich:

- des Befindens des alten Menschen;

- der Beobachtungen (körperliches und geistig-seelisches Befinden, Fähigkeiten, Verhalten);
- der Selbstständigkeit und der Pflegebedürftigkeit;
- der Reaktionen des Senioren auf die Pflegemaßnahmen;
- der Wirkung der pflegerischen Maßnahmen;
- neu auftretender Pflegeprobleme.

Genannte Inhalte der fortlaufenden Informationssammlung werden im Pflegebericht **wertneutral** und stichpunktartig oder in kurzen Sätzen festgehalten. **Datum, Zeit** und **Handzeichen** vervollständigen jede Eintragung.

Beispiel: Frau Löber hat sich den Oberkörper selbstständig und mühelos gewaschen; die Haut ist intakt, keine Rötungen; sie ist heute zeitlich und örtlich orientiert, sucht das Gespräch; sie hustet nach Aufforderung gut ab, das Sekret ist klar und flüssig. 1.02.2005, 6.00 – 13.00 Uhr, A. K.

● Erfolgskontrolle und Feedback

Anhand der Dokumentation der einzelnen Schritte des Pflegeprozesses kann die **Wirkung der Pflege nachvollzogen und beurteilt** werden (*Evaluation*). Richtlinie sind dabei die festgelegten Pflegeziele, denn sie beschreiben den angestrebten Zustand des Senioren. Wurde das Pflegeziel erreicht, werden die Maßnahmen (z. B. prophylaktische Maßnahmen) beibehalten, solange die Risikofaktoren bestehen, bzw. abgesetzt, wenn das Problem nicht mehr besteht.

Manchmal ist eine neue **Definition des Problems** erforderlich (z. B. aus einem Dekubitus Stadium I hat sich ein Dekubitus Stadium III entwickelt); die Pflegeziele und Pflegemaßnahmen müssen entsprechend überdacht und angepasst werden.

Eine **Neuanpassung der Pflegeplanung** ist ebenfalls erforderlich, wenn das gesetzte Pflegeziel nicht erreicht wurde. Es ist nach der Ursache zu suchen:

- War das Pflegeziel unrealistisch?
- Wurden die falschen Pflegemaßnahmen angewendet?
- Waren die Intensität oder das Ausmaß der Pflegemaßnahmen zu gering?
- Haben krankheitsbedingte Veränderungen den Pflegebedarf verändert?
- Verhält sich der alte Mensch nicht kooperativ?
- Verträgt der Pflegebedürftige bestimmte Pflegemittel nicht?
- Wurde das Problem nicht richtig erkannt?
- Wurde der individuelle Zustand des Senioren nicht ausreichend berücksichtigt, oder hat er sich verändert?

Entsprechend der Antwort müssen Probleme und/oder Ziel(e) und/oder Pflegemaßnahme(n) neu festgelegt werden.

Zeitpunkt und Häufigkeit der Erfolgskontrollen werden sowohl durch die formulierten Pflegeziele als auch durch die Pflegebedürftigkeit bestimmt. Erfolgskontrollen soll-

ten **regelmäßig** von der verantwortlichen Pflegeperson, aber auch im Pfl egeteam, durchgeführt werden.

4.2 Der Beziehungsprozess

Die Beziehung zwischen dem alten Menschen und der Altenpflegerin/dem Altenpfleger beginnt bei der **Kontaktaufnahme**. Diese sollte in einer ruhigen und **harmonischen Atmosphäre** stattfinden. Ein alter Mensch sollte spüren, dass er willkommen ist und als **Persönlichkeit und selbstbestimmter Mensch**, der jederzeit seine Bedürfnisse äußern kann, **angenommen** wird.



Abbildung 8: Einfluss nehmende Faktoren im Beziehungsprozess Pflege

Der Beziehungsprozess zwischen einem alten Menschen und einer Altenpflegerin wird **von beiden Personen in mehrfacher Hinsicht geprägt**. Es sind dies z. B.:

- die Beziehung zu sich selbst und zu anderen Menschen (wer sich selbst nicht leiden und lieben kann, erfährt häufig auch von anderen Ablehnung);
- das Ausmaß der Kontaktfreudigkeit und der Fähigkeit, auf andere zuzugehen;
- Offenheit, Ehrlichkeit, Toleranz und Wertschätzung gegenüber anderen Menschen;
- Lebenserfahrung, Alter (ein alter Mensch kann Schwierigkeiten haben, den Rat einer jugendlichen Pflegeperson anzunehmen; junge erwachsene Pflegepersonen gehen mit Alter, Krankheit und Tod oft anders um als ältere Kollegen);
- Einstellung zum Alter(n) (siehe „Gesellschaft und Alter n“, Seite 7);
- Krankheitserleben (wird Krankheit z. B. als Bestrafung, Chance zur Sinnfindung oder als Resultat eines unsoliden Lebenswandels gesehen?);
- Kompetenz und Berufserfahrung der Pflegeperson, Vertrauenswürdigkeit, Ausstrahlung menschlicher Wärme (z. B.: Strahlt sie Ruhe und Sicherheit aus, hat sie gute „Tipps“, kann sie pflegerische Sachverhalte erklären und geht sie auf die Bedürfnisse ein?);
- Sympathie/Antipathie (geprägt z. B. durch Eigenschaften, Umgangsformen, persönliche Hygiene);
- Pflegeverständnis (z. B. fähigkeitsorientiert oder defizitbezogen; Pflege als Hilfe zur Selbsthilfe; Förderung/Erhaltung der Autonomie).

Die Persönlichkeit des Altenpflegers/der Altenpflegerin	→	im Beziehungsprozess Pflege
Einstellung zu/Umgang mit Alter(n), Gesundheit, Krankheit, Tod	→	Einstellung zu/Umgang mit anderen Auffassungen von Gesundheit, Krankheit, Alter, Tod
Beziehung zur eigenen Körperlichkeit, Einstellung zu Berührungen	→	Ausmaß von körperlicher Nähe und Distanz zu anderen
Wesen, Alter, Aussehen, Konstitution	→	Ausstrahlung; physische Belastbarkeit
Lebenserfahrung, Menschenkenntnis, Selbstbewusstsein, Toleranz, Einfühlungsvermögen; Fähigkeit der Selbst- und Fremdwahrnehmung; Kommunikationsfähigkeit, Beziehungsfähigkeit	→	menschliche Eignung für den Pflegeberuf und psychosoziale Kompetenz
Menschenbild (z. B. ganzheitlich orientiert)	→	Pflegeverständnis; Rollenerwartung an den alten Menschen
Wille und Fähigkeit, Verantwortung zu tragen	→	Verlässlichkeit, Vertrauenswürdigkeit
geistige Flexibilität, Kreativität, Problemlösungsfähigkeit; berufliches Interesse, berufliche Qualifikation und Berufserfahrung	→	Pflegewissen, Handlungskompetenz, Engagement, Freude an der Arbeit
Fähigkeit, Konflikte auszutragen und zu ertragen; Frustrationstoleranz; innere Stabilität; soziale Sicherheit in tragenden Beziehungen	→	psychische Belastbarkeit; Bewältigung von schwierigen Situationen

Abbildung 9: Die Persönlichkeit des Altenpflegers/der Altenpflegerin und deren Bedeutung im Beziehungsprozess Pflege

Die Persönlichkeit des alten Menschen	→	im Beziehungsprozess Pflege
Einstellung zu Alter(n), Gesundheit, Krankheit, Tod	→	Erleben von Alter(n), Pflegebedürftigkeit, Krankheit
Lebensgeschichte, insbesondere hinsichtlich existenzieller Erfahrungen (Krisensituationen, Verluste/Lebensereignisse)	→	Umgang mit Pflegebedürftigkeit, Abhängigkeit, Verlusten, Problemen und Krisensituationen
Soziale Rolle/Beziehungen - in der Familie - in der Nachbarschaft - in gesellschaftlichen Gruppen	→	Einnehmen und Erleben der Rolle eines Altenheimbewohners; soziale Beziehungen im Altenheim/bei Pflegebedürftigkeit
Bedürfnisse, Gewohnheiten, Gesundheitsbewusstsein	→	gesunde Anteile, Fähigkeiten, innere Kräfte
Verwirklichung der AEDL in gesunden Tagen	→	individuelle und alters-/krankheitsbedingte Bedürfnisse hinsichtlich der Verwirklichung der AEDL
Wissen über, Erfahrung mit und Einstellung zur Altenpflege und zum Leben im Altenheim	→	Erwartungen an das Pflegepersonal und an das Leben im Altenheim; Vertrauen – Misstrauen
Umgang mit neuen Situationen, Flexibilität, Lernfähigkeit, Anpassungsfähigkeit	→	Umgang mit Alter(n), mit Krankheit und neuen Situationen
Persönlichkeit, Konstitution, Gesamtbefinden, Selbstwertgefühl, Autonomiebestreben, Glaube, Zuversicht	→	Möglichkeiten und Kräfte, sich mit Alter(n), Krankheit und Krisen auseinander zu setzen

Abbildung 10: Die Persönlichkeit des alten Menschen und deren Bedeutung im Beziehungsprozess Pflege

Diese und ähnliche Faktoren entscheiden, ob sich eine partnerschaftliche und vertrauensvolle Beziehung entwickelt oder ob das Verhältnis von Distanz und Misstrauen geprägt wird.

Der Beziehungsprozess ist ein **dynamisches Geschehen**, er verändert sich mit den wechselnden Begebenheiten und Bedingungen. Über die Beziehung, d. h. über die Kommunikation, können das Wohlbefinden des Senioren, die aktive Auseinandersetzung mit dem Alter(n) und die Qualität der Pflege wesentlich beeinflusst werden.

4.3 Pflegediagnosen

Elke Hurling

■ Begriff und Entwicklung

Laut „Psychembel Klinisches Wörterbuch“ heißt **Diagnose** „*Entscheidung*“ und ist eine „*zweifelsfreie Zuordnung einer gesundheitlichen Störung zu einem Krankheitsbegriff*“. In diesem Sinne ist es die Aufgabe eines Mediziners, eine Diagnose zu stellen. Medizinische Diagnosen haben ein international anerkanntes, einheitliches Klassifikationssystem (**I**nternational **C**lassification of **D**iseases – ICD). Sie sind die Begründung für eine bestimmte medizinische Behandlung. Eine einmal gestellte Diagnose bleibt in der Regel so lange bestehen, bis die Erkrankung erfolgreich behandelt ist. Bei chronischer Erkrankung wird eine Diagnose nicht wieder aufgehoben.

Der Begriff **Pflegediagnose** tauchte in den 50er-Jahren in der nordamerikanischen Pflegefachsprache das erste Mal auf. In den USA sind Pflegediagnosen in der Pflegepraxis weit verbreitet. Die Anwendung von Pflegediagnosen im Rahmen des Pflegeprozesses gewinnt in Deutschland nur langsam an Bedeutung.

Bei einer Pflegediagnose handelt es sich um **genau festgelegte Merkmale eines gesundheitlichen Zustandes**.

Die **Definition der NANDA** lautet: „*Eine Pflegediagnose stellt eine klinische Beurteilung der Reaktion eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinschaft auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse dar. Pflegediagnosen bilden die Grundlage für eine definierte Behandlung zur Erreichung von Ergebnissen, für die eine Pflegeperson verantwortlich ist.*“ (LAUBER 2001)

Laut „Psychembel Wörterbuch Pflege“ „*sollen Pflegediagnosen den eigenverantwortlichen Anteil der Pflege definieren*“.

■ Kennzeichnung und Beispiele

Im Gegensatz zu medizinischen Diagnosen, die in der Regel eine Krankheit benennen, umfassen Pflegediagnosen mehr. Viele **berücksichtigen das Verhalten und Erleben von Menschen in einem bestimmten Umfeld**. Wenn entsprechende Veränderungen des Umfeldes eintreten, ändert sich auch die Pflegediagnose.

Pflegediagnosen werden von der verantwortlichen Pflegefachkraft gestellt und sind **Bestandteil des Pflegeprozesses**. Sie treten an die Stelle der Pflegeprobleme. Im Pflegeprozess bilden die Pflegediagnosen die Basis für die

Pflegeziele und die einzuleitenden oder anzubietenden Pflegemaßnahmen.

Für Pflegediagnosen gibt es keine international anerkannte, einheitliche Klassifikation. Sehr bekannt sind die Pflegediagnosen der **NANDA**. Die NANDA ist die Nordamerikanische Pflegediagnosenvereinigung (**N**orth **A**merican **N**ursing **D**iagnosis **A**ssociation). Es handelt sich um eine Vereinigung von Pflegekräften aus den USA und Kanada. Seit Anfang der 70er-Jahre finden alle zwei Jahre Sitzungen statt, bei denen vorhandene Pflegediagnosen kontrolliert sowie neue Pflegediagnosen erarbeitet und zur Überprüfung in die Praxis gegeben werden. Regelmäßig erhält die NANDA Vorschläge für neue Pflegediagnosen aus den Reihen von praktisch tätigen Pflegekräften, um diese in den Katalog aufzunehmen.

Zurzeit gibt es über 130 durch die NANDA anerkannte Pflegediagnosen. Diese sind mit wenigen Ausnahmen an Defiziten orientiert, einige entsprechen medizinischen Diagnosen.

Eine Pflegediagnose der NANDA besteht aus:

- einer **Definition**,
- **möglichen Faktoren** oder **Risikofaktoren** und
- weiteren **Merkmale**.

Die möglichen Faktoren/Risikofaktoren und Merkmale nennen Ursachen für und Hinweise auf eine Pflegediagnose.

Im Folgenden werden beispielhaft Pflegediagnosen der NANDA (von DOENGES und MOORHOUSE 1994 in der deutschen Übersetzung) aufgeführt:

● **Diagnosetitel: Hoffnungslosigkeit**

• **Definition**

Ein subjektiver Zustand, bei dem ein Mensch begrenzte oder keine Alternativen sieht oder keine Wahl hat und unfähig ist, Energien zu mobilisieren

• **Mögliche Faktoren**

- Aktivitätseinschränkung, die zu einer Isolation führt
- sich verschlechternder körperlicher Zustand
- körperliches Versagen
- langfristiger Stress, Verlassenheit
- verlorener Glaube an grundlegende Werte

• **Merkmale**

- subjektive:
 - verbale Hinweise (mutloser Inhalt, „ich kann nicht“, Seufzen)*
- objektive:
 - Passivität, wortkarg*
 - herabgesetzte Aktivität*
 - Mangel an Initiative
 - verminderte Reaktion auf Reize
 - sich abwenden von der sprechenden Person
 - Schließen der Augen
 - Achselzucken als Reaktion auf die sprechende Person

- Appetitlosigkeit, vermehrter/verminderter Schlaf
- Teilnahmslosigkeit bei der Pflege/passives Erdulden der Pflege

● **Diagnosetitel: Verlegungsstress-Syndrom**

• **Definition**

Physiologische und/oder psychosoziale Störungen infolge der Verlegung von einer Umgebung in die andere

• **Mögliche Faktoren**

- frühere, gleichzeitig auftretende und vor kurzem erlittene Verluste
- Verluste im Zusammenhang mit der Entscheidung umzuziehen
- Gefühl der Machtlosigkeit
- Fehlen einer angemessenen Unterstützung
- geringfügige oder fehlende Vorbereitung auf den bevorstehenden Umzug
- mäßiges oder hohes Ausmaß an Umgebungsveränderung
- Erlebnisse mit früheren Verlegungen
- beeinträchtigter psychosozialer Gesundheitszustand
- verminderter körperlicher Gesundheitszustand

• **Merkmale**

- subjektive:
 - Angst*
 - Besorgnis*
 - Depression*
 - Einsamkeit*
 - Aussagen über Widerwilligkeit bezüglich der Verlegung
 - Schlafstörungen
 - Veränderungen der Essgewohnheiten
 - gastrointestinale Störungen
 - vermehrtes Aussprechen von Bedürfnissen
 - Unsicherheit
 - fehlendes Vertrauen
 - unvorteilhafter Vergleich zwischen jetzigem und früherem Team
 - Aussage, besorgt/mitgenommen zu sein wegen der Verlegung
- objektive:
 - Umgebungs-/Ortswechsel*
 - zunehmende Verwirrtheit (bei älteren Menschen) (kognitiv beeinträchtigte Menschen)*
 - Abhängigkeit
 - trauriger Gesichtsausdruck/traurige Körperhaltung
 - erhöhte Wachsamkeit
 - Veränderung des Körpergewichts
 - Rückzug

● **Diagnosetitel: Inkontinenz, total**

• **Definition**

Der Zustand, bei dem ein Mensch einen ständigen und nicht vorhersehbaren Urinverlust erfährt

• **Mögliche Faktoren**

- Neuropathie, die den Überlaufreflex verhindert (Reflexbogen) und dadurch die Blasenfüllung nicht anzeigt
- neurologische Störung, die den Reflex zum Urinieren zu unvorhersehbaren Zeiten verursacht (zerebrale Läsion)
- unwillkürliche Aktivität des Detrusors aufgrund eines chirurgischen Eingriffs
- Trauma oder Krankheit der Rückenmarksnerven (Zerstörung der sensorischen oder motorischen Neuronen unterhalb der Rückenmarkshöhe)
- anatomisch (Fisteln)

• **Merkmale**

- subjektive:
 - konstanter Abgang von Urin tritt zu unvorhersehbaren Zeiten auf, ohne Blasenfüllung oder ungehemmte Blasenkontraktionen/-krämpfe*
 - Nykturie*
 - fehlendes Empfinden der Blasenfüllung
 - fehlendes Bewusstsein der Inkontinenz
- objektive:
 - erfolglose Inkontinenzbehandlungen*

(* = *hauptsächliche/entscheidende Merkmale*)

Bei der **Übersetzung von Pflegediagnosen** in die deutsche Sprache muss berücksichtigt werden, dass im europäischen Sprach- und Kulturraum andere Bedingungen herrschen als in den USA. Daher können bestimmte Begriffe nicht ohne Sinnveränderung oder -verlust übersetzt werden. Außerdem haben Pflegekräfte in den USA ein anderes Aufgabenfeld als in Deutschland.

Seit kurzer Zeit liegt eine Zusammenstellung von **Pflegediagnosen für die Altenpflege** in deutscher Sprache als Buch vor. Die Autorinnen (EHMANN, VÖLKELE 2000) unterteilen Pflegediagnosen in „**Diagnosetitel, Ursachen und Zeichen – Symptome, Ausmaß**“. Unter dem Punkt *Ursachen* sind auch die medizinischen Diagnosen vermerkt, die für die Pflege wichtig sind. Die Nennung von Zeichen, Ursachen und Symptomen ist nicht ausschließlich an Defiziten orientiert, vorhandene Ressourcen gehören ebenfalls dazu.

Aus den vorliegenden 50 Pflegediagnosen werden drei beispielhaft vorgestellt:

● **Diagnosetitel: Selbstversorgungsdefizit bei der Ernährung**

• **Definition**

Beeinträchtigte Fähigkeit, Getränke und Nahrungsmittel selbstständig zu beschaffen, zuzubereiten, zu sich zu nehmen.

• **Symptome**

- unzureichender Ernährungs- und Kräftezustand, Kraftlosigkeit*
- Teilnahmslosigkeit
- Hunger, Durst
- Zeichen von Flüssigkeitsmangel* und Untergewicht*

• **Mögliche Ursachen**

- körperliche oder geistige Unfähigkeit, sich Nahrung zu beschaffen, diese zuzubereiten und zu sich zu nehmen
- psychische Erkrankungen, fehlende Motivation, Verwahrlosung
- Schmerzen*
- fehlende Hilfsmittel, z. B. Ess- und Trinkhilfen, Brille, Gehhilfen

● **Diagnosetitel: Körperbildstörung**

• **Definition**

Störung der normalen Wahrnehmung des eigenen Körpers oder einzelner Körperteile mit Veränderungen des Befindens und des Selbstwertgefühls

• **Symptome**

- vorhandene Körperteile werden nicht wahrgenommen, nicht beachtet und nicht berührt (Neglect)
- geschädigte, verletzte Körperteile werden versteckt, missachtet, abfällig behandelt
- Haltung, Mimik und Gestik sind verändert
- Gefühle von Machtlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Furcht, Scham, Wertlosigkeit, Aggression
- sozialer Rückzug
- verbaler und nonverbaler Ausdruck von Trauer, Wut und Niedergeschlagenheit
- gestörtes Rollenverhalten
- gesteigertes Schamgefühl

• **Mögliche Ursachen**

- Operationen oder Unfälle mit körperbildverändernder Folge (Amputation, Narben, Stoma)
- neurologische Erkrankungen, z. B. Apoplexie
- Abweichungen vom früheren Erscheinungsbild durch:
 - Spastik
 - Überernährung
 - Unterernährung
 - Skeletterkrankungen, Hauterkrankungen
 - Medikamente, z. B. Cortison
 - Abhängigkeit von medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln, z. B. Sauerstoffgeräten, Rollstuhl

● **Diagnosetitel: Schmerzen, chronisch**

• **Definition**

Quälende Schmerzen über einen Zeitraum von 6 Monaten oder mehr; werden von jedem Menschen individuell unterschiedlich wahrgenommen, verarbeitet und mitgeteilt

• **Symptome**

- verbale Äußerung des Schmerzes, z. B. durch Weinen, Stöhnen, Schreien
- verzerrte Mimik, starre Gesichtszüge
- Schweißausbruch, Zittern
- Atembeschleunigung
- Muskelverkrampfung

- Abwesenheit
- Schlafstörungen*, Erschöpfung
- vorsichtige Bewegungen, Schonhaltung der betroffenen Körperpartie
- Angst
- Rückzugsverhalten, Depression
- Aggression, Autoaggression
- Bewusstseinstörungen

• **Mögliche Ursachen**

- chronische Erkrankungen, z. B. Arthrose, Tumore
- Nervenschmerzen
- Phantomschmerzen nach Amputation eines Körperteils
- psychosomatische Störungen

(* Verweis auf die entsprechende Pflegediagnose)

■ **Ausblick**

Für eine forcierte Entwicklung und Einführung von Pflegediagnosen spricht, dass sie zu einer **Erweiterung und Vereinheitlichung der Pflegefachsprache** führen und Pflegende aller Bereiche sich eindeutig verständigen können. Außerdem sichern sie den Kompetenzbereich von Pflege und führen zu einer besseren Vergleichbarkeit von Pflegebedürftigkeit, unabhängig davon, wo Pflege angeboten wird.

Die Anwendung von Pflegediagnosen im Rahmen des Pflegeprozesses steht in Deutschland noch am Anfang. Einige wenige Einrichtungen für Pflege arbeiten versuchsweise mit Pflegediagnosen. **Einheitliche Fachbegriffe** müssen sich noch entwickeln und klar **definierte Beschreibungen** müssen noch vorgenommen werden.

4.4 Wahrnehmung und Beobachtung

Die Beobachtung alter Menschen ist ein **wesentlicher Bestandteil des Pflegeprozesses**, des **pflegerischen Handelns** und der pflegerischen **Kompetenz**.

Sie bedarf des theoretischen Wissens über gesunde und gestörte Verhaltensweisen sowie über physiologische und pathophysiologische Vorgänge. Besondere Kenntnisse über die möglichen Veränderungen und Komplikationen bei bestimmten Krankheiten sind ebenfalls erforderlich, um eine gezielte (Kranken-) Beobachtung durchführen zu können.

■ **Begriffserläuterungen**

Wahrnehmung ist ein (spontaner) Prozess, bei dem Reize aus dem eigenen Organismus und aus der Umwelt durch die Sinnesorgane aufgenommen und weiterverarbeitet werden.

Beobachtung kann definiert werden als die **gezielte planmäßige Wahrnehmung**, gerichtet auf die genaue Feststellung eines Sachverhaltes und auf die Sammlung neuer Informationen.

■ Soziale Wahrnehmung

Der Begriff „soziale Wahrnehmung“ meint einerseits die **Wahrnehmung sozialer Objekte** und **Prozesse**, andererseits die **Wahrnehmung unter sozialem Einfluss**. Mit sozialen Objekten sind sowohl gesellschaftliche Gruppen und Institutionen als auch einzelne Personen gemeint.

Einen sozialen Einfluss auf die Wahrnehmung des Einzelnen üben die Kontaktpersonen (Partner, Familienangehörige, Freunde etc.), aber auch die Massenmedien aus.

Wir nehmen andere Personen, selbst fremde, nicht unvoreingenommen wahr. In uns gibt es bereits Gefühle, Einstellungen, Wunschvorstellungen sowie Vorerfahrungen, die – unterschiedlich ausgeprägt – unsere Wahrnehmung zusätzlich beeinflussen.

Aufgrund ihrer Vielfältigkeit können wir nicht alle Informationen verarbeiten. So nehmen wir vorrangig bewusst oder unbewusst die Informationen wahr, die uns besonders interessieren, die wir für bedeutsam halten und die wir uns wünschen (*selektive Wahrnehmung*).

Die Psychologie weist auf zwei weitere Phänomene bei der Wahrnehmung hin, die **Generalisierung** und die **Kategorisierung**. Gemeint sind vereinfachte Vorstellungen von einer Person (*Stereotypen*) aufgrund der Verallgemeinerung einer einzelnen Beobachtung (z. B.: „Er ist ungekämmt, also ist er ein unordentlicher Mensch“) oder der anlässlich einer solchen Beobachtung vorgenommenen Zuordnung zu einer Kategorie Mensch (z. B.: „Dicke Menschen sind unспортlich und gemütlich“).

Kategorisierung und Generalisierung **reduzieren die Unsicherheit** beim Erstkontakt mit fremden Personen und helfen bei der – dem Menschen möglicherweise jedoch nicht gerecht werdenden – Urteilsbildung. Erst bei gezielter und gezielter Wahrnehmung (*Beobachtung*), die weitere Informationen verarbeitet, wird eine Lösung von den vereinfachten Vorstellungen möglich.

Geschieht dies nicht, d. h., bleibt die **Einstellung unbeweglich und** ist sie gleichzeitig **negativ**, so sprechen wir von einem **Vorurteil**. Typisch für das Vorurteil ist, dass die Einstellung trotz widersprechenden (positiven) Erfahrungen nicht oder lediglich geringfügig korrigiert wird.

Vorurteile können für den, der sie bildet, **hilfreich sein**. Sie werden nicht selten dazu genutzt, eigene Unzulänglichkeiten, Minderwertigkeitsgefühle, Aggressionen etc. abzuwehren und sich selbst zu verteidigen. Beispiel: Ein Mensch, der sich intellektuell unterlegen fühlt, ordnet Akademiker als arrogant und unpraktisch ein.

Ebenso können Menschen Eigenschaften, Wünsche und Bestrebungen, die sie an sich selbst ablehnen und verkenne, anderen Personen zuschreiben. Beispiel: Der heimliche Trinker bezeichnet Alkoholiker als „Schwächlinge mit mangelndem Durchsetzungsvermögen“.

Vorurteile beziehen sich oft auf **Minderheiten**, z. B. auf Türken, Juden, Homosexuelle oder sozial Schwache. Sie dienen dann weniger der Ich-Verteidigung, sondern degradieren bestimmte Personengruppen zum „Sündenbock“ für soziale Probleme und zum Zielobjekt von Aggressionen.

Der Begriff **Einstellung** ist dagegen positiv belegt. HEIM und WILLI definieren die Einstellung als eine **relativ stabile Bereitschaft, ein soziales Objekt auf eine bestimmte Art und Weise wahrzunehmen** und darauf zu reagieren. Die Einstellungsforschung unterscheidet diesbezüglich vier Funktionen:

a) die Anpassungsfunktion:

Ein Individuum (z. B. Kind, Auszubildender) übernimmt die Einstellung, die ihm die Anerkennung bestimmter Personen/-gruppen verspricht. Es ist zu beobachten, dass unsichere Personen ihre Einstellung mitunter dem jeweiligen Gesprächspartner anpassen („Dem anderen nach dem Mund reden“).

b) die Funktion, Werthaltungen auszudrücken:

Einstellungen ermöglichen dem Einzelnen, persönliche Wertvorstellungen auszudrücken und somit sein Selbstverständnis zu verwirklichen. So kann der Mensch durch eine negative Einstellung gegenüber Rassisten sein Selbstverständnis als gerechte Person verwirklichen.

c) die Funktion der „Ich-Verteidigung“:

Hier soll die Einstellung (z. B. „Ich rauche nicht, weil Rauchen die Krebsentstehung fördert“) Schutz vor existenziellen Bedrohungen (z. B. Krankheit, frühzeitiger Tod) bieten.

Ablehnende, verleugnende oder verzerrende Einstellungen (z. B.: „Raucher sterben nicht häufiger an Krebs als Nichtraucher“) verhindern die volle Anerkennung erschreckender Tatsachen und dienen somit ebenfalls der Ich-Verteidigung.

d) die Wissensfunktion:

Das Bedürfnis, dem Dasein einen Sinn zu geben und die Lebensereignisse zu verstehen, kann durch bestimmte Einstellungen (z. B.: „Das Schicksal bestimmt unseren Lebenslauf“, „Das Leben ist von Gott bestimmt“, „Jeder ist seines Glückes Schmied“) befriedigt werden.

Einstellungen werden in Meinungen, Urteilen und Gefühlen geäußert. Sie sind mit einer bestimmten Handlungsbereitschaft verbunden, die jedoch häufig nicht mit dem tatsächlichen Verhalten übereinstimmt. Dies ist auf die vielfältigen Faktoren, die menschliches Verhalten beeinflussen, zurückzuführen.

Zur Änderung von Einstellungen (seltener auch von Vorurteilen) kommt es am ehesten bei gravierenden Veränderungen der Lebenssituation (z. B. Auszug aus dem Elternhaus, sozialer Aufstieg, plötzliche Invalidität). Meist verändert der Mensch dann weitere Einstellungen und das Verhalten.

Einige Einstellungen sind **typisch für bestimmte Alters- und Lebensphasen** und verändern sich mit ihnen.

Jeder Mensch sollte **sich seiner Einstellungen und Vorurteile bewusst sein**, z. B. bezüglich Alter, Übergewichtiger oder alkoholabhängiger Menschen, und auf eine neutrale Grundhaltung hinarbeiten. Es ist menschlich, dass dies nicht immer und nicht auf Anhieb gelingt. Das sollte jedoch das weitere Bemühen um eine differenzierte Wahrnehmung – insbesondere im beruflichen Umgang mit anderen Menschen – nicht verhindern.

Letztendlich bestimmt die **Wahrnehmungsfähigkeit**, d. h. die Funktion der Sinnesorgane einerseits und die allgemeine Aufmerksamkeit andererseits, welche Reize in welchem Ausmaß aufgenommen und verarbeitet werden. Wahrnehmungs- und Beobachtungsfähigkeit lassen sich durch Übung schulen.

■ Wahrnehmung und Beobachtung in der Pflege

In der professionellen Pflege sind **sowohl die spontane Wahrnehmung als auch eine zielgerichtete, systematisierte Beobachtung von Bedeutung**. Beide dienen der fortlaufenden Sammlung von Informationen über den Pflegebedürftigen (evtl. auch über seine Bezugspersonen); die Wahrnehmung liefert ganzheitliche Informationen, die Beobachtung detaillierte Informationen über einen bestimmten Sachverhalt.

Die **professionelle Beobachtung** vonseiten des Pflegepersonals soll **unvoreingenommen** und **sachlich** sowie **systematisch, gezielt** und **genau** sein.

Sie ist gerichtet auf:

- die Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens;
- die Bedürfnisse und Wünsche eines Menschen;
- die Fähigkeiten und gesunden Anteile eines Menschen;
- die kranken/gestörten Anteile eines Menschen;
- das Verhalten eines Menschen;
- die zwischenmenschlichen Beziehungen eines Menschen;
- das individuelle Erleben von Alter, Krankheit und (anderen) Krisensituationen;
- die Bewusstseinslage und die Orientierung eines Menschen;
- das Befinden eines Menschen;
- die Wirkung der Pflegemaßnahmen;
- die Wirkung der therapeutischen Maßnahmen;
- den Krankheitsverlauf;
- das frühzeitige Erkennen von Risikofaktoren, Folgeerscheinungen und Komplikationen.

Für die Beobachtung eines kranken Menschen sind teilweise **Hilfsmittel** erforderlich, z. B. Fieberthermometer, Blutdruckmessgerät, Uhr mit Sekundenzeiger, verschiedene Teststreifen.

Die **Beobachtungsergebnisse** sind vor allem abhängig von der Funktion der Sinnesorgane, der Aufmerksamkeit sowie dem Auffassungs- und Wahrnehmungsvermögen des Beobachters.

Theoretisches Hintergrundwissen (Altenpflege, Psychologie, Physiologie, Krankheitslehre, Pharmakologie) ermöglicht die gezielte Beobachtung eines Pflegebedürftigen; es ist Voraussetzung, um bestimmte Sachverhalte und Geschehnisse zu erfassen.

Hierin liegt gleichzeitig die **Gefahr, den Blick für das Ganze** – für den Menschen in all seinen Dimensionen – und für Zusammenhänge **zu verlieren**. Eine zielgerichtete Beobachtung schränkt gleichzeitig die Wahrnehmung anderer Begebenheiten ein. Nicht erwartete Veränderungen oder Zusammenhänge können leicht übersehen werden.

Außerdem ist die **Interpretation des Beobachteten** häufig subjektiv, also durch die Einschätzung und die Wertvorstellungen des Beobachters geprägt (z. B.: Die Haut fühlt sich heiß an).

Eine **objektive Beobachtung** gelingt meist nur mit Hilfe von Messgeräten (z. B. Fieberthermometer) oder nur durch mehrere, nicht voneinander beeinflusste Beobachter.

Durch die anschließende **Verarbeitung der Wahrnehmungen und Beobachtungen** (z. B. durch Vergleichen, Erinnern, Bewerten, Interpretieren) kann der aktuelle Zustand des Pflegebedürftigen beurteilt und dem Ergebnis entsprechend reagiert werden.

Nicht jeder Pflegenden (z. B. Auszubildende) ist immer in der Lage, jede Beobachtung zu verarbeiten; umso wichtiger wird die präzise **mündliche und schriftliche Weitergabe** der Informationen.

Die **genaue Berichterstattung** ermöglicht die Information aller Mitarbeiter des pflegerischen Teams. Nicht selten können erst durch das Zusammentragen verschiedener Beobachtungen Zusammenhänge erfasst werden.

5. Pflegetheorien und Pflegemodelle

(Theorie = griech.: Betrachtung, Anschauung)

Der BROCKHAUS definiert eine **Theorie** als „die umfassende wissenschaftliche Lehre zur einheitlichen Erklärung eines Phänomenbereichs mit dem Ziel einer systematischen Ordnung zusammengehöriger Gegenstände“.

Modell definiert er als eine „Darstellung, die nur die als wichtig angesehenen Eigenschaften des Vorbildes ausdrückt, um durch diese Vereinfachung zu einem übersehbaren ... Modell zu kommen“.

Ebenso wie das systematische Erfassen, Analysieren und Handeln nach dem Problemlösungsprozess ist auch das pflegerische Arbeiten auf der Grundlage von Pflegetheorien und -modellen ein **wesentlicher Schritt im Rahmen der Professionalisierung**.

Im Bestreben, die Pflege zu definieren und die Pflegeberufe als eigenständige Profession darzustellen sowie deutlich von anderen Berufsgruppen abzugrenzen, werden in Deutschland zunehmend Pflegetheorien aus anderen Ländern, insbesondere aus dem angloamerikanischen Raum, thematisiert und zum Teil in die Praxis eingeführt.

Inzwischen wurden im deutschsprachigen Raum das Pflegemodell der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ von SR. LILIANE JUCHLI und das „Konzeptuelle System der fördernden Prozesspflege“ von MONIKA KROHWINKEL entwickelt; beide haben in der Praxis weite Verbreitung gefunden.

1992 wurde in Deutschland erstmals ein Altenpflege-modell – erarbeitet von Altenpfleger/-innen – vorgelegt (siehe Seite 41).

Heute werden Pflegetheorien hinsichtlich ihrer **Relevanz für die Praxis** erprobt. In der Altenpflege arbeiten immer mehr Pflegebereiche (ansatzweise) theoriegeleitet, Pflege-Modelle werden zum Teil in Projektgruppen umgesetzt. Vieles ist in der Entwicklung, befindet sich im Fluss.

5.1 Begriffserläuterungen

Die Begriffe „Pflegetheorie“, „Pflegemodell“ und „Pflegekonzept“ sind bisher **nicht einheitlich definiert** und werden zum Teil synonym verwendet.

Deshalb sind die folgenden Definitionen (und weitere) eher als Hilfe zur Orientierung und Einschätzung sowie als Arbeits- und Diskussionsgrundlage denn als eindeutige Begriffsbestimmungen zu sehen.

● Pflegetheorien

„Eine **Theorie** ist ein System von Aussagen zur Erklärung bestimmter Tatsachen oder Erscheinungen und der ihnen zugrunde liegenden Gesetzmäßigkeiten. Theorie ist also immer eine abstrakte (rein begriffliche) Betrachtung einer Wirklichkeit.“ (DRERUP 1990)

Eine Pflegetheorie stellt die Pflege auf theoretischer Ebene dar und bezieht Erkenntnisse anderer Wissenschaften, z. B. der Psychologie und Soziologie, mit ein. Sie **beschreibt** einen **Soll-Zustand** und verfolgt definierte Ziele. Eine Pflegetheorie umfasst wissenschaftlich fundierte Grundaussagen, stellt eine systematische Ordnung der Sinnzusammenhänge pflegespezifischer Phänomene her und übt so wesentlichen Einfluss auf das pflegerische Tun aus.

Eine Pflegetheorie ist in der Regel nicht für jeden Praxisbereich und nicht für jede Pflegesituation geeignet, d. h., die Gültigkeit hinsichtlich der Umsetzung in die Praxis muss jeweils geprüft werden. Die verschiedenen Theorien ergänzen sich untereinander, sodass die Kombination einzelner Elemente verschiedener Pflegetheorien sinnvoll sein kann.

Nach JACQUELINE FAWCETT (1978) ist eine Pflegetheorie „ein relativ spezifisches und konkretes Gebilde von Konzepten und Aussagen, welche Phänomene, die für die Pflege von Bedeutung sind, erklären oder charakterisieren soll“.

Eine Pflegetheorie kann

- das Verständnis pflegerischen Tuns fördern;
- die Einordnung von pflegerelevanten Informationen und Wahrnehmungen erleichtern;
- das Erfassen von pflegerelevanten Zusammenhängen fördern, ermöglichen und erweitern;
- die Planung und die inhaltliche Gestaltung des Pflegeprozesses wesentlich beeinflussen;
- zur Systematisierung pflegerischen Handelns beitragen;
- eine Grundlage für die praktische professionelle Pflege bieten;

- größere Zusammenhänge pflegerischen Handelns sichtbar machen;
- das Verstehen des Pflegealltags fördern;
- vorhandenes Wissen erweitern, vereinen und ordnen;
- kompetente Entscheidungen sowie deren fundierte Begründung von Pflegefachkräften fördern;
- zur Überprüfung des pflegerischen Handelns und der Pflegeeffektivität beitragen;
- die Pflegekompetenzen und -qualität wesentlich verbessern.

● Konzeptuelle Modelle

Mit ihnen werden Behauptungen und **Erkenntnisse in ein allgemeines und globales Bezugssystem eingeordnet**. Sie stehen im Grad der Abstrahierung über den Theorien und sind einer empirischen Überprüfung nicht zugänglich. Zum Teil wird der Begriff *Konzeptuelles Modell* synonym für umfassende Theorie oder Theorie verwendet.

● Pflegemodelle

Die Begriffe Pflegemodell und Pflegetheorie werden häufig nicht unterschieden, sondern synonym verwendet. Pflegemodelle **analysieren** und **definieren einzelne Schlüsselkonzepte** wie Mensch oder Wohlbefinden und erfassen darüber die Pflege insgesamt. Verschiedene Modelle und Konzepte können in einer Pflegetheorie betrachtet und zu einem in sich schlüssigen Ganzen verknüpft werden.

„Unter **Modell** versteht man die vereinfachte Darstellung eines Gegenstandes oder des Ablaufs einer Handlung, um eine Betrachtung zu erleichtern oder überhaupt erst möglich zu machen.

Stände man im oder vor dem Kölner Dom (Wirklichkeit), so könnte man stets nur Teile der Kirche sehen und hätte keinen Überblick über die wahren Größenverhältnisse. Bei einem Modell des Doms kann man das gesamte Bauwerk mit einem Blick erfassen.“ (DRERUP 1990)

● Pflegekonzepte

Konzepte sind **kleinste Bausteine einer Theorie**, sie beschreiben Teilaspekte eines Ganzen, z. B. Hilfslosigkeit, Angst oder Selbstpflegefähigkeit. Um die Bedeutung solcher Phänomene innerhalb einer bestimmten Theorie aufzuzeigen, werden sie definiert und detailliert beschrieben. Die eigentliche Bedeutung der Konzepte kommt bei der Betrachtung und Beschreibung der Zusammenhänge zum Tragen.

Als Schlüsselkonzepte der Pflege (*Paradigmen*) werden für die Pflege bedeutsame abstrakte Begriffe oder Konzepte verstanden, über deren Bedeutung Einigkeit besteht und die in Beziehung zueinander stehen. Alle Pflegetheorien (Pflegemodelle) beschreiben als die vier wichtigsten

- **Person (Mensch),**
- **Gesundheit,**
- **Umwelt (Umgebung),**
- **Pflege.**

Die Definition dieser Konzepte wird durch die jeweils vorherrschenden Einflüsse wie Kultur und Weltanschauung geprägt. Deshalb kann eine Pflegetheorie bzw. ein Pflegemodell nicht universell einsetzbar sein.

5.2 Theorie und Praxis

Die Pflegewissenschaftlerin HILDE STEPPE hat zu der viel diskutierten Frage nach dem **praktischen Nutzen der theoretischen Arbeit** in dem Vorwort zu MARTHA ROGERS Buch „Theoretische Grundlagen der Pflege“ (1995) treffende Aussagen gemacht:

„Was nützt nun einem so sehr am praktischen Handlungsvollzug ausgerichteten Berufsfeld wie der Pflege die Beschäftigung mit Theorien und abstrakten Vorstellungen? Diese Frage lässt sich am besten mit den sich verändernden Ansprüchen an Pflege beantworten und so mit den in den letzten Jahren erhobenen Forderungen der Berufsgruppe nach Eigenständigkeit und Professionalisierung verknüpfen. Unbestreitbar ist pflegerische Leistung im Gesamten längst nicht mehr weisungsabhängig und fachlich korrektes Ausführen von Einzeltätigkeiten, sondern ist ein komplexes Geflecht von Beziehungen und Handlungen, in dem individuell und bedarfsorientiert geplant, zielgerichtet vorgegangen und ergebnisorientiert evaluiert werden muss.

Um dieses auch tun zu können, ist es notwendig, pflegerisches Wissen und Können sinnvoll zu ordnen und die effektive pflegerische Leistung nachzuweisen. Dies ist nicht möglich ohne einen Fundus an systematisch erworbenen Kenntnissen über Pflege. Vereinfacht gesagt: Wenn es sinnvoll ist, zu wissen, warum was mit welchem Ziel in der Pflege getan werden soll, ist ein Fundus an entsprechend gesichertem Wissen notwendig – aus so geschaffenem Wissen wird Wissenschaft.

Dieser Wissenschaft sind viele verschiedene Arten von Wissen zuzuordnen: Erkenntnisse über die Effektivität einzelner pflegerischer Dienste, Erkenntnisse über die historische Entwicklung des Berufs, Wissen über die Vermittlung pflegerischer Inhalte und Aufgaben und ein theoretischer Rahmen, der Pflege in einen größeren Zusammenhang von Kultur und Gesellschaft einordnet. Diesen Sinnzusammenhang zu beschreiben und damit den eigenständigen Beitrag pflegerischer Dienstleistung transparent zu machen, ist das Ziel von konzeptuellen Modellen und Theorien der Pflege.“

5.3 Verschiedene Pflege-theorien

Die Entwicklung von Pflege-theorien schreitet seit ungefähr 50 Jahren voran. Zunächst wurden **im angloamerikanischen Raum Pflege-theorien**, -modelle und -konzepte veröffentlicht. Diese wurden auch in Deutschland aufgegriffen; sie **können aber nicht ohne weiteres übernommen werden**, da es zwischen den Ländern deutliche Unterschiede gibt, z. B. bezogen auf das Berufsbild, die Pflegeausbildung und das Gesundheitswesen. Eine **Bearbeitung** und Verwertung dieser Veröffentlichungen, die inzwischen auch in deutscher Übersetzung vorliegen, ist durchaus wertvoll und **bereichernd für die Entwicklung der wissenschaftlichen Pflege** in Deutschland, wo sie noch nicht so weit fortgeschritten ist und nur auf relativ wenig eigene Forschungsergebnisse zurückgreifen kann. Es würde den Rahmen dieser Abhandlung sprengen, die Vielzahl der zurzeit veröffentlichten Pflege-theorien/-modelle zu besprechen. Dazu wird auf die Primärliteratur und andere Abhandlungen verwiesen (siehe „Literaturhinweise“;

Seite 59). Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die im deutschsprachigen Raum Einfluss nehmenden Theorien/Modelle gegeben.

5.3.1 Grundregeln der Krankenpflege (Virginia Henderson)

Die amerikanische Unterrichtsschwester VIRGINIA HENDERSON (1897 – 1996) veröffentlichte **1939** eine Definition zur Krankenpflege und entwickelte weitere **theoretische Aussagen zur Krankenpflege**. HENDERSON veröffentlichte die „**Grundregeln der Krankenpflege**“; dieses Modell basiert auf **14 Grundbedürfnissen**. Die Aufgaben der Krankenschwester werden im Zusammenhang mit den menschlichen Grundbedürfnissen dargestellt.

„Die besondere Funktion der Schwester besteht darin, den Einzelnen – ob gesund oder krank – bei der Durchführung jener Handlungen zu unterstützen, die zur Gesundheit oder zur Wiederherstellung (oder zu einem friedlichen Tod) beitragen, die er selbst ausführen würde, wenn er über die erforderliche Kraft, den Willen und das Wissen verfügte. Ebenso gehört es zu ihren Aufgaben, dem Kranken zu helfen seine Unabhängigkeit so rasch als möglich wieder zu erlangen.“

„Wichtig ist zu bedenken, dass alle Menschen gemeinsame Bedürfnisse haben, doch ebenso wichtig ist die Erkenntnis, dass alle diese Bedürfnisse auf unendlich verschiedene Art befriedigt werden können. Das bedeutet: eine Schwester – wie klug sie auch immer sein mag und wie viel Mühe sie sich geben mag – kann niemals alles erfüllen und deuten, was eine andere Person zu ihrem Wohlbefinden benötigt. Sie kann nur unterstützend wirken bei den Bemühungen des Patienten um Erlangung der Gesundheit, Genesung von Krankheit und um das, was für den Kranken ein friedlicher Tod bedeutet.“

Anhand dieses noch immer erstaunlich modern klingenden Zitats wird deutlich, welchen **Einfluss** das Modell von HENDERSON **auf das heutige Pflegeverständnis** genommen hat, z. B. hinsichtlich der Orientierung an den Bedürfnissen, der Autonomie und der Ganzheitlichkeit des Individuums. Das Modell kann den bedürfnisorientierten Pflege-theorien zugeordnet werden (siehe Seite 41, Tabelle 3).

5.3.2 Die Elemente der Krankenpflege (Nancy Roper et al.)

Im **angelsächsischen Raum** veröffentlichten NANCY ROPER, WINIFRED W. LOGAN und ALISON J. TIERNEY 1980 das von ihnen entwickelte Pflegemodell „**Die Elemente der Krankenpflege**“, welches 1987 in deutscher Übersetzung vorlag und rasch weite Verbreitung fand. Dieses Pflegemodell wurde zum Teil von VIRGINIA HENDERSONS Pflegeauffassung beeinflusst.

Das Pflegemodell von N. ROPER ist durch **5 Komponenten** gekennzeichnet:

- Lebensaktivitäten (LA),
- Lebensspanne,
- Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Kontinuum,
- die Lebensaktivitäten beeinflussende Faktoren,
- Einzigartigkeit, Individualität des Menschen.

Es basiert auf einem **Modell des Lebens**, das die Aktivitäten des Lebens zum Inhalt hat. Das Leben wird als Prozess von der Empfängnis bis zum Tod dargestellt (= **Lebensspanne**). Während seines Lebens bewegt sich der Mensch mit seinen Lebensaktivitäten auf einem **Kontinuum zwischen vollkommener Abhängigkeit und vollkommener Unabhängigkeit**. Das Ausmaß von Abhängigkeit und Unabhängigkeit bei den Lebensaktivitäten wechselt in den verschiedenen Phasen und Situationen des Lebens. Zum Beispiel können im Säuglingsalter bestimmte Aktivitäten noch nicht ausgeführt werden, im Kindesalter sind sie zunächst teilweise, dann komplett selbstständig durchführbar. Durch Behinderung, Krankheit oder Alter kann die Unabhängigkeit in einzelnen Lebensaktivitäten teilweise oder komplett, vorübergehend oder bleibend verloren gehen. Der **Mensch strebt nach Unabhängigkeit** bei den Lebensaktivitäten.

Hauptkomponente des Modells sind die **12 Lebensaktivitäten** (siehe Seite 41, Tabelle 3). Diese zeigen sich im menschlichen Verhalten und geben Hinweis auf die individuellen Bedürfnisse. Die Aktivitäten beeinflussen sich wechselseitig.

„Die Bezeichnung Lebensaktivitäten wird als eine allumfassende benutzt. Jede Aktivität hat viele Dimensionen; tatsächlich könnte man sie sich als eine übergreifende Aktivität vorstellen, die aus einer Anzahl einzelner Aktivitäten besteht, wie ein Bündel, das aus einer Vielzahl von Elementen zusammengesetzt ist.“ (ROPER 1987)

Wie ein Mensch seine Lebensaktivitäten gestaltet, wird **durch** körperliche, psychologische, soziokulturelle, umgebungsabhängige und politisch-ökonomische **Faktoren beeinflusst**. Sowohl die persönliche Gestaltung der Lebensaktivitäten als auch das Wissen und die Überzeugung eines Menschen von den einzelnen Lebensaktivitäten verdeutlicht seine **Einzigartigkeit**.

Wenn eine Person **Probleme im Zusammenhang mit den LA** lösen, verhindern oder bewältigen muss, kann **Pflege erforderlich** werden.

ROPER et al. **integrierten** 1985 den **Pflegeprozess** in ihr Modell des Lebens. Auf dieser Basis ist es möglich, die Elemente der Krankenpflege zu erkennen, die Pflegehandlungen zu planen, durchzuführen und zu beurteilen, nachdem der Patient in Bezug auf seine aktuellen und potenziellen Probleme eingeschätzt wurde. In der Informationssammlung werden die Gewohnheiten, Fähigkeiten, Defizite, Probleme und Beschwerden festgestellt. Daraus wird abgeleitet, bei welchen Aktivitäten und in welchem Ausmaß Pflege gewünscht oder erforderlich wird.

5.3.3 Die Aktivitäten des täglichen Lebens (Liliane Juchli)

Die Schweizerin LILIANE JUCHLI ist Ordensschwester und Lehrerin für Krankenpflege, außerdem verfügt sie über weitere Qualifikationen im pädagogischen und philosophischen Bereich. Sie verfasste insbesondere das Pflegelehrbuch „Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege“, das über 25 Jahre die Pflege im

deutschsprachigen Raum geprägt hat. Heute ist sie in der seelsorgerisch-therapeutischen Lebensberatung tätig.

Die **Aktivitäten des täglichen Lebens** (ATL) nach SR. LILIANE JUCHLI werden in der Literatur unterschiedlich zugeordnet. Einige Autoren sprechen von einem Pflegekonzept, andere von einem bedürfnisorientierten Pflegemodell oder einer Pflgetheorie. Frau JUCHLI selbst schreibt rückblickend:

„Mein größtes Anliegen war, Theorie und Praxis zu verbinden bzw. dem, was Pflegenden tun, einen theoretischen Rahmen zu geben ... Es war nie meine Absicht, eine eigentliche Krankenpflege-Theorie zu entwickeln oder ein wissenschaftlich gültiges Pflegemodell zu entwerfen, vielmehr ging es mir darum, den Lernenden praxisrelevantes Grundlagenwissen und den Pflegenden eine Hilfe für den Pflegealltag anzubieten.“

Das Modell der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATL) ist u. a. auf der Grundlage der Pflegemodelle von V. HENDERSON und N. ROPER entwickelt worden. Laut L. JUCHLI ist ihnen der Versuch, **Aussagen über das Leben**, die **Lebensäußerungen** und die **Kunst gesunden Lebens** zu machen, gemeinsam.

Wichtige **Elemente des Pflegemodells** sind die **Ganzheitlichkeit** des Menschen, die **ATL**, die **Lebenskraft** und die **Dynamik des Lebens** (Wachstums-, Entwicklungs- und Sterblichkeitsprozess).

L. JUCHLI beschreibt ausführlich den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit und sein Wesen in dieser Welt; diesbezügliche Aspekte prägen das Pflegeverständnis. Sie sieht den **Pflegeprozess als individuellen Problemlösungs- und Beziehungsprozess** und fordert ein ganzheitliches und vernetztes Denken. **Der Mensch** ist ein ganzheitliches, individuelles und verantwortliches Wesen; er besitzt Fähigkeiten zur selbstbestimmten Gestaltung seines Lebens.

JUCHLI stellt umfassend ihre **ganzheitliche Sicht von Gesundheit und Krankheit** dar. Indem sie von Gesundsein und Kranksein spricht, wird deutlich, dass Gesundheit ein Befinden ist und sich am Erleben des Menschen orientiert. Der Mensch, sein Empfinden und Erleben, nicht die Krankheit und die Symptome stehen im Vordergrund der Wahrnehmung. Außerdem nimmt die **Gesundheitspflege** (gesunde Lebensführung, Prävention, Hygiene, Bewältigung von Risikofaktoren) einen besonderen Stellenwert ein; Pflegenden werden insbesondere informierend, beratend und motivierend tätig.

L. JUCHLI prägt den Begriff der **bedingten Gesundheit**, mit dem ein gelingendes Leben trotz nicht veränderbarer Bedingungen (z. B. chronische Krankheit) und unausweichlicher Einschränkungen gemeint ist. *„Gesundheit ist die Kraft, mit der Realität zu leben.“*

Kranksein wird ebenfalls im Zusammenhang mit dem Befinden und Erleben der betroffenen Person sowie der Lebenssituation betrachtet. Es wird nach der **individuellen Bedeutung der Krankheit** gefragt, nach dem Warum, nach der Botschaft oder dem Appell. Diese Sichtweise unterscheidet sich grundlegend von dem traditionellen medizinischen Gesundheits- und Krankheitsbegriff, der den Mangel, die Störung, das Defizit in den Vordergrund stellt.

JUCHLI ergänzte die von HENDERSON aufgeführten Grundbedürfnisse um die ATL „Sinn finden“; hier befasst sie sich in sehr einfühlsamer Weise mit Themen der Philosophie, der Religion und der Lebensanschauung im Zusammenhang mit existenziellen Erfahrungen des Lebens.

Mit der ATL „**Sinn finden**“ betont JUCHLI, dass der Mensch ein sinnorientiertes Wesen ist, das nach seiner Herkunft, seinem Sein und seinem Vergehen fragt und zeitlebens Antworten auf diese Fragen sucht. In der **Sinnfrage** ist die Möglichkeit der **Sinngestaltung** eingeschlossen, der Mensch kann auf die Lebenssituation allgemein und auf Besonderheiten des Lebens reagieren. „*Von besonderer Bedeutung ist diese Fähigkeit in Grenzsituationen, Krisenerfahrungen und traumatischen Lebenseinbrüchen.*“ Für JUCHLI ist der gesunde Mensch ein sinnerfüllter Mensch. Er begegnet seiner Lebensaufgabe und den Herausforderungen des Lebens offen und ist in der Lage, Krisen zu bewältigen. Unterstützung kann notwendig werden, wenn ein Mensch in Folge eines lähmenden Gefühls der Sinnlosigkeit krank geworden ist oder wenn Schicksalsschläge akzeptiert und in das Leben integriert werden müssen. Diese Unterstützung kann nur ein reifer Mensch, der an seiner eigenen Bewusst- und Selbstwertung „arbeitet“, leisten.

Die **Aktivitäten des täglichen Lebens** sind Eigenschaften bzw. Tätigkeiten des gesunden Menschen, der wachstumsorientiert ist und aus einem inneren Verlangen heraus nach positiven Werten strebt. Sie sind aufeinander bezogen, beeinflussen sich gegenseitig und betreffen den Menschen in seiner Ganzheit.

Die ATL können als **Raster** (Orientierungshilfe, Gedankenstütze, Strukturierungshilfe) bei der Erfassung des Pflegebedarfs, der Planung und Durchführung von Pflege dienen. Sie **müssen** aber stets **zusammenhängend**, im Sinne eines Netzwerkes und Regelkreises (Rückkopplung) **betrachtet werden**; nur so kann der Mensch in seiner gesamten Lebenssituation wahrgenommen und betreut werden. Pflegenden sollen den Menschen, nicht die isolierte Aktivität erfassen. Die Grundlagen dazu vermittelt L. JUCHLI in ihren ausführlichen und umfassenden Kommentaren zum Menschenbild, zum Weltbild und zum Pflegeverständnis.

Die ATL sind im Zusammenhang mit den **grundlegenden Schlüsselkonzepten** zu sehen:

- der Mensch als Individuum und Beziehungswesen (Eigenwelt, Mitwelt, Umwelt, Überwelt);
- Gesundheit und gesundes Leben, Krankheit und Krankheitsbewältigung;
- Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Handlungskonzepte der Pflege (Pflegeprozess).

Hieraus beschreibt L. JUCHLI Leitlinien, die die **5 Kategorien der Pflege** enthalten:

- **Selbsthilfeanteile der Pflege:** Gemeint sind das Anleiten, Stützen und Fördern der Selbsthilfe. Krankheit kann diese Anteile eines Menschen blockieren; dann ist

es Aufgabe der Pflegenden, Wege aufzuzeigen, die zur Bewältigung der Krankheit oder Krise führen können.

- **Pädagogische Anteile:** Bei der Lebensgestaltung, insbesondere hinsichtlich der Gesundheit und Gesundheitsbildung sowie im Umgang mit neuen Situationen (z. B. Behinderung) ist es bedeutsam, die persönlichen Fähigkeiten zu erkennen und zu nutzen. Dies muss gelehrt und gelernt werden.
- **Ressourcenorientierte Anteile:** Gemeint ist die Orientierung an den Kräften, Fähigkeiten und Möglichkeiten, etwas für das eigene Gesundsein und Gesundwerden zu tun sowie mit Krankheit zu leben. JUCHLI bezeichnet das Hervorlocken, Aktivieren und Stützen der Gesundheitsressourcen als den kreativsten Anteil der eigenständigen Pflege, wo vor allem auch alternative Maßnahmen zur Anwendung kommen (heilsames Berühren, wohltuende Wickel usw.).
- **Begleiten in Krisensituationen des Lebens:** Pflegenden begleiten Menschen in schwierigen Lebenssituationen, z. B. im Leiden und in der Angst. Begleiten heißt hier, auf einen Gegenpol setzen. Der Gegenpol z. B. von Angst ist die Hoffnung und ist das Vertrauen. Durch das bewusste Stützen dieser Kräfte soll ein Betroffener die Kraft erhalten, (begleitet) neue Wege zu beschreiten und die schwierige Situation zu meistern.
- **Unterstützung der ATL:** Hier geht es um die unterstützende oder stellvertretende Übernahme der ATL pflegebedürftiger Menschen durch Pflegenden, insbesondere um vorbeugende und gesund erhaltende Maßnahmen. Dies ist angezeigt, wenn es um die Sicherung der Grundbedürfnisse geht.

Neben diesen eigenständigen Funktionen haben Pflegenden **weisungsabhängige Aufgaben** im Bereich von Diagnostik und Therapie.

Das systematische Einschätzen, Planen, Durchführen und Reflektieren der Pflege erfolgt mit Hilfe des Instrumentes **Pflegeprozess**.

5.3.4 Fördernde Prozesspflege (Monika Krohwinkel)

MONIKA KROHWINKEL, Professorin für Pflegewissenschaft an der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt, übernahm 1988 das vom Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit geförderte **Forschungsprojekt „Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexikranken“**. Diese Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege war die erste von einer Pflegenden durchgeführte wissenschaftliche Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit in Deutschland. KROHWINKEL hat im Zusammenhang mit Forschungsprojekten **theoretische Erkenntnisse und praktische Verfahren für eine fördernde Prozesspflege** entwickelt. Dabei standen das Verhalten und Erleben von Personen mit längerem Pflegebedarf und deren Bezugspersonen im Mittelpunkt.

Theoretisches Rahmenkonzept

Zur Vorbereitung des Forschungsprojekts hat KROHWINKEL ein theoretisches Rahmenkonzept erstellt, das

als **Grundlage zur Prüfung und Entwicklung von Forschungsstrategien, Methoden und Instrumenten** dienen sollte. Es war beabsichtigt, diesen konzeptionellen Rahmen auch als theoretische Orientierung für die curriculare Entwicklung zum Pflegeprozess in Aus-, Fort- und Weiterbildung verfügbar zu machen.

5.3.4.1 Schlüsselkonzepte des pflegerischen Paradigmas

(Paradigma = wissenschaftliches Denkmuster)

Das Rahmenkonzept umfasst zunächst die vier **pflegeparadigmatischen Schlüsselkonzepte**, die dazu dienen, Grundannahmen und Zielsetzungen des Forschungsprojekts festzulegen:

- **Person**

Person meint in erster Linie den Pflegebedürftigen, schließt den Pflegenden aber mit ein; der **Person** gilt das **zentrale Interesse der Pflege**. KROHWINKEL sieht den Menschen wie Rogers in einem ganzheitlichen Sinn als „*einheitliches, integrales Ganzes, das mehr und anders ist als die Summe seiner Teile, mit seiner eigenen Identität und Integrität*“ (ROGERS 1970). Jeder Mensch trägt das Potenzial zur Entwicklung, zum Wachstum und zur Selbstverwirklichung in sich.

- **Umgebung**

In der ganzheitlichen Sicht ist die Umgebung ein **wesentlicher Faktor mit Einfluss auf das Leben**, die **Gesundheit** und das **Wohlbefinden**. Mensch und Umgebung sind sich wechselseitig beeinflussende Systeme. Zur Umgebung zählen neben allen Lebewesen auch ökologische, physikalische, materielle und gesellschaftliche Faktoren.

Bei der Pflege eines Menschen in einer Pflegeeinrichtung wird die Auswirkung der Umgebung (z. B. der Mitbewohner/-innen, des Zimmers, der Licht- und Luftqualität) erfasst und beeinflusst. Die Arbeitsumgebung mit ihren Ressourcen und Defiziten ist ebenfalls bedeutsam.

Auch in häuslichen Pflegesituationen findet die Umgebung Berücksichtigung und wird bei Bedarf an die Behinderung eines Menschen angepasst. Hierbei üben Pflegende in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen beratende, vermittelnde und informierende Funktion aus.

- **Gesundheit**

KROHWINKEL definiert Gesundheit und Krankheit als „**dynamische Prozesse**“ (nicht als Zustände). Zentrale Gesichtspunkte sind dabei – in Anlehnung an die WHO-Definition von Gesundheit – **Wohlbefinden** und **Unabhängigkeit** als subjektiv empfundene Teile der Gesundheit.

- **Pflegerischer Handlungsprozess**

Er **baut** auf den **Bedürfnissen/Problemen** und insbesondere den **Fähigkeiten** des pflegebedürftigen Menschen **auf** und bezieht deren Auswirkungen auf Unabhängigkeit und Wohlbefinden ein. Die Bedürf-

nisse und Fähigkeiten sind ganzheitlich zu sehen und können nicht in physisch-funktional, willentlich-emotional, kulturell oder sozial aufgespaltet werden, ohne die Zugehörigkeit auch zu den anderen Kategorien zu sehen.

5.3.4.2 AEDL-Strukturmodell

(AEDL = *Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens*)

Das AEDL-Strukturmodell bildet einen weiteren Bestandteil des theoretischen Rahmenkonzepts. Die ersten 11 Bereiche orientieren sich in ihrer Begrifflichkeit an den **Lebensaktivitäten** von NANCY ROPER (1987). Insbesondere im Hinblick auf die Vorbereitung der nachklinischen Situation von Patienten fügte KROHWINKEL die AEDL „**Soziale Bereiche des Lebens sichern**“ hinzu. Hierzu gehören auch die pflegerische Anleitung und Beratung der relevanten persönlichen Bezugspersonen.

Die Verwirklichung der Lebensaktivitäten übt Einfluss auf Leben und Gesundheit aus. Leben und Gesundheit werden aber auch beeinflusst vom Umgang eines Menschen mit existenziellen Erfahrungen des Lebens, die im Zusammenhang mit der Realisierung der Lebensaktivitäten gemacht werden. Um dieses aufzuzeigen, ergänzte KROHWINKEL die AEDL „**Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen**“ und legt folgendes Strukturmodell zugrunde:

1. Kommunizieren
2. Sich bewegen
3. Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten
4. Sich pflegen
5. Essen und trinken
6. Ausscheiden
7. Sich kleiden
8. Ruhen und schlafen
9. Sich beschäftigen
10. Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten
11. Für eine sichere Umgebung sorgen
12. Soziale Bereiche des Lebens sichern
13. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen.

Die verschiedenen **AEDL können nur analytisch voneinander getrennt werden**, tatsächlich sind sie als **Ganzes** zu betrachten, sie sind **miteinander verflochten** und beeinflussen sich wechselseitig.

Bei ihren Untersuchungen gelangte KROHWINKEL zu dem Ergebnis, bei Anwendung der Konzepte ausschließlich zu Lebensaktivitäten bestünde die Gefahr, zwar eine **auf physisch-funktionale Unabhängigkeit** ausgerichtete, **instrumentell-technisch korrekte Pflege** durchzuführen, jedoch die **existenziellen Erfahrungen**, welche Menschen bei Ausübung der Lebensaktivitäten machen, und die **willentlich-emotionale Dimension von Unabhängigkeit und Wohlbefinden** im Pflegeprozess zu vernachlässigen. Dieser Gefahr soll die 13. AEDL „Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen“ entgegenwirken.

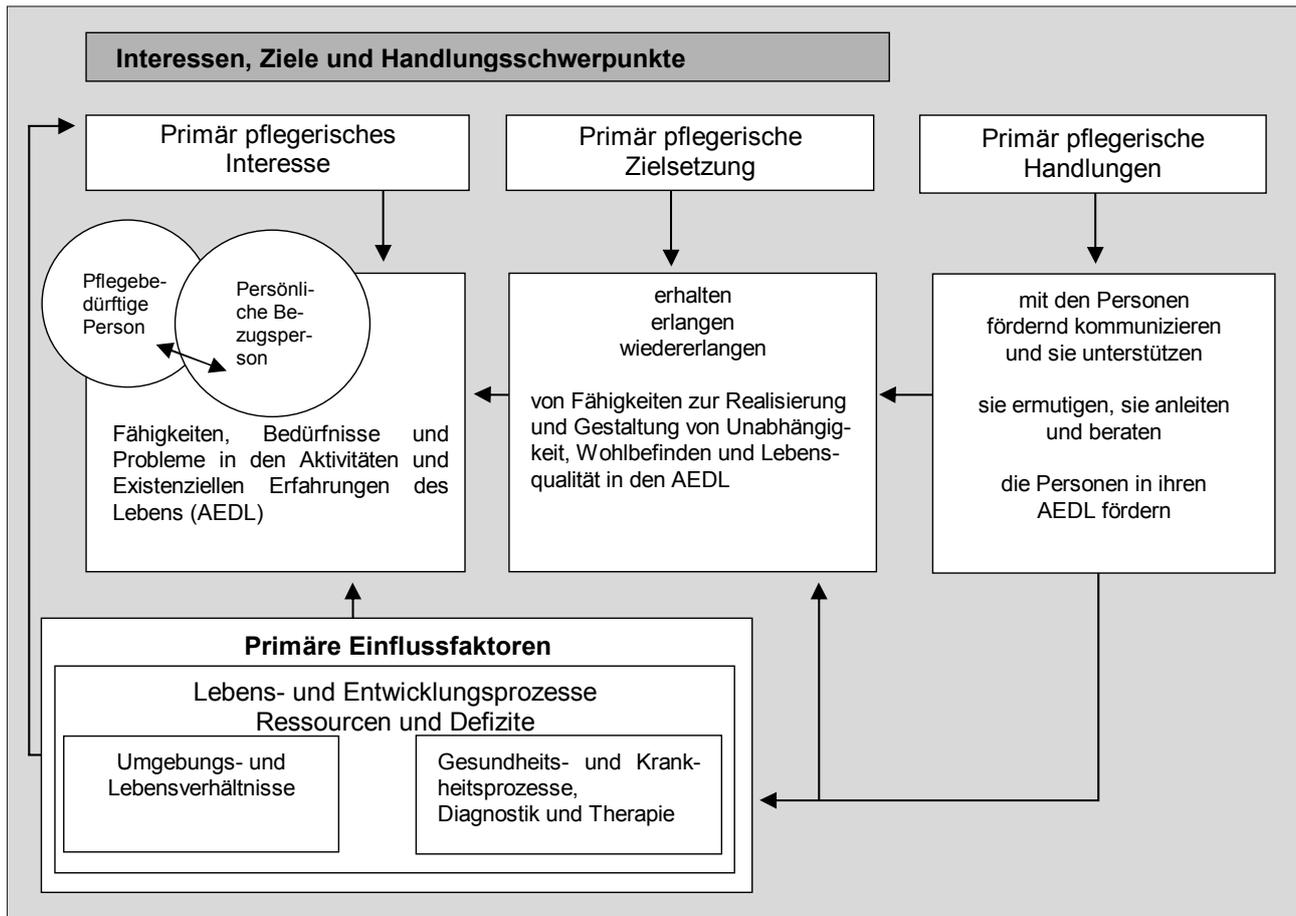


Abbildung 11: Fördernde Prozesspflege (Krohwinkel. In: Osterbrink 1998)

Die **AEDL-Strukturierung** ist als **Instrument zur Erfassung und Zuordnung von Daten**, insbesondere in der Dokumentation des Pflegeprozesses, konzipiert worden.

Weitere Bestandteile des theoretischen Rahmenkonzepts sind das konzeptuelle Rahmenmodell fördernder Prozesspflege, das Pflegeprozessmodell, das Managementmodell und das Modell zum reflektierenden Erfahrungslernen.

5.3.4.3 Konzeptuelles Rahmenmodell

Das konzeptuelle Rahmenmodell wurde 1997 präzisiert und erweitert. Es baut auf den vier Schlüsselkonzepten und dem AEDL-Strukturmodell auf und definiert das primäre pflegerische Interesse, die primär pflegerische Zielsetzung und die primär pflegerischen Handlungen (siehe Abbildung 11).

- **Das primär pflegerische Interesse**

Das pflegerische Interesse konzentriert sich auf die pflegebedürftige Person und die ihr wichtigen **Bezugspersonen**. Im Mittelpunkt stehen deren **Bedürfnisse** und **Probleme**, vor allem aber die **Fähigkeiten**, die zur Verhinderung bzw. zur Bearbeitung von Problemen bei der Verwirklichung der Lebensaktivitäten und im Umgang mit existenziellen Erfahrungen beitragen können.

Die Pflege berücksichtigt **bedeutsame Einflussfaktoren** wie

- Lebens- und Entwicklungsprozesse,
- Umgebung und Lebensverhältnisse,
- Gesundheits- und Krankheitsprozesse sowie hiermit zusammenhängende
- Ressourcen und Defizite.

- **Die primäre pflegerische Zielsetzung**

Sie bezieht sich auf Erhalt, Förderung bzw. Wiedererlangung von **Unabhängigkeit und Wohlbefinden** der pflegebedürftigen Person in ihren Aktivitäten des Lebens und ihrem Umgang mit existenziellen Erfahrungen des Lebens.

Um dies zu erreichen, sind insbesondere auch die Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person und/oder ihrer persönlichen Bezugspersonen (Angehörige, Lebenspartner) systematisch zu erfassen, zu stützen und zu fördern.

Diese Ziele bleiben bestehen, unabhängig davon, ob der pflegebedürftige Mensch gesund, krank oder behindert ist oder ob er stirbt.

- **Die primär pflegerischen Handlungen**

Zu den übergeordneten, fördernd ausgerichteten Handlungen und Aufgaben zählen

- mit pflegebedürftigen Personen und ihren Bezugspersonen **fördernd kommunizieren**,

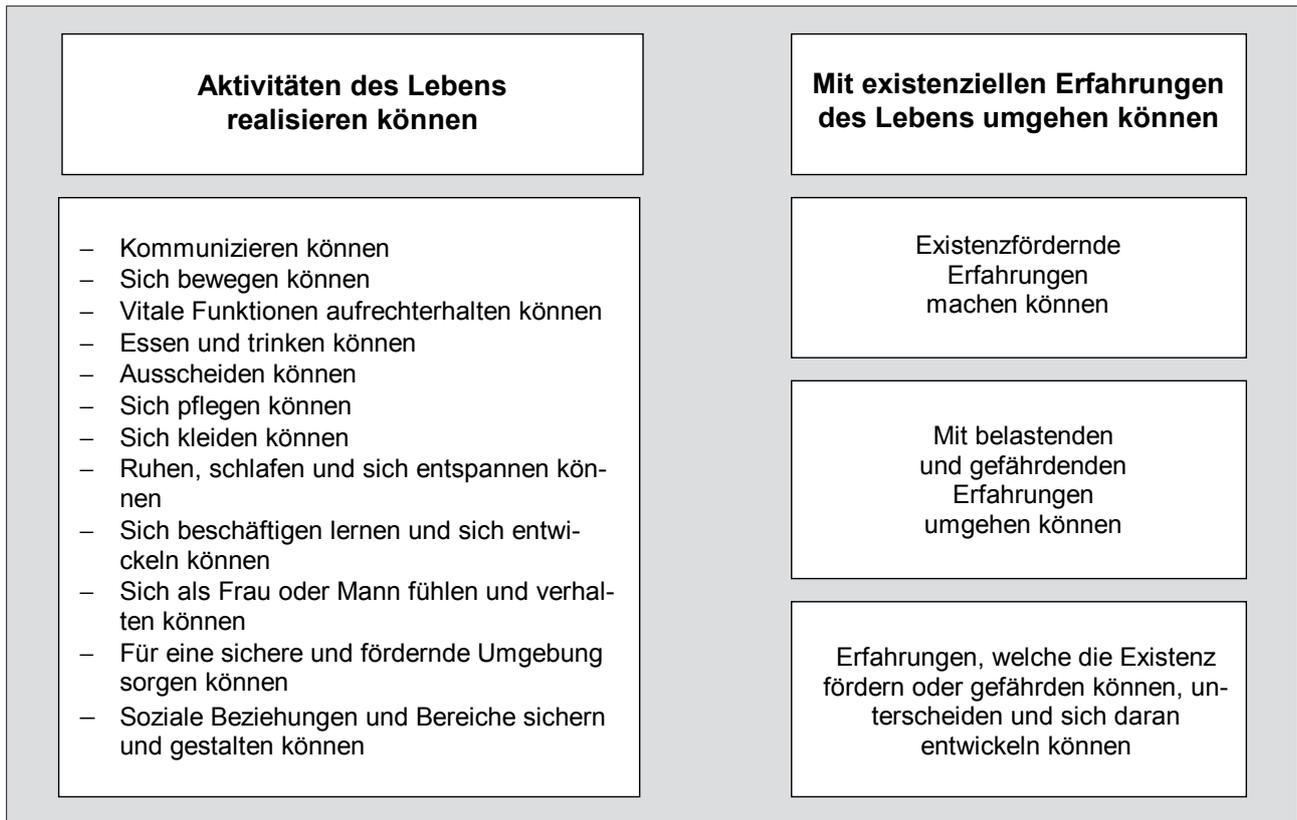


Abbildung 12: **Fähigkeiten in den Aktivitäten des Lebens und im Umgang mit existenziellen Erfahrungen** (Krohwinkel 1984, 1988, 1997)

- sie individuell und in ihrem Bezugssystem ermutigen,
- sie **unterstützen, anleiten, beraten** und **fördern**. Die Fähigkeiten des Pflegebedürftigen und/oder seiner Bezugspersonen sowie unabhängigkeitfördernde Elemente werden erfasst und gefördert. Die pflegerischen Hilfeleistungen orientieren sich an den Bedürfnissen und an den Zielen.

Die Ergebnisse der Studie weisen darauf hin, dass die gezielte pflegerische **Hilfe im Umgang mit existenziell gefährdenden Erfahrungen**, die **Unterstützung bei existenziell fördernden Erfahrungen** sowie eine **gezielte Förderung von Fähigkeiten** in den für den jeweiligen Pflegebedürftigen relevanten AEDL-Bereichen **von zentraler Bedeutung für die Wirksamkeit der Pflege ist**.

Das konzeptuelle System (als übergeordnetes theoretisches Modell) **integriert in das konzeptuelle Rahmenmodell fördernder Prozesspflege und in die weiteren Modelle:**

- **Konzepte**, die wesentlich durch die Schlüsselkonzepte bestimmt sind.
- **Kategorien**, die die fähigkeitsorientiert-fördernde Pflegepraxis von einer allein defizitorientiert-versorgenden Pflegepraxis unterscheiden.
 - **Sichtbarkeit**
Fähigkeiten, Bedürfnisse und Probleme Pflegebedürftiger und ihrer Bezugspersonen werden bewusst wahrgenommen, dargestellt und berücksichtigt.

- **Synergetische Ganzheitlichkeit**
Die Fähigkeiten, Bedürfnisse und Probleme eines Pflegebedürftigen und seiner Bezugspersonen sowie deren Auswirkungen auf Unabhängigkeit und Wohlbefinden werden in all ihren Dimensionen und in ihren Zusammenhängen erfasst. Ergebnisse werden prioritätsorientiert und unter Berücksichtigung der Gesamtsituation ausgewertet.
- **Kongruenz**
Es besteht eine fördernde Übereinstimmung zwischen den physisch-funktionalen und den willentlich-emotionalen Verhaltensdimensionen einer Pflegehandlung. Fehlende Übereinstimmung fördert Abhängigkeit und wirkt dem Wohlbefinden entgegen.
- **Kontinuität**
Die fördernde Prozesspflege wird fortlaufend verwirklicht. Die pflegerischen Abläufe werden individuell sowie umfassend von den pflegerischen Bezugspersonen (möglichst Bezugspersonenpflege) gewährleistet. Diese übernehmen die Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess der ihnen zugeordneten pflegebedürftigen Menschen; eine Aufsplittung pflegerischer Arbeiten und Verantwortung in Einzelbereiche wird vermieden.
- **Unabhängigkeit und Wohlbefinden**
Das pflegerische Verhalten und Handeln ist primär ausgerichtet auf die Förderung von Fähigkeiten (und somit von Unabhängigkeit) des Pflegebedürftigen und seiner Bezugspersonen in den für sie wesentlichen AEDL-Bereichen.

Die Verwirklichung der vorgenannten Kategorien hat einen starken Einfluss auf die Förderung.

- **Prinzipien**, die KROHWINKEL nennt:
 - Synergie und Offenheit
 - Komplementarität und Wechselwirksamkeit
 - Sinn- und Kontextbezogenheit
 - Entwicklungs- und Lebensprozessbezogenheit
 - Beziehungsbezogenheit
 - Fähigkeits- und Förderungsbezogenheit
 - Prioritätsbezogenheit
 - Pflegeprozessbezogenheit.

Auf der Handlungsebene des konzeptuellen Rahmenmodells stellt KROHWINKEL den AEDL-Kategorien des Strukturmodells eine **Konzeption** gegenüber, **die sich auf die Fähigkeiten zur Realisierung von Lebensaktivitäten und zum Umgang mit existenziellen Erfahrungen des Lebens bezieht**. Durch Ergänzung des Wortes „können“ wird die Bedeutung der Fähigkeiten einer Person verdeutlicht (siehe *Abbildung 12*). Den existenziellen Erfahrungen ordnet sie drei Subkategorien zu.

5.3.4.4 Das Pflegeprozessmodell

Im Pflegeprozessmodell (siehe *Seite 18*) wird der Pflegeprozess als individueller Problemlösungs- und Beziehungsprozess definiert. KROHWINKEL hat dieses Phasenmodell der WHO in abgewandelter Form übernommen. Sie weist darauf hin, dass die Phasen, d. h. die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses in der Praxis oft parallel verlaufen.

Die **Feststellung des Pflegebedarfs** (*Pflegebedarfserhebung*) umfasst das Erkennen und Beschreiben pflegerelevanter Fähigkeiten, Bedürfnisse und Probleme eines Pflegebedürftigen im Hinblick auf Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens in ihren Auswirkungen auf den Gesundheits- und Lebensprozess sowie die Einschätzung ursächlicher Faktoren (z. B. Krankheit, Umwelteinflüsse).

Wenn die pflegerischen Grundprobleme und Fähigkeiten in einem AEDL-Bereich festgestellt sind, ist zu prüfen, ob diese **Auswirkungen** auf Probleme, Bedürfnisse und Fähigkeiten in **anderen Aktivitäten** (z. B. Ruhen und schlafen) haben und als **existenzielle Erfahrung** (z. B. mit einem veränderten Körperschema leben müssen) erlebt werden. Bei Bedarf sind entsprechende pflegerische Maßnahmen zu planen. Durch das Erkennen und Berück-

sichtigen von Wechselwirkungen und Zusammenhängen wird der Pflegeprozess ganzheitlich.

Die Verwirklichung ganzheitlich-fördernder Prozesspflege ist am Ausprägungsgrad der Kategorien Sichtbarkeit, Ganzheitlichkeit, Kontinuität und Unabhängigkeit zu erkennen (siehe „*Kategorien*“, *Seite 38*).

Die **Pflegedokumentation** ist ein bedeutsamer Bestandteil der ganzheitlich-fördernden Prozesspflege. Sie hat diesbezüglich stützende, fördernde und beweisende Funktion, z. B. kann sie die Wirksamkeit und Kontinuität der Pflege erhöhen.

Die Studienergebnisse zeigen, dass der Pflegeprozess in den drei Hauptaufgaben- und Verantwortungsbereichen auch methodisch-inhaltlich bearbeitet werden kann und muss, wenn er wirksam sein soll.

5.3.4.5 Das Managementmodell

Das von M. KROHWINKEL entwickelte Managementmodell **verdeutlicht den Kontext ganzheitlich-fördernder Prozesspflege**. Zur Umsetzung des Pflegeprozesses ist ein **zielorientiertes Pflegesystem mit klar strukturierten Aufgaben- und Verantwortungsbereichen** innerhalb des Gesamtsystems der Pflegeeinrichtung/des Pflegebereichs sowie innerhalb des Pflegesystems selbst erforderlich.

- **Pflegerische Hauptaufgaben und Verantwortungen**
In den Bereichen
 - direkte Pflege,
 - Pflegedokumentation und
 - pflegerische Arbeitsorganisation
 erfasst die Pflege den Bedarf und hat Entscheidungs-, Durchführungs- und Evaluationsverantwortung.
- **Weitere Aufgaben- und Verantwortungsbereiche**
 - Im Rahmen **medizinischer Diagnostik** und **Therapie** übernehmen Pflegendenach entsprechender Delegation die **Durchführungsverantwortung**. Die Entscheidungs-, Delegations- und Evaluationsverantwortung obliegen dem Arzt.
 - In Zusammenarbeit und Abstimmung mit anderen Berufsgruppen nehmen Pflegenden Aufgaben der **Kooperation** und **Koordination** wahr. Die gegenseitige Unterstützung ist auf ein gemeinsames Ziel hin ausgerichtet, z. B. Wohlbefinden und Unabhängigkeit eines Bewohners.

Managementmodell

Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der Pflege im Rahmen ganzheitlich-fördernder Prozesspflege

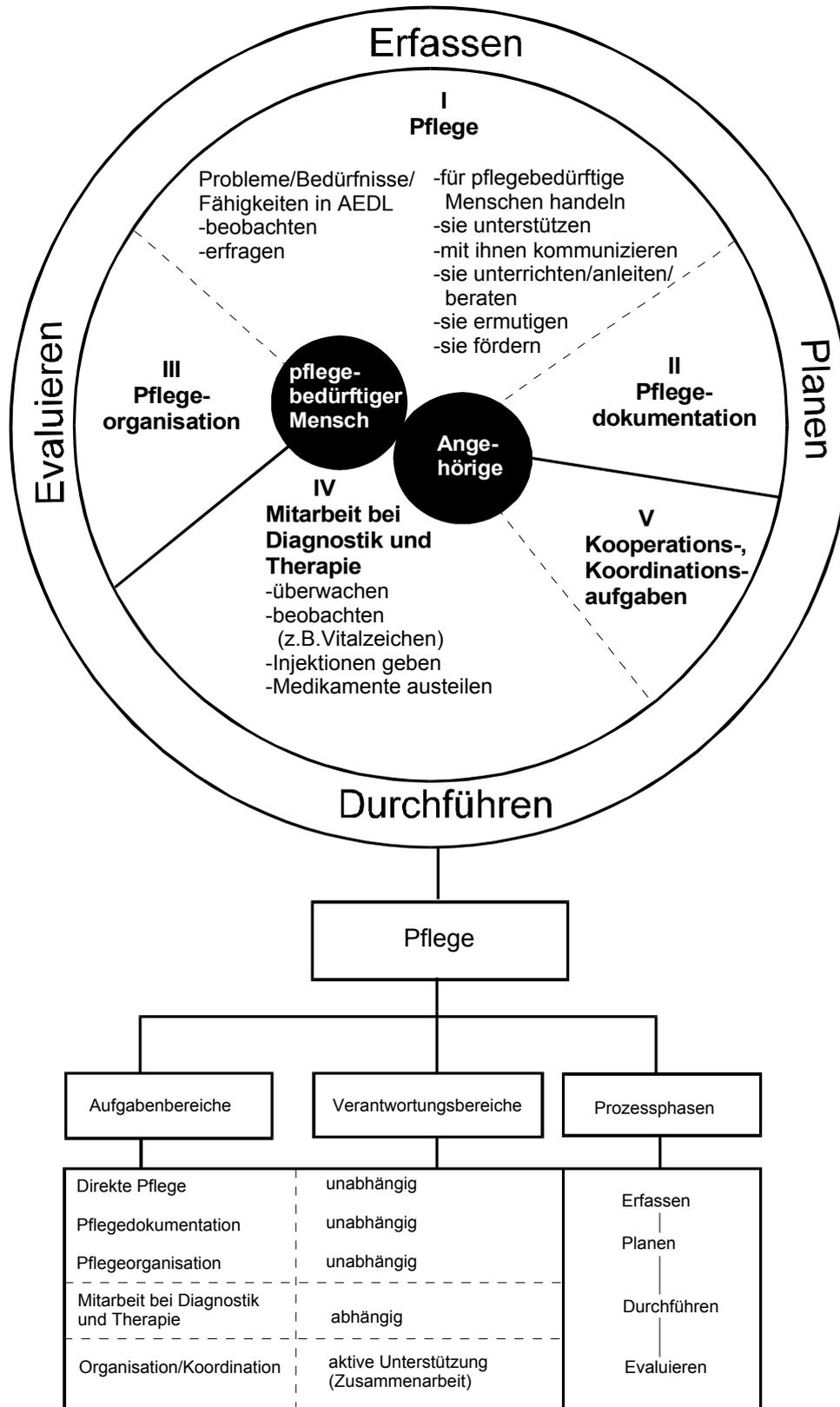


Abbildung 13: Managementmodell (Krohwinkel 1993)

Tabelle 3: Gegenüberstellung einiger Pflegemodelle

Die 14 Grundbedürfnisse des Menschen nach V. Henderson	Die Lebensaktivitäten (LA) nach N. Roper	Die Aktivitäten des täglichen Leben (ATL) nach L. Juchli	Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens (AEDL) nach M. Krohwinkel
Mit anderen Menschen zu verkehren, Empfindungen, Nöte, Befürchtungen etc. kundtun	Kommunizieren	Kommunizieren	Kommunizieren
Sich zu bewegen und eine gewünschte Position einzuhalten	Sich bewegen	Sich bewegen	Sich bewegen
Normale Körpertemperatur durch jeweils dem Klima angepasste Kleidung aufrechterhalten	Die Körpertemperatur regulieren	Körpertemperatur regulieren	Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten - Atmen - Kreislauf regulieren - Temperatur regulieren
Den Körper sauber und gepflegt zu halten und die Haut zu schützen	Sich sauber halten und kleiden	Sich waschen und kleiden	Sich pflegen
Entsprechende Bekleidung auszuwählen, sich aus- und anzuziehen			Sich kleiden
Entsprechend zu essen und zu trinken	Essen und trinken	Essen und trinken	Essen und trinken
Ausscheiden mithilfe aller Ausscheidungsorgane	Ausscheiden	Ausscheiden	Ausscheiden
Normal zu atmen	Atmen	Atmen	
Zu schlafen und zu ruhen	Schlafen	Wach sein und schlafen	Ruhen und schlafen
Zu spielen oder an verschiedenen Unterhaltungen teilzunehmen	Arbeiten und spielen	Raum und Zeit gestalten – arbeiten und spielen	Sich beschäftigen
Zu lernen, entdecken oder die Wissbegierde zu befriedigen, was zur „normalen“ Entwicklung und Gesundheit führt			
	Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten	Kind, Frau, Mann sein	Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten
Gefahren in der Umgebung sowie Verletzung anderer zu vermeiden	Für eine sichere Umgebung sorgen	Für Sicherheit sorgen	Für eine sichere Umgebung sorgen Soziale Bereiche des Lebens sichern
Etwas zu tun, was ein Gefühl der Befriedigung verschafft	Sterben	Sinn finden im Werden – Sein – Vergehen	Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen
Gemäß dem persönlichen Glauben Gott zu dienen			

5.3.5 Altenpflegemodell – Modell der Lebensdimensionen

*Bernd Heisterkamp, Duisburg
Ursula Pfäfflin-Wagner, Paderborn
Erika Stempfle, Paderborn
Els Voget-Overeem, Neukirchen*

Einleitung: Leistungsfähigkeit und Begrifflichkeit eines Altenpflegemodells

1992 wurde von uns ein Altenpflegemodell vorgelegt, das das sozial-pflegerische Berufsprofil theoretisch begründet. Dieses sozial-pflegerische Berufsprofil entspricht den Bedürfnissen und Bedarfslagen der älteren Menschen. In der Zwischenzeit haben sich die Rahmenbedingungen unseres Sozial- und Gesundheitswesens und damit auch der Altenpflege gewandelt und sind weiter in Bewegung. In dieser Phase des Umbruchs ist eine theoretische Definition der Altenpflege wichtiger denn je, sowohl für den theoretischen Diskurs als auch für die Praxisfelder. Praxis

und Ausbildung müssen theoretisch verankert sein, um das Selbstverständnis der Altenpflege in Zeiten z. T. stürmischer Veränderungen begründet vertreten zu können. Angesichts der bereits erfolgten sozialpolitischen Weichenstellungen ist es wichtig, dass die Definitionskompetenz bei der Altenpflege selbst liegt, denn die Rahmenbedingungen der Altenpflege gehen in die Theoriebildung lediglich als **ein** Bestimmungsfaktor ein.

Die bisher existierenden theoretischen Konzepte, die im Bereich der Altenpflege diskutiert werden, stammen entweder aus der Sozialgerontologie oder aus den Pflegewissenschaften.

- Die **sozialgerontologischen Alternstheorien** oder Modelle vom Altern wurden von Wissenschaftlern, z. T. unter experimentellen Bedingungen¹ entwickelt. Sie betrachten das Alter(n) sehr allgemein und weisen oft eine große Praxisferne auf. Teilweise spezialisieren sie sich auf ein oder zwei Aspekte des Altwerdens.

1. Hierzu zählen u. a. Studien zur geistigen Leistungsfähigkeit alter Menschen.

- Altenpflege bezieht sich von ihrem Berufsbild her nicht primär auf die Gesundheitsdimension und deshalb sind **Pflegemodelle aus der Krankenpflege** nur sehr begrenzt in der Altenpflege anwendbar. Die in der Bundesrepublik breit diskutierten theoretischen Modelle der Pflegewissenschaften wurden, abgesehen von wenigen Ausnahmen, überwiegend in den USA und in Großbritannien unter anderen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen entwickelt. Sie sind nur bedingt transferierbar auf die Pflege in der Bundesrepublik und behandeln die Altenpflege nur in einigen relativ unzusammenhängenden Aspekten als Randthema.

Wir wollen/wollten mit diesem Modell zum Diskurs und zur theoretischen Reflexion über die Altenpflege auf einer Metaebene einladen. Es sollte keine Theorie mittlerer Reichweite in einem Schritt entwickelt werden. Das Modell basiert auf den im deutschsprachigen Raum üblichen wissenschaftstheoretischen Begrifflichkeiten und Nomenklaturen im Bereich der Sozialwissenschaften.² In seinem Aufbau folgt das Altenpflegemodell den Konzepten der Theoriebildung, die sich gegenseitig bedingen.³ Diese sind:

- Menschenbild
- gesellschaftliche Rahmenbedingungen
- Klientensystem
- Interventionsbedarf
- Definition von Altenpflege
- Interventionsprinzipien.

Das Modell definiert Altenpflege und verdeutlicht somit ihre Eigenständigkeit. Es liefert einen theoretischen Rahmen für die Weiterentwicklung einer professionellen Identität in der Altenpflege und schafft Klarheit für Praxis, Lehre und Forschung.

Theoretisches Wissen und Intuition sind handlungsleitend für die Altenpflege. Durch die Systematisierung des Wissens und das Aufzeigen von Begründungszusammenhängen können sowohl die Intentionen der Altenpflege als auch die Notwendigkeit altenpflegerischer Interventionen klarer bestimmt, gesichert und überprüft werden.

Modell der Altenpflege

Menschenbild

Jeder Mensch (der alte Mensch, die Fachkraft für Altenpflege⁴, der Angehörige...) ist als Person einzigartig in seiner jeweils individuellen (Un-) Vollkommenheit.

2. Dies muss v. a. klargestellt werden im Blick auf die davon abweichende Verwendung des Begriffes Modell im anglikanischen Sprachraum: „Modell“ wird dort teilweise synonym mit Theorie gebraucht, teilweise auch als System von abstrakten Konzepten auf einer allgemeineren Ebene als Theorie. Letztere Bedeutung wurde auch in die deutsche pflegewissenschaftliche Literatur übernommen, im Unterschied zu anderen wissenschaftlichen Disziplinen, die den Begriff unterhalb der Theorieebene ansiedeln.

3. Vgl. exemplarisch: Stevens, B.: Nursing Theory, Analysis, Application, Evaluation. Boston 1979 und Lowy, L.: Soziale Arbeit mit alten Menschen. Freiburg 1981

4. Unter einer Fachkraft für Altenpflege verstehen wir in unseren Ausführungen eine staatlich anerkannte Altenpflegerin bzw. einen staatlich anerkannten Altenpfleger.

Er befindet sich in einem lebenslangen Entwicklungsprozess von der Geburt bis zum Sterben und Tod. Der Mensch lebt in ständiger Interaktion mit seiner Umwelt und entwickelt in der Auseinandersetzung mit ihr seine ihm eigenen Strategien, Kompetenzen und Unvollkommenheiten. Er erfährt darin seine besondere biografische Prägung. Die Individualität eines Menschen resultiert somit aus seiner Biografie und seiner Umwelt.

Die Zielrichtung des Entwicklungsprozesses ist, die Integrität der Person zu erreichen, zu erhalten oder wieder neu herzustellen. Seine Begrenztheit ist u. a. die Grundlage für den Kontaktbedarf zu anderen Menschen. Mit zunehmendem Alter treten deutlicher die Tatsachen hervor, die auf die eigene Endlichkeit hinweisen. Körperliche, geistige, seelische und kommunikative Behinderungen oder soziale Isolation schränken einen Teil alter Menschen in einem hohen Ausmaße ein. Sie können die Integrität ihrer Person nicht mehr selbst schützen und brauchen Unterstützung bis hin zur Pflege als Lebensraumsicherung.⁵

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Altenpflege findet in einem vorgegebenen gesellschaftlichen Rahmen innerhalb einer bestehenden Gesellschaft statt. Dieser gesellschaftliche Rahmen ist kulturspezifisch und unterliegt einem sozialen Wandel. Jede Gesellschaft entwickelt eigene Werte und Normen und ihr eigenes Altersbild.

Den Rahmen der Altenpflege bestimmt heute eine pluralistische Gesellschaft mit unterschiedlichen und teilweise sogar gegensätzlichen Werten und Normen. Die Normen und Werte implizieren Rollenerwartungen, sowohl an den alten Menschen als auch an die Altenarbeit und an die einzelne Fachkraft für Altenpflege. Die Normen, Werte und die daraus abgeleiteten Rollenerwartungen bedürfen einer kontinuierlichen kritischen Reflexion, um den sich ständig ändernden Bedürfnissen und Bedarfslagen der alten Menschen gerecht werden zu können.

Die Gesellschaft hat verschiedene Rollen für den alten Menschen vorgesehen bzw. nicht mehr vorgesehen und hat damit bestimmte Vorstellungen von einem „normalen“ Alter(n). Eine Beurteilung der Individuen nach den Normen der Leistung und Effizienz entwertet die alten Menschen.

Es ist eine ethische Herausforderung an unsere Gesellschaft, jedem Menschen den Lebensraum zu sichern, in dem seine persönliche Integrität gewahrt werden kann. Die Rahmenbedingungen der Altenarbeit müssen entsprechend gestaltet werden.

Klientensystem

Das Klientensystem der Altenpflege ist der alte Mensch in seinem Lebensraum.

5. ANDREAS WITTRAHM umschreibt die Aufgaben der Altenpflege als Lebensraumgestaltung = Lebensraumsicherung, Lebensraumbereicherung, Lebensraumerweiterung. (Vgl.: Wittrahm, A.: Personenzentrierte Altenpflege: Eine Perspektive für menschenwürdiges Zusammenleben von pflegebedürftigen alten Menschen und ihren Pfleger/Innen. In: Deter, D./Staumann, U. (Hrsg.): Personenzentriert verstehen, gesellschaftsbezogen denken, verantwortlich handeln. Köln 1990, S. 214 f.)

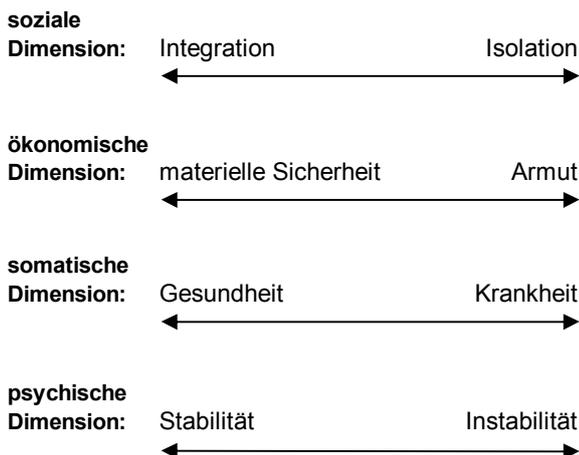
Dem Klienten begegnet die Fachkraft für Altenpflege in verschiedenen Lebensräumen wie z. B. in seiner Privatwohnung, in seinem Zimmer im Altenheim, in der Tagespflege, in seiner angestammten oder neuen Umgebung. Altenpflege findet immer innerhalb des sozialen Mikrosystems (Familie, Freunde ...) und des sozialen Makrosystems (Nachbarschaft, Stadtteil, Gemeinde ...) des alten Menschen statt und betrifft nie isoliert nur den einzelnen alten Menschen. Sie muss immer integrativ tätig sein und den Bezug zum sozialen Netz aus professionellen und nicht professionellen Unterstützern herstellen. Das Einverständnis des Klientensystems mit den altenpflegerischen Interventionen ist für die Altenpflege unerlässlich.

Interventionsbedürftigkeit/Interventionsbedarf

Intervention ist ein programmatischer Versuch, etwas oder jemanden zu verändern.⁶

Ein Interventionsbedarf besteht in der Altenpflege immer dann, wenn die Integrität eines alten Menschen bedroht ist und/oder möglicherweise bedroht werden könnte und seine eigenen Bewältigungsstrategien nicht ausreichen. Wenn der alte Mensch die ihm direkt oder indirekt widerfahrenden sozialen, wirtschaftlichen, körperlichen, psychischen oder geistigen Veränderungen nicht mehr mit seinem Lebens- und Selbstkonzept in Übereinstimmung bringen kann, dann ist eine solche Bedrohung gegeben. Bei den Interventionen können Aspekte der Optimierung, der Prävention, der Therapie, der Rehabilitation und/oder des Managements des Status quo im Vordergrund stehen.⁷

Die persönliche Integrität umfasst eine soziale, eine ökonomische, eine somatische und eine psychische Dimension. Die Dimensionen stellen Kontinuen zwischen jeweils zwei Polen dar:



Ein hohes Maß an Integrität kann gegeben sein durch:

- eine objektiv gute Position auf einem oder mehreren Kontinuen.

6. Vgl. Lehr, U.: Gero-Intervention – das Insgesamt der Bemühungen, bei psycho-physischem Wohlbefinden ein hohes Lebensalter zu erreichen. In: Dies. (Hrsg.): Interventionsgerontologie. Darmstadt 1979, S. 2 ff.

7. Vgl. Lehr, U.: Gero-Intervention – das Insgesamt der Bemühungen, bei psycho-physischem Wohlbefinden ein hohes Lebensalter zu erreichen. In: Dies. (Hrsg.): Interventionsgerontologie. Darmstadt 1979, S. 4

- eine Anpassung des Lebens- und Selbstkonzeptes an die Realität:
 - Nach einem Verlust des Partners kann die Entdeckung, dass das Leben allein auch Freiheiten und Vorteile bietet, zur Wiedererlangung der Integrität führen.
 - Der teilweise Verlust der Beweglichkeit kann dadurch leichter akzeptiert werden, dass eine andere Fähigkeit wie z. B. gutes Sehen, neu hoch bewertet wird, und der alte Mensch erschließt sich neue Quellen der Lebenszufriedenheit, die nicht an eine Mobilität gebunden sind.
 - Eine Gehbehinderung kann aber auch durch Hilfsmittel, durch die Inanspruchnahme von Fahrdiensten, durch ein intaktes familiäres Unterstützungsnetz, ausgeglichen werden.
 - Familiäre Isolation kann bei psychischer und somatischer Stabilität durch das Erschließen neuer Sozialkontakte kompensiert werden.

Entscheidend ist nicht das objektive Ausmaß der Bedrohung der Integrität, sondern wie der einzelne alte Mensch die Bedrohung subjektiv erlebt und bewertet und über welche Bewältigungsstile er verfügt.

Altenpflege

- Altenpflege ist die Intervention einer Fachkraft für Altenpflege bei bestehendem Interventionsbedarf.
- Altenpflege soll die Integrität des alten Menschen schützen, fördern, erhalten und wiederherstellen helfen.
- Altenpflege ist eine professionelle und zugleich existenzielle Handlung zwischen Menschen.
- Altenpflege wird immer subsidiär tätig.
- Altenpflege ist prinzipiell Langzeitpflege:
 - Sie ist biografisch am Lebenslauf orientiertes Tun.
 - Sie ist Pflege in und durch Beziehung. Die pflegerische Beziehung ist an sich therapeutisches Mittel.⁸
 - Sie ist der Selbstbestimmung des alten Menschen verpflichtet und unterstützt seine Selbstständigkeit, um in allen Lebenssituationen jeden Entscheidungs-, Handlungs- und Gestaltungsspielraum des alten Menschen ausschöpfen zu können.
 - Sie ist Begleitung in Grenzsituationen des Lebens, so auch im Sterben. Sie schafft ein Milieu zum Sterben.

Interventionsprinzipien

Intervention ist systematisch geplantes, eingreifendes, zielgerichtetes Handeln unter den Aspekten der Optimierung, Prävention, Rehabilitation/Therapie und des Managements des Status quo.

Die einzelnen Schritte der Intervention sind:

- Aufnahme der Beziehung/Informationssammlung
- Erkennen der Kompetenzen, Ressourcen und Probleme
- Festlegen von Interventionszielen

8. Vgl. Kauffeld, S.; Kühnert, S./Wittrahm, A.: Psychologie für die Altenarbeit. Bonn 1992

- Planung der Interventionen
- Durchführung der Interventionen
- Auswertung der Wirkung der Interventionen/evtl. Beendigung der Beziehung.⁹

Das Prozesshandlungsmodell der Altenpflege muss entsprechend den vorher beschriebenen Schlüsselkonzepten (Menschenbild, gesellschaftliche Rahmenbedingungen, Klientensystem, Interventionsbedürftigkeit/-bedarf, Definition Altenpflege) angewendet werden.

Im Entscheidungsfindungsprozess über den Interventionsbedarf sind insbesondere zwei Fragen zu klären:

1. Wer legt in der konkreten Situation den Interventionsbedarf fest:
 - der alte Mensch selbst?
 - sein engeres oder weiteres soziales Umfeld (soziales Mikrosystem bzw. soziales Makrosystem)?
 - die Gesellschaft?Wer setzt sich durch bei unterschiedlicher Einschätzung der Bedarfslage?
2. Ist eine stellvertretende Artikulation zulässig oder gar zwingend notwendig, wenn der alte Mensch selbst die Bedrohung seiner Integrität nicht mehr artikulieren kann?

ad 1:

Die Definitionsmacht liegt beim Betroffenen selbst. Die Dekompensation in Krisensituationen darf nicht dazu führen, über ihn und seinen Hilfebedarf zu befinden. Es macht u. a. dies die Professionalität der Altenpflege aus, dass die Definitionsmacht so weit wie möglich beim alten Menschen bleibt.

ad 2:

Stellvertreteraufgaben können in der Altenpflege nicht immer ausgeschlossen werden. Nicht ohne weiteres verständliche Willensbekundungen eines alten Menschen bedürfen der Interpretation. Dies erfordert eine spezifische Form der permanenten professionellen Reflexion.

Ausblick

Das Modell versteht Altenpflege als einen sozial-pflegerischen Beruf auf der Nahtstelle von Pflege und Sozialpädagogik/Sozialarbeit¹⁰ und stellt einen Beitrag zu einer theoretischen Klärung auf der Metaebene dar. Es bietet als Prozesshandlungsmodell einen theoretischen Rahmen und eine Hilfestellung für die Weiterentwicklung der Altenpflege im Sinne einer Professionalisierung und Qualitätsbeschreibung der Altenpflege.

In weiteren Schritten erfolgt dann die Umsetzung in Konzepte

- für die Altenpflegepraxis
- für die Altenpflegeausbildung
- für die Altenpflegeforschung.

Das Modell der Altenpflege entstand aus der Altenpflege heraus und wurde von Altenpfleger/-innen entwickelt.

5.3.6 Weitere Pflegemodelle

Es liegen weitere Modelle aus dem angelsächsischen Sprachraum vor, auf die hier nicht näher eingegangen wird, z. B.:

- **Dorothea Orem** – Selbstpflegemodell (Selbstfürsorge-Defizit-Theorie)
- **Dorothy Johnson** – Verhaltenssystemmodell
- **Imogene King** – Allgemeines Systemmodell (und daraus abgeleitete Zielerreichungstheorie)
- **Martha Rogers** – Wissenschaft vom unitären Menschen
- **Calista Roy** – Adaptionsmodell (Theorie der Anpassung)
- **Juliet Corbin/Anselm Strauss** – Pflegemodell Chronische Krankheiten
- **Madeleine Leininger** – Theorie der transkulturellen Pflege
- **Jean Watson** – Theorie der transpersonalen Zuwendung. Zur Vertiefung wird auf die Primärliteratur verwiesen.

6. Pflegeleitbild

■ Definition

„Ein Pflegeleitbild ist eine schriftliche **Deklaration der geistigen Werteorientierung** eines Pflegedienstes. Es legt die **ideelle Grundeinstellung** fest, die bei der Zielsetzung und Durchführung pflegerischer Aufgaben richtungsweisend ist.“ (KELLNHAUSER 1991)

„Unter dem Leitbild ist die **zentrale Vorstellung von der Dienstleistung Pflege** zu verstehen. Es öffnet die Augen, begeistert Mitarbeiter, regt sie zum Nachdenken und Handeln an, dazu, sich für die gemeinsame Idee einzusetzen. Es **vermittelt** der Öffentlichkeit, den Beschäftigten und Kunden einen **glaubwürdigen Sinnzusammenhang** dafür, wie der Pflegebereich des Hauses handelt. Es motiviert nach innen und profiliert nach außen.“ (KÄMMER 2000)

■ Voraussetzung Betriebsleitbild

Da ein Pflegedienst immer Teil eines Betriebes ist, wird ein Pflegeleitbild auf der Grundlage eines Betriebsleitbildes (*Unternehmensphilosophie*) erarbeitet. Ein **Betriebsleitbild** weist bestimmte Eckpunkte auf, die im Pflegeleitbild aufgegriffen werden:

- **Betriebliches Selbstverständnis**, das Aussagen dazu macht, wie ein Betrieb sich selbst und seine Aufgaben sieht.
- **Betriebliche Einstellung**, die darlegt, welche Einstellung gegenüber einem Pflegebedürftigen und dessen Angehörigen besteht.
- **Betriebliche Verpflichtung**, die sich darauf bezieht, wie ein Betrieb seine Aufgaben erfüllen möchte.

9. Vgl. Fiechter, V./Meier, M.: Pflegeplanung, Basel 1996 sowie Lowy, L.: Soziale Arbeit mit alten Menschen. Freiburg 1981

10. Vgl. Hoppe, B.: Zukunft und Ort des Altenpflegeberufes zwischen Pflege und Sozialpädagogik. In: Arnold, K./Hoppe, B. (Hrsg.): Curriculumentwicklung und Professionalisierung. Frankfurt/M. 1994, S. 100

■ Inhalte eines Pflegeleitbildes

Jede pflegerische Institution muss ihr eigenes Pflegeleitbild erarbeiten; dies ist in erster Linie Aufgabe der Pflegedienstleitung. Die Inhalte müssen mit dem Betriebsleitbild übereinstimmen.

Damit ein Pflegeleitbild von den Mitarbeitern akzeptiert und in der täglichen Praxis umgesetzt wird, ist es wichtig, sie an der Entwicklung zu beteiligen. Außerdem muss das Pflegeleitbild **realistisch, verständlich, praxisbezogen und wirklichkeitsnah** sein. Seine Verwirklichung in der Praxis ist ein fortlaufender Prozess und kann nur schrittweise erfolgen.

Einzelne Stationen können auf der Grundlage des Pflegeleitbildes der Einrichtung ein **Leitbild für die Pflegestation** bzw. den Pflegebereich erarbeiten (*Stationsleitbild*), das die besonderen Anforderungen und die spezifischen Aufgaben dieses Arbeitsfeldes (z. B. gerontopsychiatrische Station) berücksichtigt.

Ein Pflegeleitbild beinhaltet

- eine Beschreibung des hausinternen Pflegeverständnisses;
- Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der Pflege (auch in Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen);
- die ideelle Grundeinstellung der Pflegenden, ihre moralischen Werte und Normen;
- das richtunggebende Menschenbild (dieses wird auch durch den Träger der Einrichtung, z. B. eine Kirche, beeinflusst);
- das Berufsverständnis;
- die Ziele der Pflege;
- Aussagen über die Orientierung an einer bzw. mehreren Pflege-theorien/Pflegemodellen.

Das Pflegeleitbild legt **Richtlinien für pflegerisches Handeln** fest. Laut KARLA KÄMMER (2000) trifft ein Pflegeleitbild insbesondere Aussagen

- zu den Möglichkeiten einer lebendigen Gestaltung des Lebensabschnittes „Altern“ trotz Hilfe- und Pflegebedürftigkeit – und was der Pflegedienst dazu beiträgt;
- zur menschlichen Würde und zu der Unverfügbarkeit der menschlichen Existenz; zum Recht auf Leben mit angemessener pflegerischer Begleitung bis zum Schluss;
- zur Freiheit und Selbstbestimmung des pflegebedürftigen Menschen sowie zum Schutz der Intim- und Privatsphäre bezogen auf praktische Situationen des Pflegealltags;
- zum verantwortlichen Umgang mit vertraulichen Informationen;
- zum Verständnis von Alter und Alterungsprozessen;
- zur Rolle der Pflegekraft in diesem Kontext.

Ein so konzipiertes Pflegeleitbild kann eine hilfreiche **Arbeitsbasis** bieten und entscheidend zur **Sicherung der Pflegequalität** beitragen.

Ein Beispiel stellt das „*Leitbild Palliativpflege*“ (siehe Seite 611) dar.

7. Qualitätsmanagement

Elke Hurling

7.1 Einführende Informationen

- Ein Qualitätsmanagement (QM) ist ein komplexes Regelwerk, mit dem die Qualität eines Produktes oder einer Dienstleistung gezielt verbessert werden soll. Qualitätsmanagement wurde ursprünglich in der Industrie entwickelt. Es ist dort u. a. eingeführt worden, um die Qualität von Produktionsvorgängen zu verbessern und zu standardisieren. Den Kunden sollen die Produkte immer mit gleich bleibend hoher Qualität angeboten werden.
- Viele Einrichtungen des Gesundheitswesens nutzen mittlerweile Qualitätsmanagement. **Professionelle Altenpflege** als wichtige **Dienstleistung** (siehe hierzu „*Berufliche Altenpflege*“, Seite 62) im Gesundheitswesen muss an Qualität interessiert sein. Qualitätsentwicklung und -sicherung im Dienstleistungsbereich Pflege muss sich daran messen lassen, inwieweit die daran beteiligten und davon betroffenen Menschen Nutzen daraus ziehen.
- Seit dem 1. Januar 2002 sind **Mindestanforderungen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung** in der ambulanten und stationären Altenpflege gesetzlich vorgeschrieben:
 - im Sozialgesetzbuch XI/Pflegeversicherungsgesetz und dort im **Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflegequalitätssicherungsgesetz – PQsG)** und im **Heimgesetz (HeimG)**.
- Wenn die Dienstleistung **Pflege Qualität** bieten will, muss sie sich an den **Bedürfnissen und Wünschen** der Empfänger der Dienstleistung, den Pflegebedürftigen, orientieren. Die Pflegeempfänger sind Kunden (Pflegemarkt mit Kundengedanken), auch wenn die Tatsache, Pflegebedürftige als Kunden zu bezeichnen, befremdlich sein mag. Selbst wenn sie Bewohner, Klienten oder Patienten genannt werden, müssen sie als Kunden gesehen und behandelt werden. Man kann davon ausgehen, dass in diesem Punkt vielerorts noch erhebliches Umdenken erforderlich ist.
- Wenn Qualitätsmanagement als **Chance** gesehen wird und nicht nur als lästige Pflicht, bietet es die Möglichkeit, berufliche Pflege weiterzuentwickeln und sie (auch öffentlich) ihrem Wert entsprechend darzustellen.
- Die **Kosten**, die Qualitätsentwicklung und -sicherung verursachen, z. B. durch Arbeitsstunden, die dafür verwendet werden und an anderen Stellen fehlen, müssen mit dem zu erwartenden Nutzen in Beziehung gesetzt werden, z. B. Schaffung von zeitlichen Freiräumen durch effektivere Organisation.
- **Verantwortung** für das Qualitätsmanagement trägt die Leitung einer Einrichtung; sie kann diese innerhalb festgelegter Grenzen delegieren, z. B. an eine Qualitätsbeauftragte oder eine spezielle Firma.

Für Besitzer und Betreiber von Pflegeeinrichtungen, Personen in Leitungspositionen und Pflegefachkräfte, die mit Aufgaben der Qualitätsentwicklung und -sicherung betraut werden, werden spezielle Fort- und Weiterbildungen angeboten.

- Der **Themenkomplex Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Pflege** ist sehr umfassend. An dieser Stelle kann eine erste Orientierung erfolgen. Zur Vertiefung und Klärung spezieller Fragen muss weiterführende spezielle Fachliteratur dienen.

7.2 Voraussetzungen für Qualitätsentwicklung und -sicherung

■ Information und Motivation

Bei der Einführung von Qualitätsentwicklung und -sicherung in einer Einrichtung werden **Strukturen und Organisationsabläufe grundlegend in Frage gestellt**. Viele Mitarbeiter schrecken davor zurück und fühlen sich verunsichert („War meine bisherige Arbeit denn nur schlecht?!?“). Diese Unsicherheit kann zu Motivationsverlust und Ablehnung führen.

Grundlage eines guten Qualitätsmanagements ist es deshalb, alle Mitarbeiter einer Einrichtung so früh und genau wie möglich zu **informieren**, sie zu **motivieren** und aktiv in die Qualitätsentwicklung und -sicherung **einzubeziehen**. Nur so können vorhandene Ressourcen genutzt, Ideen von Mitarbeitern einbezogen und realistische Ziele gesteckt werden. Wenn Qualitätsentwicklung (langfristig) erfolgreich sein soll, muss sie spürbare Veränderungen und Erleichterungen bringen oder in absehbarer Zeit in Aussicht stellen.

■ Entscheidung für ein Qualitätsmanagement-System

Es gibt verschiedene **Qualitätsmanagement-Systeme (QM-Systeme)**. Man unterscheidet umfassende (alle Bereiche einer Einrichtung) und weniger umfassende (Bereiche, die die eigentliche Dienstleistung erbringen) QM-Systeme. Jedes QM-System hat einen spezifischen Ansatz und nennt eine entsprechende Vorgehensweise.

Eine **Einrichtung** muss entsprechend ihrer Zielsetzung und ihren Möglichkeiten (z. B. finanzielle und personelle Ressourcen, Ausstattung) das für sie **passende QM-System** finden.

Beispiele für QM-Systeme sind das **Total Quality Management (TQM)**, das alle Bereiche einer Einrichtung einbezieht oder die Norm **DIN EN ISO 9000 ff.** Dieses QM-System sieht so genannte **Verfahrensanweisungen** vor. Verfahrensanweisungen sind Beschreibungen von Abläufen, die von allen eingehalten werden müssen, um die Organisation zu verbessern. Die DIN EN ISO 9000 ff schreibt auch vor, ein so genanntes **Qualitätsmanagement-Handbuch (QM-Handbuch/QMH)** zu erstellen. In diesem Handbuch ist dokumentiert, was mit der **Qualitätspolitik** einer Einrichtung in Verbindung steht.

Eine weitere Möglichkeit ist die Qualitätsentwicklung und -sicherung auf der **Basis der gesetzlichen Mindestanforderungen** (PQsG und HeimG).

Die nachfolgend näher beschriebenen **Qualitätsbereiche** (siehe Seite 47) orientieren sich an den gesetzlichen Anforderungen für den Bereich Pflege.

■ Durchführung einer Qualitätsanalyse

Mit einer Qualitätsanalyse wird der **Ist-Zustand**, d. h. die **augenblickliche Qualität** der Dienstleistung Pflege in einer Einrichtung untersucht und erfasst. Eine Qualitätsanalyse hat zwar das Ziel, Mängel und Schwachstellen zu erfassen, doch es ist ebenso wichtig, Stellen mit hohem Niveau zu kennen. Auf diese Weise können im Rahmen der Qualitätsentwicklung Problempunkte gezielt angegangen werden.

Qualitätsanalysen können mit unterschiedlichen **Instrumenten** gemacht werden, z. B. mit speziellen Fragebögen, Checklisten oder so genannten internen Audits. **Interne Audits** sind regelmäßige Sitzungen unter Leitung eines Qualitätsbeauftragten. Teilnehmer sind Personen, die an Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und -sicherung beteiligt sind. In den Sitzungen wird der gegenwärtige Stand und die zu erwartende Entwicklung der Qualität besprochen.

Zur Qualitätsanalyse gehört es auch, die **Organisationsstrukturen einer Einrichtung** zu beschreiben. Das kann mit Hilfe eines Organigramms erfolgen. Ein **Organigramm** ist ein Schema (Schaubild), das den Aufbau einer Organisation und ihre Führungsstrukturen zeigt. Außerdem gibt es über die Arbeitseinteilung und die Zuweisung bestimmter Aufgabenbereiche an bestimmte Personen (namentliche Nennung) Auskunft.

Des Weiteren ist es wichtig, **Kommunikationswege** und **Informationsflüsse** einer Einrichtung zu kennen und zu überprüfen, ob sie den Anforderungen genügen (Informationsmanagement). Ohne sichere Informationsübermittlung ist Qualitätsentwicklung und -sicherung nicht möglich. Eine Qualitätsanalyse sollte nach einem vorher festzulegenden **Plan** mit entsprechenden Zeitvorgaben und Verantwortungsbereichen erfolgen. Sie wird in bestimmten Zeitabständen wiederholt.

Die **Ergebnisse** von Qualitätsanalysen sollten allen Mitarbeitern einer Einrichtung mitgeteilt werden.

■ Pflegequalität

● Dimensionen der Pflegequalität

Nach DONABEDIAN ist **Pflegequalität** die **Übereinstimmung zwischen der wirklichen Pflege und den zuvor dafür formulierten Standards und Kriterien**.

Er nimmt eine Unterteilung in die Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vor; diese wird zunehmend von den Pflegeberufen übernommen.

Die Strukturqualität bezieht sich auf die Rahmenbedingungen der Pflege. Diese ergeben sich aus

- dem Betriebstyp und der Organisationsform der Pflegeeinrichtung,

- der Qualifikation und Zahl der Pflegenden,
- dem Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebot,
- den räumlichen Gegebenheiten,
- der Verfügbarkeit von Pflegehilfsmitteln.

Die Prozessqualität bezieht sich auf die Art und den Umfang der pflegerischen Arbeit. Sie wird wesentlich beeinflusst von

- Standards (Handlungsrichtlinien),
- von der Pflegephilosophie der Einrichtung,
- von den Stufen der Pflegequalität,
- von den Pflegekonzepten, Pflegemethoden und Pflegetechniken.

Die Ergebnisqualität bezieht sich auf die Wirkung der Pflege. Sie

- spiegelt sich im Wohlbefinden, in der Zufriedenheit und im Gesundheitszustand des alten Menschen wider,
- kann durch gezielte Beobachtung erfasst werden und
- steht in engem Zusammenhang mit der Struktur- und Prozessqualität.

● Stufen der Pflegequalität

FIECHTER und MEIER (1981) haben zur Bewertung der Pflegequalität im Bereich der Krankenpflege die vier Qualitätsstufen

- gefährliche Pflege,
 - sichere Pflege (heute als „Routinpflege“ bezeichnet),
 - angemessene Pflege und
 - optimale Pflege
- sowie entsprechende Merkmale entwickelt.

KÄMMER und HUHN (1994) überarbeiteten diese Qualitätsstufen für den Bereich der Altenpflege; die erstellte Skala (siehe Seite 48, Tabelle 4) ermöglicht eine **Einschätzung und Reflexion der Pflegequalität**. Die Autoren weisen darauf hin, dass in der derzeitigen Situation eine optimale Pflege kaum erreichbar ist, wohl aber als richtungsweisend gelten soll.

Die Stufe der **Routinpflege** sollte als **Minimalstandard** auch in schwierigen Situationen nicht unterschritten werden.

Voraussetzungen für das Erreichen von Pflegequalität sind vor allem:

- günstige institutionelle und organisatorische Bedingungen,
- Bestimmung des Pflegeniveaus und des Pflegeleitbildes (z. B. Entscheidung für bestimmte Pflegekonzepte, aktivierende Pflege),
- Motivation zu qualitätsorientierter Pflege,
- fundiertes Pflegefachwissen und Handlungskompetenz (qualifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildung),
- Pflegeplanung und -dokumentation,
- Standards (Struktur-, Prozess-, Ergebnisstandards),
- Überprüfung des Pflegeergebnisses anhand der pflegerischen Zielsetzung (Pflegeplanung, Standards und/oder in den Stufen der Pflegequalität festgelegte Ziele),
- Einschätzung und Reflexion der Pflege anhand der Stufen der Pflegequalität.

7.3 Qualitätsbereiche

7.3.1 Qualitätsplanung

■ Kennzeichnung

Während die Qualitätsanalyse den gegenwärtigen, d. h. den Ist-Zustand erfasst, wird mit der Qualitätsplanung **der angestrebte Zustand**, d. h. der **Soll-Zustand** festgelegt und beschrieben. Zu der Qualitätsplanung gehören unterschiedliche, zum Teil sehr **weitreichende Instrumente**. Diese Instrumente sind die **Basis für das pflegerische Denken und Handeln**.

■ Pflegetheorie, Leitbild, Pflegeprozess

Theoriegeleitetes Arbeiten auf der Basis von Pflegetheorien, Pflegemodellen und Pflegekonzepten (siehe Seite 31) sowie das Arbeiten mit einem **Pflegeleitbild** (siehe Seite 31 und „Leitbild Palliativpflege“, Seite 611) tragen entscheidend zur Pflegequalität bei. Die strukturelle Gestaltung der Pflege nach dem **Problemlösungsprozess** (siehe Seite 18) ist ebenfalls ein wichtiges Instrument der Qualitätsplanung.

■ Pflegedokumentation

• Begriffe und Bedeutung

Eine **Dokumentation** ist (laut „Duden-Fremdwörterbuch“) die Zusammenstellung, Ordnung und Nutzarmachung von Dokumenten, Materialien und Informationen jeglicher Art.

Heute kann das Sammeln, Speichern und Abrufen von Informationen nur mit Hilfe **spezieller Dokumentationssysteme** gewährleistet werden. Die Pflegedokumentation ist ein Teil des **Informationsmanagements**. Für alle Einrichtungen der Pflege besteht eine **gesetzliche Verpflichtung** zur Dokumentation.

Je mehr Personen in die Versorgung eines Pflegebedürftigen eingebunden sind, umso schneller können Informationen verloren gehen. Um das zu verhindern, muss das vorhandene Dokumentationssystem jedem Teammitglied vertraut sein.

Die in Pflegeeinrichtungen benutzten Dokumentationssysteme sind mittlerweile sehr ausgereift und werden unter Berücksichtigung der allgemeinen Ansprüche den Bedürfnissen der jeweiligen Abteilungen angepasst.

Im **Pflegedokumentationssystem** müssen sich das **Pflegeleitbild** und die **Pflegetheorie** einer Einrichtung widerspiegeln, außerdem muss der **Pflegeprozess** (siehe auch „Problemlösungsprozess“, Seite 17) nachvollziehbar sein.

Jeder Pflegebedürftige hat eine **eigene Dokumentationsmappe**, die jederzeit zugänglich sein muss. Da alle Daten der **Schweigepflicht** und dem **Datenschutz** unterliegen, darf eine Mappe nur von berechtigten Personen eingesehen werden. In der ambulanten Pflege muss die Mappe im jeweiligen Haushalt bleiben und ist dort vor Unbefugten zu schützen.

Die Pflegedokumentation dient auch als **Nachweis der erbrachten Pflegeleistungen** gegenüber den Leistungsträgern und dem MDK.

Tabelle 4: Merkmale verschiedener Stufen der Pflegequalität in der Altenpflege (nach Kämmer, Huhn 1994)

Intervention innerhalb der	1 Gefährliche Pflege	2 Routinepflege	3 Angemessene Pflege	4 Optimale Pflege
a) Pflege Selbstständigkeitspflege und Prävention	Die/der Bewohner/in erleidet Schaden: - Kontrakturen - Dekubitus - Pneumonie - Munderkrankungen - Inkontinenz, bedingt durch fehlendes Kontinenztraining	Die/der Bewohner/in wird versorgt, Selbstständigkeits werden nicht „gepflegt“ (entwickelt). Persönliche Gewohnheiten werden dann berücksichtigt, wenn sie den Ablauf nicht stören.	Der/die Bewohner/in erfährt Berücksichtigung seiner/ihrer persönlichen Bedürfnisse und Gewohnheiten. Die Angehörigen werden regelmäßig informiert und nach Wunsch und Möglichkeit in die Pflege einbezogen.	Der/die Bewohner/in erhält die Möglichkeit, aktiv die Pflege mitzugestalten und selbst zu entscheiden. Die Anforderungen entsprechen seinen/ihren Fähigkeiten.
b) Pflegerische Mitwirkung in der Rehabilitation Hilfe zur Anpassung an veränderte Lebensbedingungen	Der/die Bewohner/in erhält keine oder falsche Maßnahmen/Hilfsmittel und erleidet zusätzliche Schäden. Die Pflegehaltung ist funktions- und versorgungsorientiert (nicht rehabilitativ).	Der/die Bewohner/in wird korrekt behandelt, die Pflegethandlungen werden nach einem durch die Abteilung vorgegebenen, festen Schema durchgeführt. Die Therapieangebote sind nicht in die Gesamtpflege integriert.	Der/die Bewohner/in erhält eine auf seine/ihre Lebenssituation und seinen/ihren Allgemeinzustand abgestimmte Unterstützung, Hilfe und Beratung. Er/sie erhält alle notwendigen Informationen über Art, Intensität und Zweck der Pflege.	Der/die Bewohner/in erhält im Prozess der Umstellung/Anpassung so viel Hilfe, dass er/sie neue, für ihn/sie sinnvolle Lebensmöglichkeiten ausschöpfen, Gewohnheiten aufbauen kann. Pflegenden, Bewohner und Angehörige suchen gemeinsam nach Problemlösungen.
c) Kontakte Kommunikation, Eingehen auf psychische und soziale Bedürfnisse	Der/die Bewohner/in empfindet, dass das Personal sich nicht für ihn/sie interessiert. Er/sie leidet unter Stress, Angst, Resignation und Isolation. Die Pflegenden vermeiden Nähe, Auseinandersetzung und Zuwendung.	Der/die Bewohner/in fühlt sich häufig abhängig und als eine Belastung für die Pflegenden. Er/sie erfährt Hilfe und Unterstützung entsprechend den Stationsgewohnheiten und -regeln. Das Umfeld regt die Sinne wenig an.	Der/die Bewohner/in erfährt ein Umfeld, das es ihm/ihr ermöglicht, seine/ihre Bedürfnisse zu äußern. Er/sie erhält eine auf seine/ihre Person abgestimmte Kommunikation und Orientierung.	Der/die Bewohner/in erfährt Hilfe bei der Bewältigung seines/ihrer individuellen Schicksals. Er/sie fühlt sich im Rahmen seiner/ihrer Möglichkeiten integriert, aktiviert, frei und kompetent.
d) Aktivitätspflege Animation, Interessen und Hobbygruppen	Die Tagesablaufgestaltung ist krankenhausorientiert. (Gewaschenwerden vor 6.00 Uhr, routinemäßiges Zubettgehen vor 20.00 Uhr). Es kommt zu Störungen durch Reizüberflutung und Reizmangel.	Dem/der Bewohner/in werden regelmäßige Aktivitäten angeboten. Der Alltag wird strukturiert, der/die Bewohner/in wird in den Stationsablauf eingebunden. Anregende Reize (z. B. Radio/Fernsehen) werden bewusst eingesetzt.	Dem/der Bewohner/in wird ein regelmäßiges und ausgewogenes Angebot innerhalb und außerhalb seines/ihrer Wohnbereiches gemacht. Es besteht für ihn/sie die Möglichkeit, sich durch Arbeit und Spiel zu beschäftigen. Er/sie erlebt das Dasein als sinnvoll, dem Bedürfnis nach Ruhe wird entsprochen.	Der/die Bewohner/in wird gemäß seinen/ihren Fähigkeiten und Interessen im Alltag aktiviert. Es bestehen verschiedene Interessengruppen. Der/die Bewohner/in erfährt den Umgang mit Mitbewohnern und Pflegenden als bereichernd. Bewohnerwünsche nach Ruhe und Stille sind integriert und akzeptiert.
e) Informationspflege Pflegeplanung, Austausch	Der Informationsfluss ist unorganisiert und mangelhaft. Das Pflegepersonal orientiert sich an den „kranken“ Anteilen des Bewohners (Fürsorgegedanke). Bewohner und Angehörige erhalten keine oder nur unzureichende Informationen über die Pflege.	Organisatorische Übergaben sind gewährleistet. Es wird zu jedem Bewohner Stellung genommen, und Besonderheiten werden ausführlicher angesprochen. Bewohner und Angehörige erhalten sachlich richtige Informationen. Die Pflege wird nach „Schema“ ausgeführt.	Übergaben und Fallbesprechungen finden regelmäßig statt, dabei sind alle an der Pflege Beteiligten anwesend. Jeder Bewohner wird vorgestellt. Für jeden Bewohner wird eine Pflegeplanung erstellt. Bewohner und Angehörige sind über Art und Zweck der Pflege informiert.	Übergabe findet im gesamten Team regelmäßig statt. Bewohner und Angehörige werden in die Pflegeplanung einbezogen. Das Pflegepersonal erläutert hierbei Zielsetzung, Planung und Bewertung der Pflege.

Die Pflegedokumentation gilt als **Beweismittel** während eines Rechtsstreits, z. B. Schadensersatzklage wegen Folgeschäden durch unsachgemäße Pflege. Die Eintragungen in die Pflegedokumentation sind der juristische Nachweis für die Durchführung.

Die neueste Entwicklung ist die **EDV-unterstützte Dokumentation**. EDV-Programme zur Pflegedokumentation können den spezifischen Bedingungen einer Einrichtung angepasst werden. Diese Anpassung sollte in enger Zusammenarbeit von Einrichtungsleitung und Software-Anbieter erfolgen. In einem EVD-Programm sollten sich alle Instrumente der Qualitätsplanung, -lenkung und -kontrolle wiederfinden. Bei den Kosten für die Anschaffung müssen Aufwendungen für die Mitarbeiterschulung, die Pflege und die ständig erforderliche Aktualisierung des Programms berücksichtigt werden. Eine kontinuierliche Sicherung der Daten und der entsprechende Datenschutz (Zugriffsrechte festlegen) müssen unbedingt gewährleistet sein.

derliche Aktualisierung des Programms berücksichtigt werden. Eine kontinuierliche Sicherung der Daten und der entsprechende Datenschutz (Zugriffsrechte festlegen) müssen unbedingt gewährleistet sein.

• **Ansprüche an ein Dokumentationssystem**

An ein Dokumentationssystem und die Personen, die für die Dokumentation verantwortlich sind, werden unterschiedliche Ansprüche gestellt.

- **Echtheit**

In einem Dokumentationssystem sind verschiedene Schriftstücke zusammengefügt. Jedes Schriftstück ist zu behandeln wie eine **Urkunde**. Eintragungen dürfen nur mit einem **fälschungssicheren Stift** vorgenommen werden. Wenn Korrekturen erforderlich sind, müssen die entsprechenden Stellen mit einem

Querbalken durchgestrichen werden, damit sie weiterhin leserlich bleiben. Das Benutzen von Korrekturstiften oder -flüssigkeit und das Überkleben von Textabschnitten sind nicht erlaubt.

Die Person, die eine Pflegemaßnahme durchgeführt hat, muss diese **persönlich** mit ihrem **Handzeichen** abhaken. Das gilt ebenfalls für das Eintragen von Messwerten. Korrekturen oder Veränderungen von bestehenden Eintragungen durch andere kommen einer **Urkundenfälschung** gleich.

Eine Pflegedokumentation ist **chronologisch** und **lückenlos** zu führen. Bei freien Formulierungen müssen **objektive Aussagen** gemacht werden. Persönliche Meinungen oder Bewertungen sind nicht angebracht, wenn ein bestimmter Sachverhalt dargestellt werden soll (*siehe auch „Verfassen eines Pflegeberichtes“, Seite 24*).

Eintragungen dürfen erst im **Nachhinein** vorgenommen werden. Dabei ist es wichtig, möglichst **zeitnah** zu dokumentieren, damit sich keine Fehler einschleichen und keine Daten vergessen werden.

Alle Eintragungen müssen **leserlich** sein.

Medizinische Anordnungen müssen vom Arzt persönlich eingetragen oder von ihm gegengezeichnet werden. Wenn der Arzt nicht vor Ort ist, muss das aus der Dokumentation ersichtlich sein (z. B.: „Telef. Anord. um 9.00 Uhr von Dr. Muster“).

- **Ordnung**

Vor dem Umgang mit einem Dokumentationssystem müssen grundlegende Kenntnisse vermittelt werden.

Für jede Eintragung gibt es einen **bestimmten Platz**. Informationen, die nicht eindeutig zugeordnet werden können, sind im Abschnitt „Pflegebericht“ einzutragen. Auch eine festgelegte Benutzung unterschiedlicher Farben ist einzuhalten.

Nur durch dieses Vorgehen kann die nötige **Übersichtlichkeit** und das **gezielte, schnelle Auffinden** bestimmter Informationen gewährleistet werden. Mehrfache Erwähnungen an unterschiedlichen Stellen kosten Zeit und stören die Übersichtlichkeit.

- **Aussehen**

Ein Dokumentationssystem muss ständig gepflegt werden. Die **Pflege** bezieht sich auf die oben genannten Punkte, aber auch auf das Aussehen. Alle, die mit einem Dokumentationssystem umgehen, müssen sich für das Aussehen verantwortlich fühlen. Die einzelnen Formblätter und Vordrucke müssen korrekt eingehftet, geordnet beschriftet und sauber gehalten werden. Beschädigte oder verschmutzte Mappen sind umgehend auszutauschen.

• **Gestaltung eines Dokumentationssystems**

Es gibt unterschiedliche Anbieter von Dokumentationssystemen. Die Unterschiede im Aufbau sind gering. Bei der Gestaltung finden besondere Wünsche der jeweiligen Einrichtung Berücksichtigung; in der Regel beziehen sich diese auf das Layout von Formblättern und Vordrucken.

In einer **Dokumentationsmappe** sind unterschiedlichen **Formblätter**:

- Stammblatt, auch als Pflegeanamnese oder Aufnahmeprotokoll bezeichnet;
- Formblatt für die Pflegeplanung (mit Rubriken für Ressourcen, Probleme, Ziele, Pflegemaßnahmen, Pflegebericht);
- Formblatt für ärztliche Anordnungen;
- Medikamentenverordnungsblatt;
- Formblatt mit Übersicht über Handzeichen.

Weitere Formblätter können ergänzt werden, z. B.:

- Biografieblatt;
- Diabetikerdokumentation;
- Überwachungsprotokoll;
- Bilanzierungsblatt;
- Pflegeüberleitungsblatt;
- Wundprotokoll;
- Lagerungs- oder Bewegungsplan;
- Sturzprotokoll;
- Formblätter zur Einschätzung bestehender Risiken.

Folgende Formblätter und Informationssammlungen werden beispielhaft vorgestellt:

a) Formblätter

- *Anamnesebogen, Seite 20/21;*
- *Pflegeplanung, Seite 25;*
- *Pflegeüberleitung, Seite 99;*
- *Holistisches Biografieblatt, Seite 577;*
- *Therapiebegleitendes Schmerzprotokoll, Seite 599;*
- *Inkontinenzanalyse (nach Bienstein), Seite 725;*
- *Wunddokumentation, Seite 981.*

b) Informationssammlungen

- *Informationssammlung „Kontrakturreisiko“, Seite 186;*
- *Informationssammlung „Pneumonierisiko“, Seite 254;*
- *Atemskala, Seite 255;*
- *Informationssammlung „Thromboserisiko“, Seite 281;*
- *Informationssammlung „Besonderheiten im Bereich der Temperaturregulation“, Seite 294;*
- *Informationssammlung „Pflegebedürftigkeit bei der Körperpflege“, Seite 340;*
- *Informationssammlung „Obstipationsrisiko“, Seite 426;*
- *Informationssammlung „Sturzrisiko“, Seite 505;*
- *Informationssammlung „Individuelles Schmerzgeschehen“, Seite 601.*

■ **Standards**

(Standard = Normalmaß, Richtschnur)

Pflegestandards sind ein **Instrument der Qualitätsplanung**; sie legen **angemessene Handlungsrichtlinien für bestimmte pflegerische Bereiche** fest.

Zur Verdeutlichung einige Definitionen:

„Ein Standard in der Pflege ist ein vereinbartes Maß an für einen bestimmten Zweck benötigter pflegerischer Betreuung“ (WHO 1983).

„Standards sind Maßstäbe für angemessenes pflegerisches Handeln, mittels derer eine bestimmte Pflegequalität festgelegt und überprüft werden kann“ (POPPE 1985).

„Pflegestandards sind allgemein gültige und akzeptierte Normen, die den Aufgabenbereich und die Qualität der Pflege definieren.

Pflegestandards legen themen- oder tätigkeitsbezogen fest, was die Pflegepersonen in einer konkreten Situation generell leisten wollen/sollen und wie diese Leistung auszusehen hat“ (STÖSSER 1994).

Entsprechend den Variablen der Pflegequalität werden

- **Strukturstandards** (die die Rahmenbedingungen beschreiben),
- **Prozessstandards** (die Art und Umfang der pflegerischen Arbeit beschreiben) und
- **Ergebnisstandards** (die das beabsichtigte Pflegeergebnis beschreiben) unterschieden.

Bei der Erstellung eines Pflegestandards werden häufig alle drei Variablen berücksichtigt; die meisten Pflegestandards sind primär prozessorientiert.

• Anforderungen an Standards

Der Weltbund für Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICN) hat 1985 **Richtlinien** für die Entwicklung von Pflegestandards aufgestellt, die schwerpunktmäßig zusammengefasst sind.

Standards sollen

- dem Erreichen eines festgelegten Zieles dienen. Der Zweck von Standards besteht darin, die Qualität von Dienstleistungen festzulegen;
- auf klaren Definitionen von beruflicher Tätigkeit und Verantwortung beruhen;
- die größtmögliche Entwicklung des Berufs im Einklang mit seinem potenziellen gesellschaftlichen Beitrag fördern;
- umfassend und flexibel genug sein, um ihren Zweck zu erfüllen und gleichzeitig Freiraum für Innovation, Wachstum und Veränderung ermöglichen;
- ein allgemein gleiches Niveau der Berufsausübung fördern und zu beruflicher Identität und Beweglichkeit ermutigen;
- die Gleichberechtigung und gegenseitige Abhängigkeit der Berufsgruppen anerkennen, die unentbehrliche Dienstleistungen anbieten;
- so formuliert werden, dass im Beruf ihre Anwendung und Nutzung erleichtert wird.

Für die Entwicklung von Standards innerhalb einer Einrichtung kann eine **Arbeitsgruppe** gebildet werden, der Personen mit unterschiedlichen Qualifikationen angehören können.

Mit Hilfe von Standards werden Pflegemaßnahmen vereinheitlicht und vergleichbar. Oft finden sich in Standards chronologische Beschreibungen von **Handlungsabläufen**. Diese Beschreibungen sollten nicht zu kleinschrittig sein, um übersichtlich zu bleiben und **Ermessensspielräume** zuzulassen.

In die Standards müssen **aktuelle pflegewissenschaftliche Kenntnisse** einfließen, außerdem können spezifische Bedingungen einer Einrichtung oder Abteilung berücksichtigt werden.

An den **Inhalt** und die **Form** werden bestimmte Anforderungen gestellt. Zur inhaltlichen Gestaltung schlägt BARTH (2002) folgende Punkte vor:

- „- *Name und Ziel der Pflegemaßnahme*
- *Einführung bzw. Allgemeines*
- *Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Maßnahme*
- *Material*
- *Qualifikation der Pflegekraft*
- *Anzahl der Pflegekräfte*
- *Dauer der Durchführung (Richtwert)*
- *Besonderheiten und Querverweise*
- *Datum der Erarbeitung bzw. Überarbeitung*
- *fortlaufende Nummer der Überarbeitung*
- *Literaturangaben*
- *Raum für Veränderungsvorschläge*
- *Verantwortliche der Freigabe*
- *Namen der Verantwortlichen bezüglich des Urheberrechtes der Pflegemaßnahme.*“

Vorhandene Pflegestandards sollten dort, wo es möglich ist, bei der **Erstellung von Pflegeplänen** berücksichtigt werden. Durch einen entsprechenden Verweis auf den jeweiligen Standard vereinfacht sich die Planung.

Die **Einführung** der Standards sollte unbedingt in Form von Schulungen oder beratenden Begleitungen erfolgen. Dabei muss auch deutlich gemacht werden, dass ein Standard zwar eine **gültige, zu erfüllende Norm** darstellt, aber immer **Freiräume** bleiben, um Pflege individuell zu gestalten.

Standards erleichtern die Orientierung und Einarbeitung für Auszubildende und nicht ausgebildete Hilfskräfte.

Standards befinden sich immer in einer **Entwicklung**, d. h., sie müssen regelmäßig überprüft und falls erforderlich überarbeitet werden.

Folgende Standards werden beispielhaft vorgestellt:

- *Pflegestandards zur Kontrakturrenprophylaxe, Seite 187;*
- *Pflegestandards zur Dekubitusprophylaxe, Seite 205;*
- *Pflegestandards zur Dekubitusbehandlung, Seite 211;*
- *Pflegestandards zur Pneumonieprophylaxe, Seite 257;*
- *Pflegestandards zur Thromboseprophylaxe, Seite 282;*
- *Pflegestandard – Wadenwickel, Seite 295;*
- *Pflegestandard – Pflege eines Fieberkranken, Seite 296;*
- *Pflegestandard – Körperpflege, Seite 341;*
- *Pflegestandards Mundpflege, Seite 343;*

- *Pflegestandards zur Intimpflege, Seite 346;*
- *Pflegestandards zum Ess- und Trinktraining, Seite 393;*
- *Pflegestandards zur Obstipationsprophylaxe, Seite 427;*
- *Pflegestandard – Pflege eines Menschen mit einer geschlossenen Tuberkulose, Seite 667;*
- *Pflegestandard – Pflege eines an Herzinsuffizienz leidenden Senioren, Seite 758;*
- *Pflegestandard – Pflege eines Menschen mit Parkinson-Krankheit, Seite 813;*
- *Pflegestandard – Sichere orale Verabreichung von Medikamenten, Seite 998.*

7.3.2 Qualitätslenkung

■ Kennzeichnung

Eine **Qualitätslenkung** findet statt mit dem Ziel, die **Qualität** so zu beeinflussen, dass sie sich **verbessert** oder auf dem **erwünschten erreichten Niveau** bleibt.

Wichtige Instrumente der Qualitätslenkung in einer Einrichtung sind alle in regelmäßigen Abständen stattfindenden **Besprechungen** und **Dienstübergaben**. Andere Instrumente der Qualitätslenkung sind die Erstellung von **Dienstplänen**, **Stellenbeschreibungen**, **Personalschulungen** und **Einarbeitungskonzepte**. Über das **Pflegesystem** lässt sich die Qualität ebenfalls beeinflussen.

■ Besprechungen

Besprechungen (Meetings) sind ein wichtiger Teil des **Informationsmanagements**. Neben der Weitergabe von Informationen kann in Besprechungen ein Meinungsaustausch zu bestimmten Themen oder Problemen stattfinden. Sachliche Diskussionen unter den Teilnehmenden dienen der Meinungsbildung und Problemlösung.

Besprechungen können innerhalb der Leitungsebene (z. B. Einrichtungsebene, Bereichsebene), innerhalb bestimmter Dienstleistungen (z. B. Pflege, Hauswirtschaft, Verwaltung) oder innerhalb eines Teams stattfinden.

Regelmäßige Besprechungen sind **zeitaufwändig**. Um diese Zeit effektiv zu nutzen, müssen Besprechungen gut **vorbereitet**, **organisiert** und **geleitet** werden. Zu der **Vorbereitung** gehört u. a.:

- Festlegung der teilnehmenden Personen und der Zielsetzung;
- frühzeitige (schriftliche) Bekanntgabe des Termins und der Tagesordnungspunkte; evtl. kann ein Anhang mit Lektüre zur Vorbereitung auf die Besprechung gemacht werden;
- Vorbereitung der passenden Räumlichkeit;
- Vorbereitung einer Teilnehmerliste.

In den meisten Fällen wird die Person, die die Besprechung veranlasst hat und einlädt, die **Leitung** übernehmen. Als **Moderator** hat sie wichtige Aufgaben. Sie übernimmt die Eröffnung und Begrüßung, stellt die einzelnen Tagesordnungspunkte vor und fasst (Zwischen-) Ergebnisse zusammen. Außerdem nimmt ein Moderator alle Wortmeldungen auf und hat dafür zu

sorgen, dass eine entsprechende **Diskussionskultur** eingehalten wird.

Zu Beginn jeder Besprechung muss ein Protokollführer bestimmt werden. In einem **Protokoll** sollten u. a. der Verlauf der Besprechung und die wichtigsten Ergebnisse festgehalten werden. Das Protokoll wird später allen Besprechungsteilnehmern ausgehändigt. Alle Protokolle sollten an einem zentralen Punkt gesammelt (Ordner) werden, damit sie jederzeit eingesehen werden können.

• Teambesprechungen

Regelmäßige **Teambesprechungen (Dienstbesprechungen)** tragen erheblich zu einer guten Teamarbeit bei (*siehe auch „Arbeiten im Team“, Seite 71*). Sie sollten ca. alle zwei Monate durchgeführt werden. Da möglichst alle Teammitglieder eines Bereiches anwesend sein sollten, müssen die Termine rechtzeitig geplant werden. Die Bekanntgabe erfolgt in der Regel per Aushang im Dienstzimmer.

Eine Teambesprechung dient der Weitergabe von Informationen und der Erörterung aller für das Team relevanten Punkte, z. B. der Analyse von Pflegeabläufen und evtl. Veränderungen mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung.

Innerhalb des Teams können auch so genannte **Fallbesprechungen** stattfinden. Bei Fallbesprechungen werden bestimmte Probleme oder Situationen, z. B. immer wiederkehrende Konfliktsituationen mit einem bestimmten Bewohner, von möglichst vielen Seiten betrachtet.

Eine Teambesprechung sollte nicht länger als zwei Stunden dauern und in einer geeigneten Räumlichkeit stattfinden.

Beschlüsse im Team, die z. B. nach einer entsprechenden Diskussion gefasst werden, müssen von allen Teammitgliedern getragen werden. Nicht anwesende Teammitglieder sind gehalten, sich mit Hilfe des Protokolls über die Besprechung zu informieren.

■ Dienstübergaben

Eine Dienstübergabe bereitet einen **Schichtwechsel** vor. Nur durch **sichere, strukturierte Informationsflüsse** während der Übergaben kann ein Dienst im Schichtsystem bestehenden Ansprüchen genügen.

Die Dienstübergaben finden in der Regel im **Dienstzimmer** oder einem anderen geeigneten Besprechungsraum statt. Für Dienstübergaben sind **bestimmte Zeiten** festgelegt, die in der Regel nur unwesentlich überschritten werden können. Das erfordert einen **pünktlichen Beginn** und ein **strukturiertes Vorgehen**. Während der Übergaben sollten Störungen vermieden werden. Es ist sinnvoll, gleich zu Beginn der Übergabe festzulegen, wer bei Störungen (z. B. Telefonanrufe, Bewohner- oder Besucherfragen) zuständig ist.

Nach Möglichkeit sollten alle Pflegekräfte der jeweiligen Schichten bei der gesamten Übergabe anwesend sein. Wenn **bereichsbezogene Übergaben** erfolgen, verkleinert sich der Kreis der Teilnehmer und die Menge an Informationen entsprechend.

Die **Moderation** einer Übergabe kann durch die Schichtleitung erfolgen oder entsprechend delegiert werden. Nacheinander tragen die jeweiligen Pflegekräfte die Informationen aus ihrem Verantwortungsbereich vor. **Grundlage** für die Informationsweitergabe über Bewohner ist die **Pflegedokumentation**. Neue Bewohner sollten ausführlicher vorgestellt werden. Bei bekannten Bewohnern werden alle Veränderungen und Besonderheiten erwähnt, z. B. Verbesserungen oder Verschlechterungen im Befinden.

Informationen, die nicht auf Bewohner bezogen sind und während einer Übergabe weitergegeben werden, müssen ebenfalls dokumentiert sein. Zu diesem Zweck empfiehlt sich das chronologische Führen eines **speziellen Buches**, auch als Bereichs- oder Übergabebuch bezeichnet. Die Eintragungen beziehen sich z. B. auf Termine für und wichtige Inhalte von Besprechungen, Dauer von Erkrankung eines Teammitgliedes, (kurzfristige) Änderungen des Dienstplans, noch zu erledigende Arbeiten oder nötige Reparaturen. Alle Eintragungen müssen mit Datum und Unterschrift versehen werden.

Zur Dienstübergabe im Zusammenhang mit dem Thema **Nachtdienst** lesen Sie bitte auch „*Nachtdienst-Übergabe durch den Spätdienst*“, Seite 451.

■ Pflegesysteme

Die Art und Weise, wie die **Arbeit** in der Pflege **organisiert** ist, wird als **Pflegesystem** bezeichnet. Es können zwei Organisationsformen unterschieden werden, die **funktionelle Pflege** und die **personenorientierte Pflege**. **Nicht selten** haben sich Mischformen etabliert.

Das jeweils praktizierte Pflegesystem hat entscheidenden Einfluss auf die Qualität der Pflege. Außerdem hat das Pflegesystem Auswirkungen auf die Personen, die Pflege erbringen, und auf jene, die sie empfangen.

• Funktionspflege

Die Funktionspflege, auch **funktionelle Pflege**, ist eine Form von Pflege, die durch **Arbeitsteilung** geprägt ist. Die Organisation orientiert sich an den jeweils anfallenden Aufgaben. Die Versorgung einer Bewohnergruppe wird in einzelne Schritte zerlegt. Jede Pflegeperson übernimmt **bestimmte abgegrenzte Aufgaben** (Funktionen) bei **jedem Bewohner**, z. B. Hilfestellung beim Toilettengang, Durchführung von ärztlichen Anordnungen.

Ein **Vorteil** der Funktionspflege liegt darin, dass sich ständig wiederholende Aufgaben **sicher, routiniert** und **zeitparend** ausgeführt werden. Außerdem können Pflegepersonen gezielt entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt werden. Pflegefachkräfte übernehmen in erster Linie Kontrollaufgaben und hoch qualifizierte Pflegetätigkeiten, während Pflegehilfskräfte für weniger qualifizierte Aufgaben eingesetzt werden können. Ein **Nachteil** der Funktionspflege ist, dass die bewohnernahen Tätigkeiten in den Reihen der Pflegenden einen niedrigeren Stellenwert haben als z. B. administrative Tätigkeiten, die eher bewohnerfern sind. So erleben Pflegenden, die immer bewohnernahe Arbeiten ausführen, unter Umständen ihre Tätigkeit als Abwer-

tung. Das hat natürlich auch Auswirkungen auf die Empfänger der Pflege.

Durch die Aufteilung der Pflege in einzelne Funktionen geht der Blick für eine umfassende Versorgung verloren. Es werden nur bestimmte Beobachtungen gemacht oder Informationen aufgenommen. Bei Fragen eines Pflegebedürftigen muss oft an eine andere, die jeweils zuständige Pflegeperson verwiesen werden. Die Möglichkeiten für längere Gespräche sind stark eingeschränkt. Es dauert länger, bis sich eine Beziehung zwischen Bewohner und Pflegeperson aufbauen kann. Der häufige Wechsel von Pflegepersonen stellt für bestimmte Bewohnergruppen eine Überforderung dar.

Bei mangelnder Absprache zwischen Pflegekräften kann es zu doppelter Ausführung von Arbeiten kommen oder Arbeiten werden gar nicht erledigt.

Die **Bereichsleitung** bündelt alle Informationen und trägt die **Gesamtverantwortung**. Die einzelnen Pflegekräfte übernehmen die Verantwortung für die von ihnen ausgeführten Tätigkeiten.

Auszubildende haben kaum Möglichkeiten, die im theoretischen Unterricht kennen gelernten Konzepte von ganzheitlich-orientierter Pflege in der Praxis kennen zu lernen.

Die klassische Funktionspflege ist mit einer ganzheitlich-orientierten Pflege nicht vereinbar.

• Personenorientierte Pflege

Die Veränderung des Pflegeverständnisses hat zu einer Abkehr von der funktionellen Pflege hin zu einer an der Person des Pflegebedürftigen orientierten Pflege geführt, d. h., der **Pflegebedürftige als Person** steht im **Mittelpunkt der organisatorischen Überlegungen**.

Andere in diesem Zusammenhang gebräuchliche Begriffe sind bewohnerorientierte, ganzheitliche, holistische oder individuelle Pflege (*siehe auch „Grundlegendes Pflegeverständnis“*, Seite 80).

Bei einem personenorientierten Pflegesystem steigt die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen und der Pflegenden. Das kann sich wiederum wechselseitig positiv auswirken.

Die **Einführung** der personenorientierten Pflege ist nur möglich, wenn entsprechende **Rahmenbedingungen** geschaffen wurden oder vorhanden sind. Ideal ist es, wenn die baulichen Strukturen die Einrichtung von **kleineren, überschaubaren Bereichen**, z. B. für Wohngruppen oder Hausgemeinschaften ermöglichen. Eine Bereichs- oder Gruppenpflege lässt sich aber auch in herkömmlichen baulichen Strukturen durchführen, wenn eine konsequente Umorganisation erfolgt. Außerdem muss bei der Einführung einer personenorientierten Pflege, in Abhängigkeit vom Bewohnerklientel, **genug und ausreichend qualifiziertes Personal** vorhanden sein.

Die für eine Bewohnergruppe verantwortlichen Pflegekräfte übernehmen **alle anfallenden Arbeiten der Pflege und Begleitung** unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Gewohnheiten. Starre Strukturen sollen dadurch aufgebrochen werden.

Die jeweiligen Pflegepersonen sind über alles informiert und stehen als fester Ansprechpartner für Bewohner und Angehörige zur Verfügung. Sie tragen die Verantwortung für die jeweilige Bewohnergruppe.

Bei einer personenorientierten Pflege werden **hierarchische Strukturen abgebaut**, da alle Pflegekräfte mit gleicher Qualifikation die gleichen Aufgaben übernehmen. Eine Bereichsleitung übernimmt spezielle Leitungsaufgaben (z. B. Dienstplanung) und ist im Übrigen Mitglied in einem Pflegeteam.

Durch mehr Abwechslung und Breite in den Tätigkeiten und durch mehr Verantwortung steigt das **Anforderungsprofil**. Die personenorientierte Pflege setzt voraus, dass alle Pflegekräfte dem gewachsen sind. Wenn das nicht der Fall ist, müssen sie Unterstützung erhalten, z. B. durch die Bereichsleitung im Rahmen einer Pflegevisite (siehe auch „Pflegevisite“, Seite 55) oder durch gezielte Fortbildungsangebote.

Für **Auszubildende** bietet ein personenorientiertes Pflegesystem die Möglichkeit, ein ganzheitliches Verständnis von Pflege in seiner praktischen Umsetzung kennen zu lernen.

■ Dienstplanerstellung

Der Dienstplan regelt den **Personaleinsatz** innerhalb einer Abteilung oder eines Bereiches über einen festgelegten Zeitraum (vier Wochen oder einen Monat).

Die vorgeschriebenen **Mindestanforderungen** an die **Besetzung mit Personal** werden durch eine entsprechende Planung gewährleistet und sind dokumentiert. Dabei geht es nicht nur um die Anzahl der anwesenden Kräfte, sondern auch um Mindestanforderungen an deren **Qualifikation**. Dadurch soll sichergestellt sein, dass jeden Tag die angestrebten Qualitätsanforderungen an die Begleitung und Pflege der Bewohner eines Bereiches erzielt werden können.

Die Einteilung des Personals muss sich an den Bedürfnissen und Gewohnheiten der Bewohner orientieren und eine individuelle Lebensgestaltung ermöglichen. Für Tageszeiten mit höherem Pflegeaufwand ist eine stärkere Besetzung mit Personal erforderlich. Dies kann z. B. durch Teilzeitkräfte ermöglicht werden.

Die **Erstellung des Dienstplans** liegt im Verantwortungsbereich einer **Pflegefachkraft**, z. B. einer Bereichsleitung oder deren Stellvertretung.

Die geltenden **Gesetze und Vorschriften** (z. B. Arbeitszeitregelung, Tarifrecht, Mutterschutz- und Jugendschutzgesetz) müssen bei jeder Planung berücksichtigt werden.

Für die Erstellung von Dienstplänen gibt es **spezielle Vordrucke** in DIN-A-3-Format. Die Vordrucke geben bestimmte Planungsgrößen vor und ermöglichen eine gute Übersicht. **Planungsgrößen** sind z. B. :

- Anzahl der Planstellen,
- Qualifikationsgrad,
- tägliche Arbeitszeit (Soll-Zeit),
- Überstunden/Mehrarbeit (Ist-Zeit),
- Urlaubsanspruch,
- Fortbildungszeiten,

- längere Krankheit, Kur o. Ä.,
- Besprechungstermine.

Die Pflegedienstleitung legt fest, wie weit im Voraus der Dienstplan geschrieben werden muss. Ein fertiger Dienstplan muss von der **Pflegedienstleitung genehmigt** werden und 14 Tage vor In-Kraft-Treten im jeweiligen Bereich aushängen.

Abweichungen vom Dienstplan, besonders sehr kurzfristige Änderungen oder Rückrufe aus dem Urlaub, sollten die Ausnahme sein. Das Personal muss den Dienstplan als eine **verlässliche Größe** ansehen können, da danach auch die Freizeit geplant werden muss (Dienst- und Freizeitplan). Der **Abbau von Überstunden** hingegen kann von der Pflegedienstleitung kurzfristig angeordnet werden.

Wünsche des Personals an die Dienstplanung, z. B. wegen Teilnahme an Festen bei besonderen Anlässen, können und sollten bei langfristiger Planung Berücksichtigung finden.

Änderungen im Dienstplan dürfen nur von einer **autorisierten Person** vorgenommen werden. Sie werden in einer festgelegten Form und Farbe vorgenommen, damit später nachvollziehbar ist, wie der ursprüngliche Plan ausgesehen hat.

Es kann hilfreich sein, Vorkehrungen für den Fall zu treffen, dass der Dienst wegen Personalausfall nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Dies ist z. B. möglich durch eine festgelegte Vorgehensweise und Rangfolge von Vertretungen. Unter bestimmten, vorher festzulegenden Voraussetzungen kann dazu auch die Inanspruchnahme von Personalagenturen (Zeitarbeitsfirmen) gehören.

■ Stellenbeschreibungen

Im Rahmen der Qualitätslenkung bekommt jeder Mitarbeiter eine **Stellenbeschreibung**. Bei der Erarbeitung von Stellenbeschreibungen für die Pflege, z. B.:

- Pflegedienstleitung,
- Bereichsleitung,
- Pflegefachkräfte,
- Pflegehilfskräfte (je nach Qualifikation),
- Praktikanten (je nach Art des Praktikums),

sollten neben Personen aus der Leitungsebene auch die jeweils betroffenen Mitarbeitergruppen einbezogen werden.

Eine Stellenbeschreibung füllt eine **berufliche Position** mit Inhalt und grenzt sie gegenüber anderen beruflichen Positionen ab. Mit Stellenbeschreibungen können daher häufig auftretende Probleme in der Abgrenzung von Kompetenzen, Zuständigkeiten und Verantwortungsbereichen vermindert werden.

Die **Inhalte einer Stellenbeschreibung** können z. B. sein:

- Daten zur Einrichtung,
- Stellenbezeichnung,
- Ziele der Tätigkeit,
- Verantwortungsbereich(e),
- Aufgabenfeld (Tätigkeitskatalog),
- Vorgesetzte und Nachgeordnete,
- Stellvertretung(en),

- Datum des In-Kraft-Tretens der Stellenbeschreibung,
- Unterschriften von Stelleninhaber, Vorgesetzten und Einrichtungsleitung.

Mit dem Unterschreiben der Stellenbeschreibung wird diese zu einer **verbindlichen Vereinbarung**. Die Stellenbeschreibung wird der betreffenden Person ausgehändigt. Eine Zusammenstellung aller in einem Bereich vorkommenden Stellenbeschreibungen sollte vorliegen (Ordner) und für alle jederzeit zugänglich sein.

Stellenbeschreibungen müssen regelmäßig (ca. alle 2 Jahre) **überarbeitet** werden, um sie den aktuellen Veränderungen im Anforderungsprofil von Arbeitsplätzen anzupassen.

■ Personalschulungen

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Schulungen durchzuführen. Da **Kosten und Nutzen** in einem entsprechenden Verhältnis stehen müssen, ist der **Bedarf** an Schulungen sehr genau zu **analysieren**. Diese Analyse findet im Rahmen des Qualitätsmanagements ständig statt, z. B. bei Pflegevisiten, Besprechungen oder Umfragen.

Im Anschluss an jede Schulung sollte eine **Rückmeldung** der Teilnehmer erfolgen, z. B. durch einen Fragebogen (Qualitätskontrolle).

Schulungen können **innerhalb der Einrichtung** (innerbetrieblich) oder außerhalb, z. B. bei einem Bildungsträger oder einer Firma, stattfinden. **Externe Schulungen** haben den Vorteil, dass durch die Distanz zu der Einrichtung die Offenheit der Teilnehmer deutlich steigen kann. Offenheit der Teilnehmer ist besonders wichtig, wenn es um Themen geht, die Gefühlsarbeit oder kritische Selbstreflexion erfordern.

Bei einer **Fortbildung** handelt es sich um eine Schulung mit dem Ziel, Wissen zu erweitern und oder zu aktualisieren. Eine Altenpflegerin hat die Verpflichtung, sich ständig fortzubilden (*siehe auch „Berufsbild des Deutschen Berufsverbandes für Altenpflege – Fort- und Weiterbildung“, Seite 74*).

Eine Möglichkeit der Fortbildung im **Selbststudium** ist das regelmäßige Lesen von Fachzeitschriften oder anderer Fachliteratur. Das Angebot an externen Fortbildungsveranstaltungen ist sehr groß. Die Teilnahme und Übernahme der Kosten muss mit der Bereichs- oder Pflegedienstleitung abgeklärt werden.

Das Angebot an **innerbetrieblicher Fortbildung** sollte **bedarfsorientiert** und **interessant** sein. Bei geringer Resonanz müssen Mitarbeiter entsprechend motiviert werden. Fortbildungen müssen rechtzeitig angekündigt und vor Ort gut organisiert sein, z. B. Vorhalten entsprechender Räume und Medien. Jeder Teilnehmer erhält eine Bescheinigung.

Als Schulungen sind auch z. B. während einer **Besprechung** stattfindende **kurze Informationsblöcke** zu bestimmten (aktuellen) Themen zu bezeichnen. Die Informationen werden in der Regel (von der Besprechungsleitung oder einer Teilnehmerin) mündlich vorgestellt; gezielt

eingesetzte Medien dienen der Veranschaulichung. Zur Sicherung der Informationen können abschließend Fragen besprochen und eine schriftliche Zusammenfassung ausgehändigt werden.

Weiterbildungen, z. B. zur Bereichsleitung, erweitern in der Regel die Qualifikation. Der erfolgreiche Abschluss einer Weiterbildung führt oft zu einem Wechsel des Aufgabenfeldes und zu einer höheren Verantwortung mit besserer Bezahlung. Weiterbildungen haben einen hohen Stundenumfang und verursachen entsprechende Kosten. Einrichtungsträger, die Mitarbeiter vom Dienst freistellen und die Kosten der Weiterbildung übernehmen, sehen darin oft eine Möglichkeit, Personal gezielt zu qualifizieren und an ihre Einrichtung zu binden.

Ein ausgewogenes Angebot an Fort- und Weiterbildung, das mit entsprechender Anerkennung der Leitungen und Kolleginnen wahrgenommen werden kann, führt u. a. zu mehr

- Motivation und Engagement,
 - Verantwortungsbewusstsein,
 - fachlicher Kompetenz,
 - Flexibilität und Bewältigungsmöglichkeiten,
 - Identifikation mit der Einrichtung
- und damit zur erwünschten Steigerung der Qualität.

■ Einarbeitungskonzepte

Jede Einrichtung hat **spezifische Organisationsstrukturen** und **Arbeitsbedingungen**. Auch die Bereiche innerhalb einer Einrichtung zeigen Unterschiede. Einarbeitungskonzepte sollen helfen, sich gezielt auf einen neuen Arbeits-, Ausbildungs- oder Praktikumsplatz vorzubereiten und sich dort schneller zurechtzufinden.

Einarbeitungskonzepte können erstellt werden für:

- neue Mitarbeiterinnen (mit oder ohne Berufserfahrung),
- Wiedereinsteigerinnen,
- Mitarbeiterinnen, die innerhalb der Einrichtung den Arbeitsplatz wechseln,
- Auszubildende,
- Praktikanten.

Sie müssen auf die Bedürfnisse der jeweiligen Gruppe abgestimmt sein. In einem Einarbeitungskonzept ist beschrieben, in welchen Schritten, mit welchen Inhalten und innerhalb welcher Zeiträume eine Einweisung erfolgt.

Folgende Punkte können in einem Einarbeitungskonzept festgelegt sein:

- Vorstellung von Kolleginnen und Bewohnerinnen;
- Begehung der Räumlichkeiten;
- Einweisung in das Pflegeleitbild, die Pflegetheorie und die Pflegedokumentation;
- Vorstellung des Dienst- und Freizeitplans;
- Demonstration des Rufsystems;
- Erläuterung des Notrufs und der Notfallversorgung.

Es wird eine Person benannt, die für die Einarbeitung verantwortlich ist. Zur Vorbereitung wird ein Gespräch geführt, in dem das Konzept vorgestellt wird.

Die **Dokumentation** der Einarbeitung erfolgt mit Hilfe spezieller **Protokolle** (Vordruck), die von den Beteiligten und der Pflegedienstleitung unterschrieben werden.

Eine systematische Einarbeitung und Anleitung ist mit Aufwand verbunden, aber sehr schnell zeigt sich der Nutzen. Eine gute Einarbeitung baut Ängste ab und führt schneller zu Selbstständigkeit und Sicherheit.

■ Supervision

Eine Supervision kann zu unterschiedlichen Zwecken, u. a. zur Qualitätslenkung angeboten werden. Weitere Informationen zur Supervision *siehe „Maßnahmen zur Gesunderhaltung – Supervision“, Seite 465.*

7.3.3 Qualitätskontrolle

■ Kennzeichnung

Mit Hilfe der **Qualitätskontrolle** finden immer wieder **Vergleiche** zwischen dem **Ist- und Soll-Zustand** der Qualität innerhalb einer Einrichtung statt. Durch Qualitätskontrolle wird die Wirksamkeit der ausgewählten Mittel zur Qualitätsplanung und -lenkung überprüft. Die Überprüfungen sollten in regelmäßigen Abständen stattfinden. Als **Instrumente** zur Kontrolle stehen z. B. **Pflegevisiten, Befragungen** von Bewohnern, Angehörigen und Personal oder das **interne Vorschlagswesen** zur Verfügung.

■ Pflegevisite

• Begriffe und Ausrichtungen

Im allgemeinen Sprachgebrauch meint der Begriff **Visite** (Besuch/Hingehen) den Kontakt zwischen Arzt und Patient in seinem Krankenzimmer.

Pflegevisiten sind in festgelegten Abständen stattfindende, **geplante Gespräche** zwischen **Pflegebedürftigen und Pflegefachkräften**.

Je nach Einrichtung und Abteilung finden Pflegevisiten mit unterschiedlichen Schwerpunkten statt. In der Altenpflege erfolgt eine Pflegevisite nach vorherigem Einverständnis **im Lebensraum** eines Pflegebedürftigen. Der Pflegebedürftige steht im Mittelpunkt, und die Umgebungsbedingungen können in alle Überlegungen und Entscheidungen einbezogen werden.

Falls erforderlich, sollte der **Kreis der Teilnehmer** an einer Pflegevisite jederzeit erweitert werden können, z. B. durch Bezugspersonen des Pflegebedürftigen, Ergo- oder Physiotherapeuten.

Durch die Anwesenheit von **Vorgesetzten**, z. B. der Pflegedienstleitung oder der zuständigen Bereichsleitung während einer pflegerischen Versorgung, bekommt eine Pflegevisite eine **Kontrollfunktion**. Die leitenden Pflegekräfte können die fachliche Qualifikation von Mitarbeitern, die Arbeitsorganisation, den Pflegeaufwand oder die Einhaltung von Hygienevorschriften überprüfen.

Wenn Defizite vorhanden sind, können sie auf diese Weise aufgedeckt und geeignete Maßnahmen zu deren

Beseitigung ergriffen werden, z. B., indem entsprechende Fortbildungsangebote gemacht werden.

Vorgesetzte sollten auch die Möglichkeit von Pflegevisiten mit **Beratungsfunktion** nutzen, um Pflegekräfte bei konkreten Problemen oder Fragestellungen fachlich zu unterstützen.

Alle nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die Pflegevisite als geplantes Gespräch zwischen Pflegebedürftigem und zuständiger Pflegefachkraft; diese Form wird in der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 im SGB XI/PQsG vorgeschlagen.

• Ziele

Pflegevisiten gelten als ein geeignetes **Instrument** zur **internen Qualitätskontrolle**. Neben diesem übergeordneten Ziel können **weitere Ziele** formuliert werden:

- Pflege- und Hilfsbedürftige fühlen sich wahrgenommen und in ihre Versorgung und Pflege aktiv einbezogen;
- Ressourcen und Pflegebedarf sind immer auf dem aktuellen Stand;
- die Pflegeziele werden zusammen mit dem Pflegebedürftigen formuliert;
- die angebotenen Pflegemaßnahmen berücksichtigen die Bedürfnisse von Pflegebedürftigen und sind auf ihre Wirksamkeit überprüft;
- der Pflegebedürftige hat die richtige Pflegestufe;
- die Dokumentation ist lückenlos und bietet (auch) in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht Sicherheit;
- die Informationsweitergabe zwischen allen Beteiligten ist sicher.

• Voraussetzungen

Pflegevisiten bieten für alle Beteiligten deutliche Vorteile. Um sie erfolgreich durchführen zu können, müssen bestimmte Voraussetzungen geschaffen werden. Die Pflegevisite muss als **feste Größe** in einen Tagesablauf eingeplant werden. Das geeignetste Pflegesystem ist die **Bereichspflege** (*siehe „Pflegesysteme“, Seite 52*). Es müssen aktuelle Pflegeplanungen und eine lückenlose Dokumentation vorliegen.

Die Mitglieder eines Pflegeteams sollten durch Fortbildung entsprechend vorbereitet und während der Einführungsphase begleitet werden.

• Durchführung

In Deutschland gibt es im Moment nur wenig gesicherte Daten über die Häufigkeit der Durchführung und die dabei erzielte Qualität von Pflegevisiten. Viele Einrichtungen befinden sich noch in einer Vorbereitungs- oder Versuchsphase.

Um Pflegevisiten erfolgreich durchführen zu können, müssen sie gut geplant sein; wichtige **Planungsgrößen** sind z. B. Häufigkeit (1 – 2-mal wöchentlich), Teilnehmer, Zeitpunkt und Dauer. Die Moderation übernimmt in der Regel die jeweils zuständige Pflegefachkraft.

Eine **Pflegevisite** kann in die **Abschnitte** Vorbereitung, Gespräch und Nachbereitung unterteilt werden.

Während der **Vorbereitung** werden alle Unterlagen auf Vollständigkeit überprüft und mögliche Fragen notiert. Wenn es keine festen Termine gibt, muss eine

Information an die jeweiligen Bewohner erfolgen, damit auch diese sich vorbereiten können.

Für das **Gespräch** sollten mindestens 15 – 20 Minuten zur Verfügung stehen, es sollte pünktlich und in Ruhe begonnen werden. Dabei ist es wichtig, eine **vertrauensvolle Atmosphäre** zu schaffen und **mit** dem Bewohner zu sprechen, nicht über ihn. Wenn möglich, sollten sich die Gesprächspartner gegenüber sitzen. Grundsätzlich gelten die Regeln einer partnerschaftlichen Kommunikation (siehe „Das Zwischenmenschliche der Kommunikation“, Seite 112, und „Gesprächsführung“, Seite 115). In Mehrbett-Zimmern ist unbedingt auf die Einhaltung der Schweigepflicht zu achten (siehe Seite 115).

Die zur Verfügung stehende Zeit muss effektiv genutzt werden. Störungen, z. B. durch Telefonate oder Zwischenfragen, die nicht im Zusammenhang mit dem jeweiligen Pflegebedürftigen stehen, sollten möglichst ausgeschlossen werden. In besonderen Situationen kann der zeitliche Rahmen natürlich überschritten werden. Die **Nachbereitung** innerhalb des Pflegeteams kann sehr kurz sein, sollte aber unbedingt stattfinden. Sie dient der Sicherung von Daten, Klärung von Fragen oder Zuständigkeiten und dem abschließenden Informationsaustausch. Spätestens jetzt müssen evtl. erforderliche Veränderungen im Pflegeplan schriftlich fixiert werden.

In einigen Einrichtungen werden zur Dokumentation einer Pflegevisite vorbereitete **Protokolle** benutzt. Diese enthalten z. B. Checklisten zum Anlass der Pflegevisite, zur Pflegedokumentation, zu den Bedürfnissen und der Zufriedenheit der Bewohner, zum Zustand des Bewohnerzimmers oder zur Arbeitsweise des Personals. Auch die Auswertung einer Pflegevisite kann mit Hilfe von vorgegebenen Stichpunkten erfolgen. Wenn keine Protokolle zur Verfügung stehen, erfolgt die Dokumentation im Pflegebericht.

Während der nächsten Dienstübergabe sollten einzelne Informationen oder Ergebnisse von Pflegevisiten thematisiert werden.

• Vorteile

Die Vorteile von regelmäßig durchgeführten Pflegevisiten sind vielfältig, z. B.:

- bessere Compliance*, da die Bewohner sich ernst genommen und einbezogen fühlen; es ist zu erwarten, dass dadurch insgesamt ihre Motivation steigt;
- Pflegevisiten dienen der Beziehungspflege; es ist Zeit für ein Gespräch, die auch dafür eingeplant wurde, d. h., die Pflegeperson wird nicht durch andere Aufgaben abgelenkt und kann sich voll auf den alten Menschen konzentrieren;
- Pflegewissen wird im Gespräch mit einem Pflegebedürftigen transparent gemacht, dabei können vor allem Aspekte der Beratung an Bedeutung gewinnen;
- Probleme, z. B. in der Kooperation zwischen verschiedenen Berufsgruppen und Pflegebedürftigen, können aufgedeckt und Lösungen gesucht werden.

■ Befragungen

Befragungen liefern ein Bild der **subjektiven Einschätzung** der Qualität innerhalb einer Einrichtung.

Mit Befragungen (auch als Umfragen bezeichnet) können gezielt **unterschiedliche Personengruppen** angesprochen werden, z. B. Bewohner, Personen, die bestimmte Bereiche einer Einrichtung nutzen (Tagesstätte, Besuchercafé oder -cafeteria), Angehörige, oder Personen, die mit der Einrichtung in irgendeiner Weise zusammenarbeiten (Mediziner, Physiotherapeuten, Dienstleistungsbetriebe).

Bei Befragungen von **Mitarbeitern** gibt es neben der Ermittlung eines Meinungsbildes auch die Möglichkeit, **Befragungen zur Selbstreflexion** einzusetzen.

Alle auf diese Weise angesprochene Personen fühlen sich in die Belange einer Einrichtung einbezogen.

Je nach Art und Umfang von Befragungen können nach der Auswertung Aussagen zur Pflegequalität innerhalb der Einrichtung gemacht werden. Wenn Mängel aufgedeckt wurden, können diese gezielt angegangen werden.

Als Methoden für Befragungen stehen persönliche **Interviews** oder **Fragebögen** zur Verfügung. Fragebögen haben den Vorteil der Anonymität und den Nachteil, dass keine Nachfragen gestellt werden können. Beide Methoden bedürfen einer gründlichen und qualifizierten Vorbereitung, Durchführung und Auswertung. Diese speziellen Kenntnisse müssen in entsprechenden Fortbildungen erworben werden. Die Aufgabe, Befragungen zu organisieren, kann z. B. von einem Qualitätszirkel (siehe Seite 57) übernommen werden.

Die Ergebnisse von Befragungen sollten den beteiligten Personen mitgeteilt werden, z. B. durch persönliches Anschreiben, Rundschreiben oder Aushang.

■ Internes Vorschlagswesen

Das so genannte interne Vorschlagswesen ist eine Möglichkeit, **alle Personen**, die direkt oder indirekt mit einer Einrichtung in Verbindung stehen, **zur Mitarbeit zu motivieren**, z. B. neben allen Mitarbeitern und Bewohnern einer Einrichtung auch Angehörige und andere Besucher. Möglichst viele sollen sich aufgefordert fühlen, **Verbesserungsvorschläge** zu machen. Nach dem Motto „**Alles ist wichtig**“ schließt das Vorschlagswesen alle Abteilungen, Bereiche und Themen ein.

Bei der **Einführung** muss u. a. deutlich werden, dass ein internes Vorschlagswesen kein Beschwerdemanagement („Meckerkasten“) ist, sondern Vorschläge in Verbindung mit **konstruktiver Kritik** gewünscht werden.

Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, Vorschläge zu sammeln. Damit sie von jedem jederzeit gemacht werden können, empfiehlt sich ein **zentraler Sammelpunkt**, z. B. in Form eines Briefkastens. Der Sammelpunkt sollte ansprechend aussehen, z. B. durch wechselnde Dekoration. Papier und Schreibmaterial sollten in der Nähe bereitliegen.

Vorschläge sind **mit oder ohne Namensnennung** möglich. Die Person(en), die die Vorschläge erhalten und bearbeiten, sollten bekannt sein. Ebenso sollte darüber informiert werden, wann und wie oft die Sichtung und Bearbeitung der Vorschläge erfolgt.

Die Bearbeitung eingegangener Vorschläge sollte nachvollziehbar sein und die **Ergebnisse bekannt gegeben** werden, z. B. in Rundschreiben oder, wenn vorhanden, in einer Hauszeitung. Dieses Vorgehen erhöht die Motivation, Vorschläge zu machen.

Einige Einrichtungen bieten besondere **Anreize** (für besonders effektive Vorschläge), um die Motivation zu verbessern. Es ist gut zu überlegen, wann welche Form gewählt wird. Als mögliche Anreize kommen z. B. die anerkennende Nennung während einer Feier, das Anbieten einer Fortbildung oder persönliche Geschenke in Frage. Ein internes Vorschlagswesen muss gepflegt werden. Sinn und Ziele müssen von den Verantwortlichen in regelmäßigen Abständen erneut betont werden, um das entsprechende Bewusstsein zu erhalten.

Wenn deutlich wird, dass diese Möglichkeit zur Qualitätskontrolle **spürbare Verbesserungen im Alltag** nach sich zieht, wird das viele Menschen motivieren, sich auch langfristig positiv einzubringen.

7.3.4 Qualitätssicherung

■ Kennzeichnung

Mit Hilfe der Qualitätssicherung soll die **gegenwärtige Qualität der Pflege** bewahrt werden. Die Qualitätssicherung beginnt, nachdem eine Qualitätsentwicklung (mit der Qualitätsplanung, -lenkung und -kontrolle) durchgeführt wurde. Man unterscheidet zwischen der **internen** und **externen Qualitätssicherung**.

Die Instrumente einer Qualitätssicherung innerhalb der Einrichtung sind **Bewertungsrunden, Qualitätszirkel** und die Schaffung einer (Teilzeit-) Stelle für eine **Qualitätsbeauftragte**.

Eine externe Qualitätssicherung kann stattfinden durch **Qualitätskonferenzen**, eine **Zertifizierung** oder **externe Beratung**.

■ Bewertungsrunden

Im Zusammenhang mit einer Qualitätssicherung finden regelmäßig **Bewertungsrunden** (auch **Assessment** = Beurteilung, Bewertung, Einschätzung) statt. An Bewertungsrunden nehmen **leitende Mitarbeiter/-innen** einer Einrichtung teil, z. B. Pflegedienstleitung, Bereichsleitung, Qualitätsbeauftragte. Je nach Thema kommen Fachkräfte aus dem betroffenen Bereich hinzu.

Die Aufgabe der Arbeitsgruppe besteht darin, den gegenwärtigen **Stand der Qualität** zu **analysieren** und zu **bewerten**. Falls erforderlich, müssen Maßnahmen zur Anhebung der Qualität auf den Weg gebracht werden, z. B. Überarbeitung von Standards, Bearbeitung von Beschwerden oder Verbesserungsvorschlägen, Durchführung von Qualitätsanalysen für bestimmte Bereiche.

Die **Protokolle** der Bewertungsrunden dienen u. a. dem **Nachweis** einer internen Qualitätssicherung.

■ Qualitätsbeauftragte

Qualitätsbeauftragte können ein **Motor** bei der Qualitätsentwicklung und -sicherung in einer Einrichtung sein, wenn sie die entsprechende **persönliche und fachliche**

Kompetenz haben und die von allen Seiten erforderliche **Unterstützung** bekommen.

Viele Einrichtungen haben wegen der Vielfalt und Menge der Aufgaben im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement eine **Stabsstelle Qualitätsbeauftragte** eingerichtet.

Die Qualitätsbeauftragte untersteht direkt der Einrichtungsleitung, arbeitet eng mit ihr zusammen und hat im Bereich Qualitätsmanagement weitreichende Kompetenzen. Da der Aufgabenbereich für Qualitätsbeauftragte unterschiedlich sein kann, ist eine Festlegung in einer Stellenbeschreibung (siehe „Stellenbeschreibungen“, Seite 53) erforderlich.

Zu den Aufgaben einer Qualitätsbeauftragten gehören (in Anlehnung an BARTH 2002) u. a.:

- „- *Befragungen planen, durchführen und bewerten,*
- *einen oder mehrere Qualitätszirkel einrichten und begleiten,*
- *Qualitätsmanagement-Handbuch erstellen und aktualisieren,*
- *(innerbetriebliche) Fortbildungen planen, durchführen und auswerten,*
- *Stellenbeschreibungen erstellen und aktualisieren,*
- *jedes Jahr eine Schulungsübersicht erstellen und aktualisieren,*
- *Standards mit den Mitarbeitern erstellen und aktualisieren,*
- *interne Audits planen, durchführen und auswerten,*
- *Pflegeleitbild und Pflegekonzept mit den Mitarbeitern erstellen und aktualisieren,*
- *Vordrucke und Formulare erstellen und aktualisieren,*
- *Instrumente der Qualitätsentwicklung und -sicherung einführen,*
- *Mitarbeiter/innen motivieren, informieren und beraten,*
- *Kompetenz der Mitarbeiter/innen fördern,*
- *Kontakte zu Fachverbänden und Weiterbildungseinrichtungen herstellen, erhalten und ausbauen,*
- *Einrichtungsleitung (Geschäftsführung) regelmäßig über den Stand des Qualitätsmanagements Bericht erstatten, Verbesserungsvorschläge und Anregungen weiterleiten oder machen.“*

Die Reihenfolge der Tätigkeiten zeigt keine Wertigkeit. Es ist die Aufgabe einer Qualitätsbeauftragten, einen Überblick über den Stand der Qualitätsentwicklung und -sicherung zu haben und je nach Notwendigkeit und Bedarf bestimmte Punkte in den Vordergrund und andere zeitweise zurückzustellen.

Qualitätsbeauftragte müssen eine entsprechende **Qualifikation** haben, diese können sie durch spezielle Fort- und Weiterbildungen erwerben. Es werden viele Qualifikationskurse angeboten. Eine einheitliche Anforderung an die Qualifikation für Qualitätsbeauftragte in Einrichtungen der Altenpflege gibt es bislang nicht.

■ Qualitätszirkel

Ein Qualitätszirkel ist ein wichtiges Instrument der internen Qualitätssicherung. Es handelt sich um eine **kleine Arbeitsgruppe** von Mitarbeiterinnen. Ob Mitglieder in

Leitungspositionen in einem Qualitätszirkel mitwirken sollten, ist umstritten; es gibt eine Reihe von Vor- und Nachteilen. Die Gruppe kann durch die Qualitätsbeauftragte und/oder die Bewertungsrunde initiiert werden. Die Mitarbeit ist in der Regel freiwillig.

Um arbeitsfähig zu sein, darf die Gruppe nicht größer sein als vier bis sechs Personen. Sie trifft sich regelmäßig, z. B. jede Woche für eine Stunde, zu einem festen Termin. Aus den Reihen der Gruppenmitglieder wird die Leitung gewählt. Diese übernimmt die Moderation der Sitzungen.

Es besteht die Möglichkeit, dass ein Qualitätszirkel eine feste Gruppe ist, die nacheinander verschiedene Fragestellungen bearbeitet. Außerdem gibt es die Form, für jedes Thema oder zu lösendes Problem eine neue Arbeitsgruppe zu gründen.

Der Qualitätszirkel trägt seine **Arbeitsergebnisse** an die verantwortlichen Vorgesetzten heran und findet in Absprache mit ihnen eine Entscheidung.

Um die **Akzeptanz** zu erhöhen, sollte ein Qualitätszirkel seine Arbeit und die Ergebnisse innerhalb der Einrichtung darstellen, z. B. durch Protokolle, Aushänge oder Berichte in Teambesprechungen.

■ Qualitätskonferenzen

Qualitätskonferenzen sind eine Möglichkeit der **externen Qualitätssicherung**. Es handelt sich um regionale oder überregionale **Tagungen von Fachleuten aus dem Bereich der Altenpflege**, z. B. Einrichtungsleitungen, Pflegedienstleitungen oder Qualitätsbeauftragte. Ziele von Qualitätskonferenzen sind z. B. Erfahrungsaustausch zum Thema Qualitätsmanagement oder Entwicklung von Perspektiven für die Qualitätsarbeit.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit während dieser Tagungen ist u. a. ein offener und ehrlicher Meinungsaustausch.

■ Zertifizierung

Zertifizierungen werden von **unabhängigen, autorisierten Firmen** vorgenommen. Sie dienen der Prüfung der Übereinstimmung von Ist- und Soll-Zustand der Qualität einer Einrichtung oder bestimmter Bereiche und sind eine **Art „Qualitätsausweis“**.

Momentan sind Zertifizierungen freiwillige Maßnahmen der externen Qualitätssicherung und -prüfung. Eine Einrichtung kann damit (werbewirksam) an die Öffentlichkeit treten.

In regelmäßigen Abständen (alle ein bis zwei Jahre) muss eine **Überprüfung** (Audit) stattfinden.

■ Externe Beratung

Jede Einrichtung hat die Möglichkeit, sich beraten zu lassen. Eine so genannte externe Beratung bieten z. B. Unternehmensberater mit einer entsprechenden Qualifikation im Bereich der Qualitätsentwicklung und -sicherung an.

Der abschließende Bericht einer Beratung ist wichtig für die zukünftige **Qualitätspolitik der Einrichtung** und kann gegenüber den Pflegekassen als Nachweis von Qualitätsarbeit dienen.

7.3.5 Qualitätsprüfung

Der **Gesetzgeber** schreibt bestimmte Qualitätsprüfungen vor. Sie müssen von unterschiedlichen **Prüfungsinstanzen** vorgenommen werden:

- Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK),
- Heimaufsicht,
- Gesundheitsamt.

Die Prüfungen sind verpflichtend und müssen nicht angekündigt werden. Der Gesetzgeber hat die Aufgaben der Prüfungsinstanzen genau festgelegt.

Die regelmäßig durchzuführenden Qualitätsprüfungen dienen dem **Qualitätsnachweis** und dem **Verbraucherschutz**.

Literaturhinweise

Literaturhinweise zum Thema „Alter“

- Baltes, M./Kohli, M./Sames, K.: Erfolgreiches Altern. Huber, Bern 1989
- Brauchbar, M./Heer, H.: Zukunft Alter. Artemis, München 1995
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Eine Gesellschaft für alle Lebensalter. Kohlhammer, Stuttgart 1998
- Deutsches Institut für Fernforschung an der Universität Tübingen: Funkkolleg Altern. Studieneinheit 4: Von der Pyramide zum Pilz. Demographische Veränderungen in der Gesellschaft. TC Druck Tübinger Chronik eG, Tübingen
- Füsgen, I.: Geriatrie Bd. 1: Grundlagen und Symptome. Kohlhammer, Stuttgart 2003
- Füsgen, I.: Geriatrie Bd. 2. Kohlhammer, Stuttgart 2003
- Hirsch, R. D.: Multimorbidität im Alter. Huber, Bern 1992
- Hohmeier, J./Pohl, H. J.: Alter als Stigma oder Wie man alt gemacht wird. Frankfurt/M. 1978
- Juchli, L.: Altwerden-Altsein. Recom, Basel 1991
- Martin, E./Junod, J.-P.: Lehrbuch der Geriatrie. Huber, Bern, 1990
- Oswald, W. D./Lehr, U. (Hrsg.): Altern. Veränderung und Bewältigung. Huber, Bern 1991
- Schachtner, C.: Störfall Alter. Fischer, Frankfurt/M. 1988
- Schmidbauer, W.: Altern ohne Angst. Ein psychologischer Begleiter. Rowohlt, Berlin 2003
- Tropper, D.: In Würde altern. Pflege und Betreuung älterer Menschen. Patmos, Düsseldorf 2002

Literaturhinweise zum Thema „Gesundheit – Krankheit“

- Brieskorn-Zinke, M.: Gesundheitsförderung in der Pflege. Kohlhammer, Stuttgart 2003
- Dahlke, R./Dethlefsen, T.: Krankheit als Weg. Goldmann, München 2000
- Hammer, C./Schubert, V.: Chronische Erkrankungen und ihre Bewältigung. Schulz, Starnberg 1993
- Juchli, L.: Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. Thieme, Stuttgart 1997
- Maslow, A. H.: Motivation und Persönlichkeit. Rowohlt, Reinbek 1994
- Schwarzer, R.: Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Hogrefe, Göttingen 1996
- Weidner, F.: Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Mabuse, Frankfurt/M. 2003
- Zankl, H./Zieger, G.: Gesundheitslehre. VCH, Weinheim 1994

Literaturhinweise zum Thema „Pflegeprozess“

- Deltz, Ch.: Krankenbeobachtung. Springer, Berlin/Heidelberg 1998
- Fiechter, V./Meier, M.: Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis. Recom, Basel 1996
- Gültekin, J./Liebchen, A.: Pflegevisite und Pflegeprozess. Theorie und Praxis für die stationäre und ambulante Pflege. Kohlhammer, Stuttgart 2003
- Jecklin, E.: Arbeitsbuch. Krankenbeobachtung als Teil der Krankenpflege. Urban & Fischer, Stuttgart 1998
- Lanzendörfer, C. u. a.: Innere Medizin. Krankheitslehre, Krankenbeobachtung, Spezielle Pflege. Springer, Heidelberg 1998
- Müller-Daubig, U.: Der Krankenpflegeprozess. Recom, Basel 1990
- Roper, N.: Pflegeprinzipien im Pflegeprozess. Huber, Bern 1997
- Spranger, C.: Krankenbeobachtung. Anleitung für die Pflegepraxis. Urachhaus, Stuttgart 1995
- Stösser, A. von: Pflegestandards. Erneuerung der Pflege durch Veränderung der Standards. Springer, Heidelberg 1996
- Völkel, I./Ehmann, M.: Spezielle Pflegeplanung in der Altenpflege. Urban & Fischer, München 2000
- WHO-Regional Office for Europe: The Nursing Process (Report des ersten Treffens der Beratergruppe, Nottingham 1976), Copenhagen
- Wieteck, P./Velleur, H. J.: Handbuch zur Pflegeplanung. Recom, Basel 1996

Literaturhinweise zum Thema „Pflegediagnose“

- Doenges, M. u. a.: Pflegediagnosen und Maßnahmen. Huber, Bern 1994
- Ehmann, M./Völkel, I.: Pflegediagnosen in der Altenpflege. Urban & Fischer, München 2000
- Lauber, A.: Grundlagen beruflicher Pflege. Thieme, Stuttgart 2001
- Wied, S. u. a.: Pschyrembel Wörterbuch Pflege. De Gruyter, Berlin 2003

Literaturhinweise zu Pflegetheorien/ Pflegemodelle

- Abraham, I. u. a.: Pflegestandards für die Versorgung alter Menschen. Huber, Bern 2001
- Budnik, B.: Pflegeplanung leicht gemacht. Urban & Fischer, München 2003
- Cavanagh, St.: Pflege nach Orem. Lambertus, Freiburg/Br. 1997
- Chinn, P. L./Kramer, M. K.: Pflegetheorie. Konzepte, Kontext, Kritik. Ullstein Medical, Wiesbaden 1996

- Drerup, E.: *Pflegetheorien. Handbuch für den Pflegeunterricht.* Lambertus, Freiburg/Br. 1998
- Drerup, E.: *Pflegetheorien in Praxis, Forschung und Lehre (Materialien zur Pflegewissenschaft, Bd.1).* Lambertus, Freiburg/Br. 1997
- Evers, G. C. M.: *Theorien und Prinzipien der Pflegekunde.* Ullstein Mosby, Berlin/Wiesbaden 1997
- Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt (Hrsg.): *Pflegewissenschaft im Alltag. Untersuchungen aus verschiedenen Arbeitsfeldern.* Mabuse, Frankfurt/M. 1998
- Fawcett, J.: *Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick.* Huber, Bern, 1998
- Fawcett, J.: *Spezifische Theorien der Pflege im Überblick.* Huber, Bern, 1999
- Grond, E.: *Altenpflege als Beziehungs- oder Bezugspflege. Ein interaktionelles Pflegekonzept.* Schlütersche, Hannover 2000
- Heisterkamp, B., Pfäfflin-Wagner, U., Stempfle, E., Voget-Overeem, E.: *Altenpflegemodell – Modell der Lebensdimensionen.* Deutscher Berufsverband für Altenpflege, Autorengruppe „Altenpflegemodell – Modell der Lebensdimensionen“, Duisburg
- Henderson, V.: *Grundregeln der Krankenpflege. Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICN),* Genf 1977
- Henke, F.: *Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess. Individuell – prägnant – praktikabel.* Kohlhammer, Stuttgart 2002
- Hunink, G.: *Pflegetheorien. Elemente und Evaluation.* Huber, Bern 1997
- Juchli, L.: *Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege.* 8. Auflage. Thieme, Stuttgart 1997
- Kellnhäuser, E.: *Der diagnoseorientierte Pflegeprozess, Band 3. Häusliche Pflege, Altenpflege, Psychiatrische Pflege, Pflege bei neurologischen Erkrankungen, Kinderkrankenpflege, Exemplarische Pflegepläne auf der Grundlage ausgewählter Pflegetheorien.* Bibliomed, Melsungen 1998
- Krohwinkel, M.: *Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexierkrankten. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege.* Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 16. Nomos, Baden-Baden 1993
- Krohwinkel, M.: *Fördernde Prozesspflege-Konzepte, Verfahren und Erkenntnisse.* In: Osterbrink, J. (Hrsg.): *Erster internationaler Pflegetheorienkongress Nürnberg.* Huber, Bern 1998
- Kuratorium Deutsche Altershilfe: *Theoriegeleitetes Arbeiten in Ausbildung und Praxis. Ein Baustein zur Qualitätssicherung in der Altenpflege.* Köln, 1996
- Löser, A. P.: *Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel.* Schlütersche, Hannover 2003
- Marriner-Tomey, A.: *Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk.* Recom, Basel 1992
- Mischo-Kelling, M./Wittneben, K.: *Pflegebildung und Pflegetheorien.* Urban & Fischer, München 1995
- Peplau, H. E.: *Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege. Ausgewählte Werke.* Huber, Bern 1997
- Rogers, M.: *Theoretische Grundlagen der Pflege. Eine Einführung.* Lambertus, Freiburg/Br. 1997
- Roper, N./Logan, W./Tierney, A.: *Die Elemente der Krankenpflege.* Recom, Basel 1993
- Schaeffer, D./ Moers, M./ Steppe, H./Meleis, A.: *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA.* Huber, Bern 1997
- Watson, J.: *Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung.* Huber, Bern 1996

Literaturhinweise zu „Qualitätsmanagement“ und „Pflegeleitbild“

- Barth, M.: *Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Altenpflege.* Urban & Fischer, München 2002
- Büse, F.: *Pflegeleitbilder.* In: Büse, F./Eschmann, R./Kämmer, K. (Hrsg.): *Heim aktuell. Leitungshandbuch für Altenhilfeeinrichtungen.* Vincentz, Hannover 1995
- Hellmann, St./Kundmüller, P.: *Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege.* Brigitte Kunz Verlag, Hannover 2003.
- Kämmer, K.: *Die Augen öffnen.* In: *Altenpflege 2/2000.* Vincentz, Hannover
- Kämmer, K./Schröder, B. (Hrsg.): *Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen.* Schlütersche, Hannover 2000
- Kellnhäuser, E.: *Die Bedeutung einer Pflegephilosophie für die Pflegepraxis. Erfahrungen aus den USA. Die Schwester/Der Pfleger 12/1991.* Bibliomed, Melsungen
- Kuratorium Deutsche Altershilfe: *Theoriegeleitetes Arbeiten in Ausbildung und Praxis.* KDA, Köln 1997
- Lauber, A. (Hrsg.): *Grundlagen beruflicher Pflege.* Thieme, Stuttgart 2001
- Müller, H.: *Arbeitsorganisation in der Altenpflege. Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und -sicherung.* Schlütersche, Hannover 2001
- Lummer, C.: *Praxisanleitung und Einarbeitung in der Altenpflege. Pflegequalität sichern – Berufszufriedenheit verstärken.* Schlütersche, Hannover 2001
- Schmitz, M./Hofmann, W.: *Qualitätsmanagement für Senioreneinrichtungen.* Schlütersche, Hannover 2000
- Vitt, G.: *Pflegequalität ist messbar.* Schlütersche, Hannover 2002
- Wied, S. u. a.: *Pschyrembel Wörterbuch Pflege.* Gruyter, Berlin 2003

II. Berufliche Altenpflege

1. Entwicklung des Berufs	62
2. Qualifikation	63
2.1 Ausbildung	63
2.2 Fort- und Weiterbildung	69
2.3 Psychosoziale Kompetenzen	70
3. Aufgaben und Tätigkeitsbereiche	71
4. Berufspolitische Entwicklung im gesellschaftlichen Kontext	71
5. Berufsbild des Deutschen Berufsverbandes für Altenpflege (DBVA)	74
Literaturhinweise	77

II. Berufliche Altenpflege

Der Beruf Altenpfleger/-in ist heute ein professioneller **Dienstleistungsberuf**.

Unter Dienstleistungen werden wirtschaftliche Einrichtungen verstanden, die nicht in der Erzeugung von Sachgütern, sondern in persönlichen Leistungen bestehen (BROCKHAUS). Persönliche Leistungen sind in diesem Zusammenhang die qualifizierten Arbeiten von staatlich geprüfem Pflegefachpersonal.

Die während der Ausbildung zur Altenpflegerin/zum Altenpfleger erworbene Fachkompetenz erstreckt sich sowohl auf **psychosoziale** als auch auf **pflegerisch-geriatrische Fähigkeiten**. Diese unterscheiden die professionelle Pflege deutlich von der Laienpflege – dennoch ist vielen Menschen immer noch nicht bewusst, wie qualifiziert der Altenpflegeberuf ist. Altenpfleger/-innen selbst müssen dies durch ihr fachspezifisches Wissen, Können und Verhalten verdeutlichen.

1. Entwicklung des Berufs

Altenpflege als Ausbildungsberuf existiert erst seit einigen Jahrzehnten.

Traditionell wurden in Deutschland alte Menschen im Allgemeinen im Rahmen der Großfamilie betreut und gepflegt. Nur wenige Menschen, die im Alter krank, einsam und/oder arm waren, bedurften der Betreuung in einem Armen- oder Siechenhaus.

Mit Entwicklung der **Kleinfamilie** und **Veränderung der Wohnverhältnisse** (kleine Stadtwohnungen, weite Entfernung zwischen dem Wohnsitz der Eltern und der erwachsenen Kinder, Zunahme der Ein- und Zwei-Personen-Haushalte) sowie mit der gleichzeitig **wachsenden Lebenserwartung** wuchs der **Bedarf an Altenpflege** (siehe auch Seite 7). Dieser Bedarf konnte nicht durch Krankenpflegepersonal gedeckt werden. Die in der Altenhilfe tätigen Ordensfrauen hatten zunehmend Nachwuchsprobleme, viele Krankenschwestern fanden in Krankenhäusern ein attraktiveres Arbeitsfeld, Frauen gingen vermindert ehrenamtlichen Tätigkeiten nach.

Um die Betreuung und Pflege alter Menschen zu gewährleisten, wurden Anfang der **60er-Jahre** vermehrt **Frauen mittleren Alters** für die bezahlte Altenpflege geworben. Man ging davon aus, sie seien aufgrund ihrer Erfahrung als Mutter und Hausfrau sowie ihrer weiblichen Eigenschaften geeignet für die Altenpflege. Sie wurden angeleitet oder in Kurzlehrgängen für die pflegerische Tätigkeit geschult. Es zeigte sich jedoch, dass eine qualifizierte Ausbildung erforderlich war, um den Bedürfnissen alter pflegebedürftiger Menschen gerecht zu werden.

- **Ende der 50er-Jahre** boten einige Träger größerer Altenheime (Wohlfahrtsverbände) erstmals **6-monatige Lehrgänge** an. Die vermittelten Lerninhalte waren der Krankenpflegeausbildung entnommen und wurden

hinsichtlich der Bedingungen der Pflege im Altenheim angepasst.

- Es folgten **einjährige theoretische Lehrgänge**, kombiniert mit einem einjährigen **Praktikum**.
- **1965** stellte der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge das Berufsbild der Altenpflegerin als einen modernen sozialpflegerischen Beruf vor und formulierte Empfehlungen für eine **zweijährige Altenpflegeausbildung**. Im ersten Jahr sollten mindestens 2070 Ausbildungsstunden absolviert werden, davon 600 Stunden theoretischer und praktischer Unterricht. Im 2. Ausbildungsjahr wurde ein Berufspraktikum durchgeführt.
- **1969** wurde vom Arbeits- und Sozialminister Nordrhein-Westfalens die **erste staatliche Ausbildungs- und Prüfungsordnung für eine Altenpflegeausbildung** in Deutschland erlassen. Die zweijährige Ausbildung bestand aus einem einjährigen theoretischen Lehrgang mit 700 Stunden theoretischem und 1200 Stunden praktischem Unterricht sowie einem einjährigen Berufspraktikum.
- Die Ausbildung zur Altenpflegerin/zum Altenpfleger wurde in den letzten Jahrzehnten durch die einzelnen Bundesländer geregelt. So erließ jedes der 16 Bundesländer **eigene rechtliche Verordnungen für die staatliche Anerkennung, Ausbildung und Prüfung zur Altenpflegerin/zum Altenpfleger**. Entsprechend dauert die Ausbildung 2 bis 3 Jahre; die Anzahl der Stunden variiert in der theoretischen Ausbildung zwischen 1400 – 2250 Stunden, in der praktischen Ausbildung zwischen 1200 – 2250 Stunden.
- Seit dem **1. August 2003** ist das bereits im November 2001 verkündete, aber zuvor aufgrund einstweiliger Anordnungen des Bundesverfassungsgerichts ausgesetzte **Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (AltPflG)** in Kraft getreten (mit Ausnahme der die Altenpflegehilfeausbildung betreffenden Teile). Hierdurch wird die Altenpflegeausbildung erstmalig bundeseinheitlich geregelt. Allerdings wird die Ausbildung in der Freien und Hansestadt Hamburg bis zum 31. 07. 2006 weiterhin nach dem Berufsbildungsgesetz durchgeführt (§ 31).

Bezüglich der **Ausbildungs- und Prüfungsverordnung** trifft das Altenpflegegesetz in § 9 Absatz 1 folgende Regelung:

„Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates in einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers die Mindestanforderungen an die Ausbildung nach § 4 sowie das Nähere über die staatliche Prüfung und die Urkunde für die Erlaubnis nach § 1 Nr. 1 zu regeln.“

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist am 26. November 2002 erlassen worden.

Die wesentlichen Inhalte des Altenpflegegesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung werden im Abschnitt „Ausbildung“ vorgestellt; einen Überblick geben die Schaubilder „Grundzüge der Ausbildung in der Altenpflege“ (Seite 64) und „Rechtliche Strukturen der Ausbildung in der Altenpflege“ (Seite 65).

2. Qualifikation

2.1 Ausbildung

Die Ausbildung zur staatlich anerkannten Altenpflegerin/zum Altenpfleger ist seit dem **1. August 2003** erstmals bundeseinheitlich durch das **Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz, AltPflG; Bundesaltenpflegegesetz)** geregelt.

Die Abbildung „Grundzüge der Ausbildung in der Altenpflege“ stellt die wesentlichen Punkte des Altenpflegegesetzes im Überblick (siehe Abb. 14) dar.

■ Rechtliche Strukturen

Die **Altenpflegeschule trägt die Gesamtverantwortung** für die Ausbildung. Sie führt den Unterricht durch und stellt die Praxisbegleitung sicher. (§§ 4 Abs. 4) Die Regelung der Strukturen und der Finanzierung der schulischen Ausbildung bleibt eine Angelegenheit der Länder.

Es gibt einen **Träger** der praktischen Ausbildung, der den Ausbildungsvertrag mit der Schülerin/dem Schüler abschließt. Diese Aufgabe kann von einer stationären Pflegeeinrichtung bzw. einem Altenheim oder einem ambulanten Pflegedienst wahrgenommen werden. Die Einrichtung muss mit einer Altenpflegeschule einen **Kooperationsvertrag** abgeschlossen haben oder selbst eine staatlich anerkannte Altenpflegeschule betreiben. (§ 13 Abs. 1)

Die Berufsbezeichnungen „Altenpflegerin“ und „Altenpfleger“ werden geschützt. (§§ 1, 27)

Schülerinnen und Schüler, die ihre Ausbildung vor dem 1. August 2003 begonnen haben, können diese nach dem bisherigen Landesrecht beenden.

In das Altenpflegegesetz und das Krankenpflegegesetz sind Regelungen aufgenommen worden, die es den Ländern ermöglichen, zeitlich befristet von bestimmten Gesetzesvorschriften abzuweichen. Damit werden die Voraussetzungen für die Erprobung integrierter Ausbildungsmodelle zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe geschaffen. (§ 4 Abs. 6)

Das Schaubild „Rechtliche Strukturen der Ausbildung in der Altenpflege“ (Abb. 15) gibt einen Überblick hinsichtlich der rechtlichen Aspekte in der Altenpflegeausbildung.

■ Ziele

§ 3 Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur **selbstständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen** erforderlich sind. Dies umfasst insbesondere:

1. die sach- und fachkundige, den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege,
2. die Mitwirkung bei der Behandlung kranker alter Menschen einschließlich der Ausführung ärztlicher Verordnungen,
3. die Erhaltung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten im Rahmen geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitationskonzepte,
4. die Mitwirkung an qualitätssichernden Maßnahmen in der Pflege, der Betreuung und der Behandlung,
5. die Gesundheitsvorsorge einschließlich der Ernährungsberatung,
6. die umfassende Begleitung Sterbender,
7. die Anleitung, Beratung und Unterstützung von Pflegekräften, die nicht Pflegefachkraft sind,
8. die Betreuung und Beratung alter Menschen in ihren persönlichen und sozialen Angelegenheiten,
9. die Hilfe zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung einschließlich der Förderung sozialer Kontakte und
10. die Anregung und Begleitung von Familien- und Nachbarschaftshilfe und die Beratung pflegender Angehöriger.

Darüber hinaus soll die Ausbildung dazu befähigen, mit anderen in der Altenpflege tätigen Personen **zusammenzuarbeiten** und diejenigen **Verwaltungsarbeiten** zu erledigen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit den Aufgaben in der Altenpflege stehen.

■ Theoretischer und praktischer Unterricht

Der Beruf Altenpflegerin/Altenpfleger erfordert ein **fundiertes Fachwissen** auf verschiedenen Gebieten; der entsprechende theoretische und praktische Unterricht während der Ausbildung erstreckt sich über mindestens 2100 Stunden. **Lernbereiche** und Mindeststundenzahlen sind in der **Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (APO)** vom 26. November 2002 festgelegt. In der Verordnung werden die konkreten Ausbildungsinhalte, die staatliche Prüfung und das Verfahren zur Anerkennung von in anderen EU-Staaten erworbenen Ausbildungsabschlüssen geregelt. Auszug:

Theoretischer und praktischer Unterricht in der Altenpflege (Gesamtstundenzahl: 2100)

1. Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege

- 1.1. Theoretische Grundlagen in das altenpflegerische Handeln einbeziehen (80 Std.)
- 1.2. Pflege alter Menschen planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren (120 Std.)
- 1.3. Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen (720 Std.)
- 1.4. Anleiten, beraten und Gespräche führen (80 Std.)
- 1.5. Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken (200 Std.)

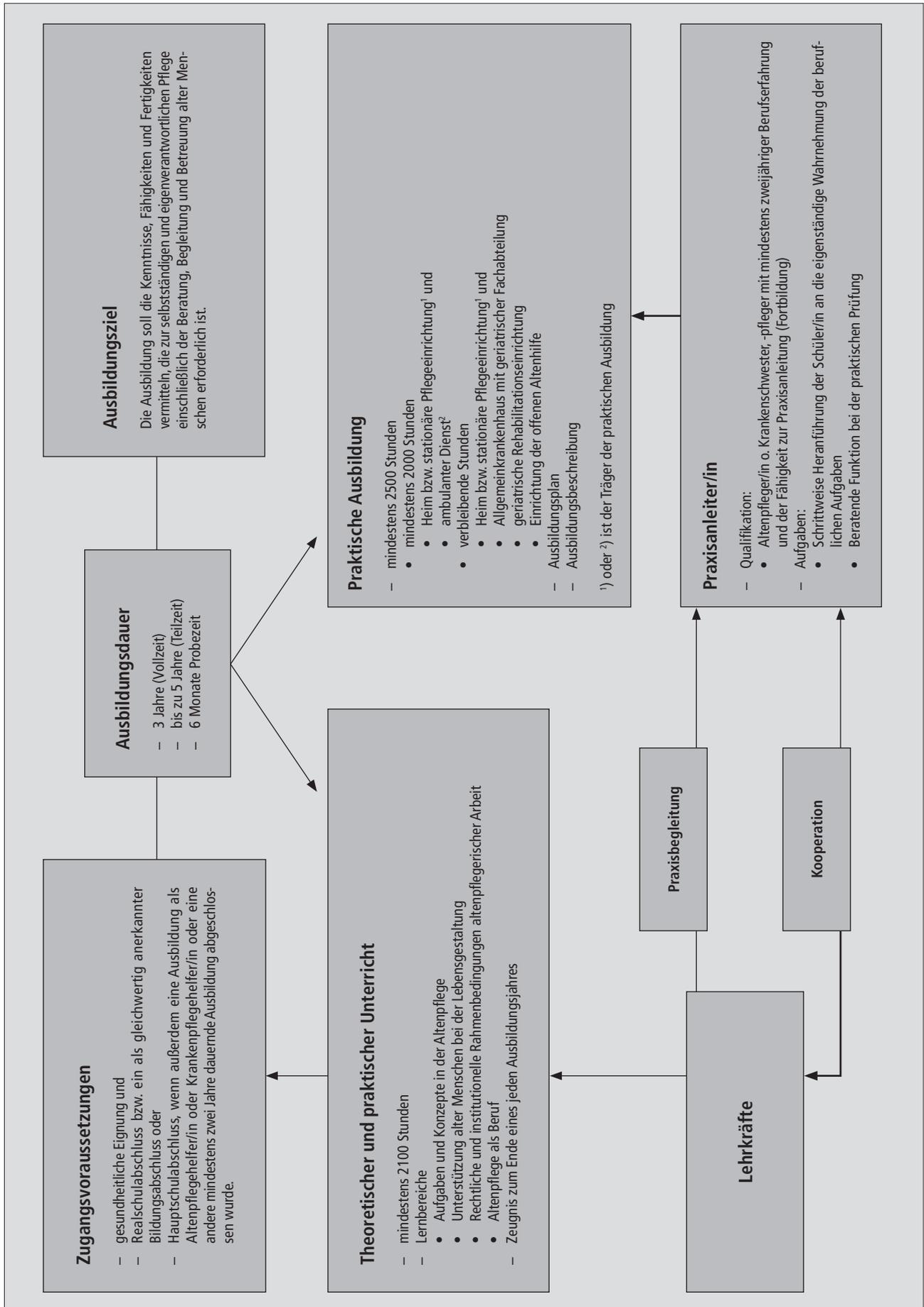


Abbildung 14: Grundzüge der Ausbildung in der Altenpflege (Bundesministerium für Soziales, Familie und Jugend 2004)

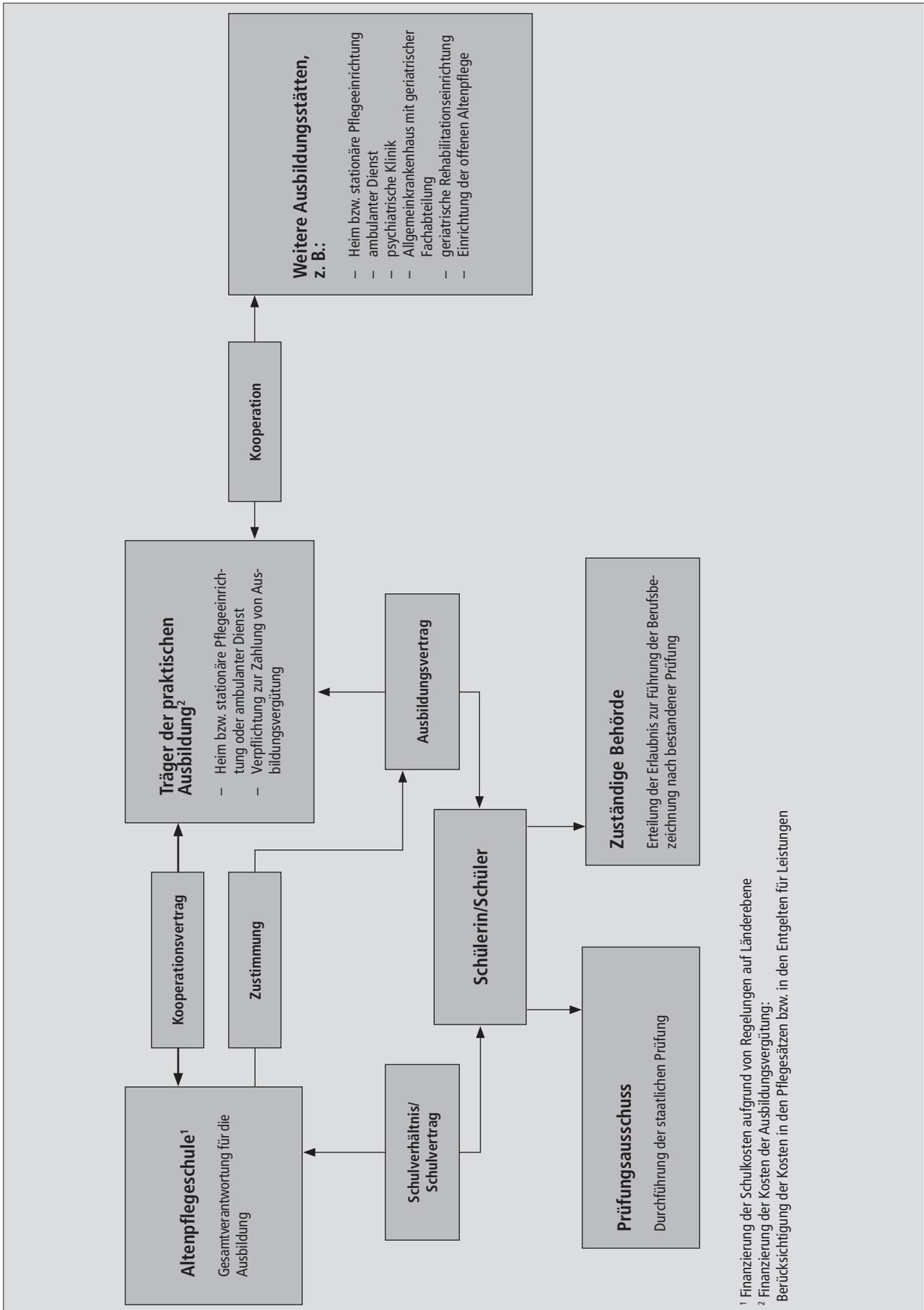


Abbildung 15: Rechtliche Strukturen der Ausbildung in der Altenpflege (Bundesministerium für Soziales, Familie und Jugend 2004)

2. Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung

- 2.1. Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen (120 Std.)
- 2.2. Alte Menschen bei der Wohnraum- und Wohnumfeldgestaltung unterstützen (60 Std.)
- 2.3. Alte Menschen bei der Tagesgestaltung und bei selbst organisierten Aktivitäten unterstützen (120 Std.)

3. Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen altenpflegerischer Arbeit

- 3.1. Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen (120 Std.)
- 3.2. An qualitätssichernden Maßnahmen in der Altenpflege mitwirken (40 Std.)

4. Altenpflege als Beruf

- 4.1. Berufliches Selbstverständnis entwickeln (60 Std.)
- 4.2. Lernen lernen (40 Std.)
- 4.3. Mit Krisen und schwierigen sozialen Situationen umgehen (80 Std.)
- 4.4. Die eigene Gesundheit erhalten und fördern (60 Std.)

Zur freien Gestaltung des Unterrichts 200 Stunden.

■ Praktische Ausbildung

Die praktische Ausbildung umfasst **mindestens 2500 Stunden**. Sie erfolgt **in Altenheimen bzw. stationären Pflegeeinrichtungen und in ambulanten Pflegediensten** (mindestens 2000 Stunden). Dies ist verpflichtend. Zusätzlich können weitere Ausbildungsabschnitte in anderen Einrichtungen für alte Menschen stattfinden. (§ 4 Abs. 3)

In der ausbildenden Einrichtung ist die Praxisanleitung der Schüler durch Praxisanleiter sicherzustellen. Als **Praxisanleiter** zugelassen sind examinierte Pflegekräfte (Altenpflege oder Krankenpflege) mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung in der Altenpflege und der Fähigkeit zur Praxisanleitung, die in der Regel durch eine berufspädagogische Fortbildung oder Weiterbildung nachzuweisen ist. Aufgabe der Praxisanleitung ist es, die Schülerin oder den Schüler schrittweise an die eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben heranzuführen und den Kontakt mit der Altenpflegeschule zu halten. (§ 2 Abs. 2)

Die Altenpflegeschule stellt durch Lehrkräfte für die Zeit der praktischen Ausbildung die **Praxisbegleitung** der Schülerinnen und Schüler in den Einrichtungen sicher. Aufgabe der Lehrkräfte ist es, die Schülerinnen und Schüler durch begleitende Besuche in den Einrichtungen zu betreuen und zu beurteilen sowie die Praxisanleiterinnen oder die Praxisanleiter zu beraten.

Inhaltlich stellt die Ausbildungs- und Prüfungsordnung folgende Anforderungen an die praktische Ausbildung:

1. Kennenlernen des Praxisfeldes unter Berücksichtigung institutioneller und rechtlicher Rahmenbedingungen und fachlicher Konzepte.

2. Mitarbeiten bei der umfassenden und geplanten Pflege alter Menschen einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung und mitwirken bei ärztlicher Diagnostik und Therapie unter Anleitung.
3. Übernehmen selbstständiger Teilaufgaben entsprechend dem Ausbildungsstand in der umfassenden und geplanten Pflege alter Menschen einschließlich Beratung, Begleitung und Betreuung und mitwirken bei ärztlicher Diagnostik und Therapie unter Aufsicht.
4. Übernehmen selbstständiger Projektaufgaben, z. B. bei der Tagesgestaltung oder bei der Gestaltung der häuslichen Pflegesituation.
5. Selbstständig planen, durchführen und reflektieren der Pflege alter Menschen einschließlich Beratung, Begleitung und Betreuung und mitwirken bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie unter Aufsicht.

■ Staatliche Prüfung

Die **Ausbildungs- und Prüfungsverordnung** regelt Voraussetzungen, Ablauf und Inhalte der staatlichen Prüfung. Wesentliche Auszüge:

§ 5 Staatliche Prüfung

- (1) Die staatliche Prüfung umfasst einen schriftlichen, einen mündlichen und einen praktischen Teil.
- (2) Der schriftliche und der mündliche Teil der Prüfung werden an der Altenpflegeschule abgelegt, an der die Ausbildung abgeschlossen wird.
- (3) Die zuständige Behörde kann von der Regelung nach Absatz 2 aus wichtigem Grund Ausnahmen zulassen. Die vorsitzenden Mitglieder der beteiligten Prüfungsausschüsse sind vorher zu hören.

§ 8 Zulassung zur Prüfung

- (1) Das vorsitzende Mitglied des Prüfungsausschusses entscheidet auf Antrag der Schülerin oder des Schülers über die Zulassung zur Prüfung. Es setzt im Benehmen mit der Altenpflegeschule die Prüfungstermine fest.
- (2) Die Zulassung zur Prüfung wird erteilt, wenn folgende Nachweise vorliegen:
 1. eine Geburtsurkunde oder ein Auszug aus dem Familienbuch der Eltern und alle Urkunden, die eine spätere Namensänderung bescheinigen, sowie bei Verheirateten eine Heiratsurkunde oder ein Auszug aus dem für die Ehe geführten Familienbuch,
 2. die Bescheinigung oder das Zeugnis nach § 3 Abs. 2.
- (3) Die Zulassung und die Prüfungstermine werden der Schülerin oder dem Schüler spätestens vier Wochen vor Prüfungsbeginn schriftlich mitgeteilt.

§ 9 Vornoten

- (1) Das vorsitzende Mitglied des Prüfungsausschusses setzt auf Vorschlag der Altenpflegeschule eine Vornote für jedes Lernfeld, das Gegenstand des schriftlichen und des mündlichen Teils der Prüfung ist, und eine Vornote für den praktischen Teil der Prüfung fest. Die jeweilige Vornote ergibt sich aus den Zeugnissen nach § 3 Abs. 1.
- (2) Die Vornoten werden bei der Bildung der Noten des mündlichen, schriftlichen und praktischen Teils der

Prüfung jeweils mit einem Anteil von 25 vom Hundert berücksichtigt. In den Fällen des § 10 Abs. 1 Nr. 1 und 2 sowie des § 11 Abs. 1 Nr. 3 ist aus den beiden Vornoten zuvor ein arithmetisches Mittel zu bilden.

- (3) Die Vornoten werden der Schülerin oder dem Schüler spätestens drei Werktage vor Beginn des ersten Prüfungsteils mitgeteilt.

§ 10 Schriftlicher Teil der Prüfung

- (1) Der schriftliche Teil der Prüfung umfasst jeweils eine Aufsichtsarbeit aus den Lernfeldern:
1. „Theoretische Grundlagen in das Altenpflegerische Handeln einbeziehen“ und „Pflege alter Menschen planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren“,
 2. „Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen“ und „Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken“,
 3. „Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim Altenpflegerischen Handeln berücksichtigen“.
- (2) Die Aufsichtsarbeiten dauern jeweils 120 Minuten. Sie sind in der Regel an drei aufeinander folgenden Tagen durchzuführen.
- (3) Die Aufgaben für die Aufsichtsarbeiten werden von der zuständigen Behörde auf Vorschlag der Altenpflegeschule oder der Altenpflegeschulen bestimmt. Jede Aufsichtsarbeit ist von zwei Fachprüferinnen oder Fachprüfern unabhängig voneinander zu benoten. Bei unterschiedlicher Benotung entscheidet das vorsitzende Mitglied des Prüfungsausschusses im Benehmen mit den Fachprüferinnen oder Fachprüfern.
- (4) Das vorsitzende Mitglied des Prüfungsausschusses bildet die Note für den schriftlichen Teil der Prüfung aus dem arithmetischen Mittel der Noten der Fachprüferinnen oder Fachprüfer und der Vornoten gemäß § 9 Abs. 1 und 2.

§ 11 Mündlicher Teil der Prüfung

- (1) Der mündliche Teil der Prüfung erstreckt sich auf folgende Lernfelder:
1. „Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen“,
 2. „Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen beim Altenpflegerischen Handeln berücksichtigen“ sowie
 3. „Berufliches Selbstverständnis entwickeln“ und „Mit Krisen und schwierigen sozialen Situationen umgehen“.
- (4) Das vorsitzende Mitglied des Prüfungsausschusses bildet die Note für den mündlichen Teil der Prüfung aus dem arithmetischen Mittel der Noten der Fachprüferinnen oder Fachprüfer und der Vornoten gemäß § 9 Abs. 1 und 2.

§ 12 Praktischer Teil der Prüfung

- (1) Der praktische Teil der Prüfung besteht aus einer Aufgabe zur umfassenden und geplanten Pflege einschließlich der Beratung, Betreuung und Begleitung eines alten Menschen. Er bezieht sich auf die Lernbereiche „Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege“ und „Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung“.

- (2) Die Prüfungsaufgabe besteht aus der schriftlichen Ausarbeitung der Pflegeplanung, aus der Durchführung der Pflege einschließlich Beratung, Betreuung und Begleitung eines alten Menschen und aus einer abschließenden Reflexion. Die Aufgabe soll in einem Zeitraum von höchstens zwei Werktagen vorbereitet, durchgeführt und abgenommen werden. Der Prüfungsteil der Durchführung der Pflege soll die Dauer von 90 Minuten nicht überschreiten. Die Schülerinnen und Schüler werden einzeln geprüft.
- (3) Mindestens zwei Fachprüferinnen oder Fachprüfer nehmen die Prüfung ab und benoten die Leistung. Das vorsitzende Mitglied des Prüfungsausschusses ist berechtigt, sich an der Prüfung zu beteiligen und selbst zu prüfen. Die Auswahl der Einrichtung gemäß § 5 Abs. 4 und der pflegebedürftigen Person erfolgt durch die Fachprüferinnen oder Fachprüfer. Die Einbeziehung der pflegebedürftigen Person in die Prüfungssituation setzt deren Einverständnis und die Zustimmung der Pflegedienstleitung voraus.

■ Praxisanleitung

Ursula Wulfbeide

● Aufgabenfeld Praxisanleitung

Nach dem Altenpflegegesetz (§ 2 Abs. 2) ist in der **ausbildenden Einrichtung** die Praxisanleitung der Schüler durch **Praxisanleiter** sicherzustellen. Als Praxisanleiter zugelassen sind examinierte Pflegekräfte (Altenpflege oder Krankenpflege) mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung in der Altenpflege und der Fähigkeit zur Praxisanleitung, die in der Regel durch eine berufspädagogische Fortbildung oder Weiterbildung nachzuweisen ist.

Aufgabe der Praxisanleitung ist es, die Schüler schrittweise an die eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben heranzuführen und den Kontakt mit der Altenpflegeschule zu halten.

Die **Altenpflegeschule** stellt durch Lehrkräfte für die Zeit der praktischen Ausbildung die **Praxisbegleitung** der Schüler in den Einrichtungen sicher. Aufgabe der Lehrkräfte ist es, die Schüler durch begleitende Besuche in den Einrichtungen zu betreuen und zu beurteilen sowie die Praxisanleiter/-innen zu beraten.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege hat zur Praxisanleitung folgende **Empfehlungen** herausgegeben:

Im Idealfall werden Praxisanleiter für die Anleitungstätigkeit freigestellt. Es wird ein zeitlicher Aufwand von etwa 5 – 8 Wochenstunden pro Auszubildendem für die Anleitungstätigkeiten benötigt. Weiter wird empfohlen, dass nicht mehr als 3 Schüler von einem Praxisanleiter betreut werden.

● Ziel der Praxisanleitung

Ziel der Praxisanleitung ist es, den Schüler/-innen **Pflegehandlungen** wie z. B. Körperpflege oder Injektionen **als zu erlernende Fertigkeiten darzustellen**.

Nach dem Altenpflegegesetz (*siehe Seite 63*) soll die Ausbildung in der Altenpflege die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind. Um dieses Ziel zu erreichen, ist neben dem theoretischen und praktischen Unterricht in der Altenpflegeschool eine bewusste Anleitung in der Pflegepraxis erforderlich. Diese muss sich auf alle pflegerrelevanten praktischen Aufgabenfelder und auf den Umgang mit alten Menschen beziehen. Lernfelder sind z. B. komplexe Pflegesituationen wie die Körperpflege, Pflegetechniken wie die Verabreichung einer Injektion oder das Erarbeiten einer individuellen Pflegeplanung. Die Schülerin/der Schüler soll durch die Praxisanleitung Kenntnisse und praktische Fähigkeiten erwerben und ethisch-moralische Grundeinstellungen sowie Haltungen entwickeln.

● Vorgehensweise bei der Anleitung

Es ist sinnvoll, die praktische Anleitung einer Schülerin/eines Schülers zu **planen und vorzubereiten**. Dabei hat sich die folgende Vorgehensweise bewährt:

Vorbereitung der Anleitung

- Es wird ein geeigneter Zeitpunkt für die Anleitung ausgewählt, d. h., diese muss in den Stationsablauf integriert sein.
- Wenn die Anleitung an einem Pflegebedürftigen stattfindet, wird dieser vorab darüber informiert. Er muss sein Einverständnis erklären.
- Das Thema der Anleitung wird unter Einbeziehen der Lern- und Anleitungswünsche der Schülerin/des Schülers ausgewählt.
- Bei Bedarf ist der Lernzielkatalog hinzuzuziehen.

Vorgespräch

Das Vorgespräch sollte die folgenden Punkte beinhalten:

- Das Thema der Anleitung wird genau benannt, so dass die Schülerin sich fachlich darauf vorbereiten kann.
- Die Vorkenntnisse (der Lernstand) der Schülerin/des Schülers werden festgestellt.
- Es wird anhand der Pflegeplanung über den Pflegebedürftigen informiert.
- Bezieht sich die Anleitung auf eine Pflegetechnik, z. B. die Verabreichung einer Injektion, wird diesbezüglich informiert, und es werden die theoretischen Kenntnisse hinterfragt.
- Die Lernziele für die Anleitung werden formuliert und schriftlich fixiert, sie sollten die Fertigkeiten und Kenntnisse, die der Schüler durch die Anleitung bekommt, darstellen.
- Die Schülerin/der Schüler sollte die Gelegenheit haben, Fragen zu stellen.
- Wichtige Punkte des Vorgesprächs sollten schriftlich festgehalten werden, z. B. in einem „Vorgesprächsprotokoll“.

folgende Punkte sollten dokumentiert werden:

- Name und Ausbildungsjahr der Schülerin/des Schülers,
 - Datum der Anleitung,
 - formulierte Lernziele,
 - Lernstand bzw. theoretische Kenntnisse,
 - Informationen über den Pflegebedürftigen,
 - Ablauf der Anleitung.
- Ein Vorgespräch sollte ca. 20 Minuten dauern.
 - Am Tag der Anleitung sollte unmittelbar vorher ein kurzes Gespräch stattfinden, um in der Zwischenzeit entstandene Fragen zu klären und den geplanten Ablauf noch einmal durchzugehen.

Durchführung der Anleitung

Es gibt **verschiedene Vorgehensweisen** bei der Anleitung. Welche der nachfolgend dargestellten Anleitungsmethoden ausgewählt wird, hängt von verschiedenen Aspekten ab, z. B. dem Ausbildungsstand und den Lernwünschen der Schülerin.

Beispiel 1

- Vorgespräch führen;
- die anleitende Person macht die Pflegehandlung/-technik vor und erklärt;
- die Schülerin macht nach;
- Nachgespräch führen.

Beispiel 2

- die anleitende Pflegeperson erklärt die Pflegehandlung/-technik;
- die Schülerin führt aus;
- es folgt das Nachgespräch.

Diese Anleitungsmethode kann bei verschiedenen Pflegehandlungen eingesetzt werden, z. B. dem Anhängen einer Infusion, dem Betten und Mobilisieren eines Pflegebedürftigen.

Beispiel 3

- die anleitende Person demonstriert eine Pflegehandlung, z. B. die Ganzkörperwaschung;
- die Schülerin beobachtet die Vorgehensweise und entwickelt eine Vorstellung von der Pflegehandlung, die sie zu einem späteren Zeitpunkt umsetzt;
- zum Schluss erfolgt das Nachgespräch.

Diese **Vorgehensweise** wird häufig am **Anfang der Ausbildung** eingesetzt.

Die Anleitung anhand von Risikoskalen

Für einige Pflegebereiche stehen Checklisten bzw. Risikoskalen zur Verfügung, z. B. die Braden-Skala zur Einschätzung der Dekubitusgefährdung (*siehe Seite 192*) oder die Atemskala zur Erfassung der Atemsituation (*siehe Seite 255*).

Die Schülerin/der Schüler erhält einen Lernauftrag, z. B. die Beobachtung eines Senioren und die Einschätzung seines Dekubitusrisikos anhand der Braden-Skala.

Die Anleitung mit Hilfe von Pflegestandards

Pflegestandards (siehe Seite 24 und Seite 49) bieten einen guten Ausgangspunkt für eine Anleitung.

Es steht eine Vielzahl von Pflegestandards zur Verfügung, z. B. zur Kontrakturenprophylaxe, zur Intimpflege oder zur Mundpflege. Gemeinsam mit der Anleiterin wird die Pflegeplanung für einen alten Menschen im Vorgespräch besprochen, und die individuellen Ressourcen sowie Pflegeprobleme werden herausgearbeitet. Anhand dieser Pflegeplanung findet die Anleitung statt. Anschließend wird gemeinsam mit der Anleiterin der Lernauftrag ausgewertet, gleichzeitig werden weitere Lernschritte festgelegt.

Nachgespräch

Nach jeder Anleitung sollte ein **Auswertungsgespräch** geführt werden; die Anleitungssituation wird reflektiert und der Schüler erhält eine Rückmeldung. Im besten Fall erfolgt das Nachgespräch **direkt im Anschluss** an die Anleitung. Die Schülerin erhält sofort eine Rückmeldung; die Anleitungssituation ist noch präsent; außerdem können weitere Lernschritte formuliert werden.

Ist die Schülerin/der Schüler jedoch nach der Anleitung erschöpft und weniger aufnahmefähig, sollte die Auswertung nach einer Pause (10 – 60 Minuten) stattfinden.

Wenn das Nachgespräch erst nach mehreren Stunden oder Tagen geführt wird, kann es für die Schülerin/den Schüler belastend sein, so lange auf eine Rückmeldung zu warten. Außerdem können einzelne Inhalte der Anleitungssituation in der Zwischenzeit vergessen werden.

Ablauf

- Das Nachgespräch sollte in einem ruhigen Raum stattfinden.
- Der Anleiter eröffnet das Gespräch, indem er zunächst Ablauf und Inhalt des Gesprächs aufzeigt.
- Es ist sinnvoll, zunächst folgende **Leitfragen** zu stellen:
 - Wie erging es Ihnen bei der Durchführung?
 - Wie haben Sie die Anleitungssituation empfunden?
 - Wie schätzen Sie ihre Handlung ein?
 - Was ist Ihnen nach ihrer Meinung gut, was weniger gut gelungen?
 - Waren Sie mit sich und Ihrer Arbeit zufrieden?
 - Wo gab es Probleme, an welchen Stellen fühlten Sie sich unsicher?

Aufgrund dieser Fragen kann der Schüler die Anleitungssituation **reflektieren** und damit auch der Anleiterin eine Rückmeldung geben.

- Danach gibt die anleitende Pflegeperson ihrerseits eine Rückmeldung über ihre Beobachtungen während der Anleitung. Dabei sollten zunächst die positiven und dann die negativen Punkte besprochen werden.

Inhalte

- Kommunikation mit dem Pflegebedürftigen; Zugang zum Pflegebedürftigen, Wertschätzung;
- Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung einzelner Pflegetätigkeiten;

- Beobachtung des Pflegebedürftigen;
- Hygiene, Sicherheit, Arbeitsorganisation und Wirtschaftlichkeit.

Diese Vorgehensweise ermöglicht ein **gezieltes Eingehen auf die Problemsituationen** während der Anleitung; so können der Schülerin Hinweise gegeben werden, welche Aspekte sie vertiefen sollte, z. B. fachliche Kenntnisse, nochmaliges Üben bestimmter Pflegehandlungen/-techniken.

Am Ende des Nachgesprächs sollte die anleitende Pflegeperson der Schülerin/dem Schüler einen zusammenfassenden **Gesamteindruck** von ihrer Anleitung geben.

Es ist sinnvoll, das Nachgespräch **schriftlich** festzuhalten. Vorgefertigte Protokolle eignen sich zum strukturierten Vorgehen.

Abschließend sollten mit der Schülerin/dem Schüler **weitere Schritte geplant** werden. Dabei ist zu überlegen, ob der Schüler weitere Übungsmöglichkeiten benötigt, um bei bestimmten Pflegetätigkeiten sicherer zu werden, oder ob neue Lernziele erarbeitet werden. Diese Ergebnisse werden ebenfalls in einem Protokoll festgehalten.

Die anleitende Pflegeperson sollte die **Anleitungssituation für sich reflektieren**; sinnvoll ist ein Gespräch z. B. mit Teammitgliedern, um eigene Unklarheiten zu hinterfragen.

2.2 Fort- und Weiterbildung

In den letzten Jahren hat sich in Deutschland das **Pflegewissen enorm erweitert**, nicht zuletzt durch Studien- und Forschungsergebnisse (Pflegeforschung) der eigenen Berufsgruppen. So wird Pflege (Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege) immer mehr zu einem bewussten, systematisch geplanten und begründbaren Handeln und zu einer eigenständigen Profession im Sozial- und Gesundheitswesen. Dies erfordert, dass sich die Angehörigen der Pflegeberufe fort- und weiterbilden und ihr **Wissen in der praktischen Arbeit umsetzen**.

Angehörige der Pflegeberufe sollten ihr **Pflegefachwissen** im Team **weitergeben** und fachliche **Diskussionen anregen**. Dies fördert nicht nur die Pflegequalität, sondern auch die berufliche Zufriedenheit und Weiterentwicklung.

Altenpfleger/-innen können durch verschiedene Fort- und Weiterbildungen ihr **Fachwissen erweitern** sowie vertiefen und berufliche **Zusatzqualifikationen** erwerben. Im Rahmen der sich ständig weiterentwickelnden und spezialisierenden Pflege sind sie notwendig, um die Pflegequalität zu sichern.

Als **Fortbildungen** werden Kursangebote bezeichnet, die der Aktualisierung und Erweiterung von beruflichem Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten dienen, z. B. zu den Themen Mundpflege, Sterbebegleitung oder Pflege-dokumentation.

Weiterbildungen dienen dem Erwerb neuer, spezieller Qualifikationen bezogen auf ein bestimmtes Arbeitsfeld. Das Angebot bezieht sich auf die Bereiche **Pflegepraxis** (z.

B. Palliative Care; Fachpflegekraft für Geriatrie, geriatrische Rehabilitation und Gerontopsychiatrie), **Pflegelehre** (z. B. Lehrerin für Pflege/Lehrkraft für Pflege) und **Pflegemanagement** (z. B. Bereichsleitung, Pflegedienstleitung). Weitere Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung für Altenpfleger/-innen sind unter „Berufsbild Altenpflegerin/Altenpfleger“ (siehe Seite 76) aufgeführt.

Der erfolgreiche Abschluss einer Weiterbildung führt über die Zusatzqualifikation in der Regel zu einem beruflichen Aufstieg und zur Eingruppierung in eine höhere Gehaltsstufe.

2.3 Psychosoziale Kompetenzen

Altenpflege ist stets mehrdimensional, psychosoziale und medizinisch-pflegerische Aufgaben sind oft nicht trennbar.

Die **psychosozialen Kompetenzen** können in zwei Bereiche gegliedert werden: zum einen in die mehr handlungsbezogenen **interaktiven Kompetenzen** und zum anderen in die **Fähigkeiten zur psychosozialen Wahrnehmung und zur Selbstreflexion**. Die Bereiche sind nicht streng voneinander zu trennen, sondern auf vielfältige Weise miteinander verbunden.

■ Interaktive Kompetenzen

(Soziale Handlungsfähigkeit)

Pflegerisches Handeln hat immer einen kommunikativen und einen Beziehungsaspekt. Interaktive Kompetenzen **befähigen zur Kommunikation und Interaktion** im Sinne einer bewussten und personenorientierten Gestaltung von Kommunikation und Beziehung, die sich positiv auf den anderen auswirken (z. B. zuhören, auf den anderen eingehen, auch in schwierigen Situationen ruhig und freundlich bleiben). Sie beinhalten auch die Fähigkeit, Nähe herzustellen und Distanz zu wahren.

Voraussetzungen für interaktive Kompetenzen sind Konfliktfähigkeit und Empathie.

- **Konfliktfähigkeit** umfasst die **Ambiguitäts- und Ambivalenztoleranz sowie die Frustrationstoleranz**.
 - **Ambiguitätstoleranz** meint die Fähigkeit, **äußere Widersprüche** und Uneindeutigkeiten, die sich z. B. auf eine Situation im Altenheim beziehen, **auszuhalten** und handlungsfähig zu bleiben. Dies ist in einer Gesellschaft mit sehr unterschiedlichen Wertvorstellungen und Bedürfnissen erforderlich, ebenso wie die Fähigkeit, sich auf neue Situationen einzulassen.
 - **Ambivalenztoleranz** ist eine zentrale Fähigkeit, Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten. Sie bezieht sich auf die Fähigkeit, **innere widersprüchliche Gefühle**, Tendenzen und Wünsche, z. B. in Hinsicht auf einen alten Menschen, über eine längere Zeit auszuhalten und dennoch eine Beziehung zu führen und zu vertiefen.
 - **Frustrationstoleranz** meint die Fähigkeit, Frustrationen, d. h. Benachteiligung, Zurücksetzung oder

ein Nicht-erfüllt-Werden eigener Bedürfnisse und Vorstellungen zu ertragen.

- **Empathie** (*Einfühlungsvermögen*) meint die Fähigkeit, sich in ein fremdes Erleben einfühlen zu können. Sie wird durch Selbstreflexion (siehe nachfolgend) gefördert. Empathie in Bezug auf alte Menschen wird z. B. gefördert durch Fragen wie:

„Welche unterstützenden Maßnahmen würde ich mir im Fall von Pflegebedürftigkeit wünschen, welche würde ich ablehnen oder einschneidend erleben?“ oder „Was bedeuten Einschränkungen, Hilflosigkeit, Abhängigkeit und Fremdbestimmung für mich? Mit welchen Gefühlen reagiere ich darauf?“

■ Fähigkeiten zur psychosozialen Wahrnehmung und zur Selbstreflexion

- Fähigkeiten zur psychosozialen Wahrnehmung beinhalten das **Beobachten und Erkennen von Besonderheiten von Personen und ihres Handelns** sowie ein Wissen um soziale Erwartungen und Regeln in verschiedenen sozialen Situationen.

Im pflegerischen Umgang mit anderen Personen sind immer auch eine **gute Beobachtungsgabe, Offenheit und Toleranz** erforderlich. Es ist wichtig zu erfahren und zu erspüren, was der einzelne Pflegebedürftige fühlt, wünscht, braucht und was bestimmte Erfahrungen für ihn bedeuten. Dies schließt das Akzeptieren von Grenzen ein, z. B. die Ablehnung von Pflegeangeboten. Eigenarten anderer Menschen sollten toleriert und nicht bewertet werden.

- Fähigkeit zur Selbstreflexion in Bezug auf die berufliche Tätigkeit.

Professionell Pflegende können durch Selbstreflexion (*Auseinandersetzung mit sich selbst*) ihr **Einfühlungsvermögen schulen**; durch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Erleben und einer guten Kenntnis der eigenen Person wird es eher möglich, anderen Menschen gegenüber empathisch zu sein.

Eine **Auseinandersetzung mit persönlichen Erfahrungen, Vorstellungen und Einstellungen** ist sinnvoll – insbesondere in Hinsicht auf moralische Werte, persönliche Fähigkeiten und Unzulänglichkeiten (vor allem die Kommunikation betreffend) sowie bezüglich Alter(n), Gesundheit und Krankheit, Sexualität, Tod und Sterben. Je mehr diese gelingt, umso eher wird es möglich, sich dem Denken, Fühlen und Erleben anderer Menschen anzunähern. Altenpfleger/-innen können sich z. B. folgende Fragen stellen:

- Wie gehe ich mit besonderen Anforderungen, Frustrationen und Problemen um?
- Wie zeige ich anderen meine Gefühle und Bedürfnisse?
- Wie gehe ich mit Unwohlsein und Krankheit um? Was bedeuten sie für mich?
- Welchen Stellenwert haben Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Unabhängigkeit für mich?
- Wie reagiere ich auf Äußerungen, Forderungen oder Ablehnung anderer?

Aus der Selbstreflexion erwachsen **ethisches Bewusstsein** und **moralisches Handeln**, die wichtige Kennzeichen von psychosozialer Kompetenz sind. Weiter fördert sie das Erkennen der eigenen Möglichkeiten und Grenzen.

■ Arbeiten im Team

In einem Team treffen verschiedene Persönlichkeiten mit unterschiedlichen Arbeitsstilen aufeinander. Um eine in sich stimmige und effektive Pflege zu leisten, ist neben einem gemeinsamen Pflegeleitbild (siehe Seite 44) auch die **Teamfähigkeit** der einzelnen Mitarbeiter notwendig. Es ist wichtig, die **persönlichen Eigenarten**, den **Arbeitsstil** sowie die **Stärken** und die **Schwächen des Einzelnen zu erkennen** und zu **berücksichtigen**. In einem ausgewogenen Team können sich verschiedene Persönlichkeiten sinnvoll ergänzen. Unterschiede sollten, sofern sie Schwierigkeiten hervorrufen, offen angesprochen werden, sodass die Teammitglieder **Verständnis** füreinander entwickeln und sich aufeinander einstellen können.

Das Miteinander der Teammitglieder sollte – wie der Umgang mit den alten Menschen – geprägt sein von **ehrlicher Kommunikation, Empathie, Wertschätzung**, Verständnis und Toleranz. Auf dieser Basis ist es möglich, **den eigenen Gefühlen**, z. B. im Umgang mit Ekel, Sterben oder Trauer, **Raum zu geben** und sie auszudrücken. Die **Gespräche** mit anderen Betroffenen können entlasten, zur Reflexion beitragen und neue Sichtweisen oder Lösungsmöglichkeiten aufzeigen. Sie vermitteln ein **Gefühl von Gemeinsamkeit**, aus dem Zuversicht und Stärke erwachsen können, die z. B. helfen, schwierige Situationen anzunehmen und auszuhalten. Andere Situationen, mitunter auch eigene Fehler, können mit **Humor** (siehe Seite 82) betrachtet werden. Gemeinsames Lachen wird möglich und kann als Kraftquelle besonderer Art wirken. Menschen, die sich als Persönlichkeit angenommen fühlen, können im Allgemeinen sachliche und respektvoll geäußerte Kritik annehmen.

3. Aufgaben und Tätigkeitsbereiche

Die Aufgaben und Tätigkeitsbereiche der professionellen Altenpflege werden in **direkte** (früher als „Grundpflege“ bezeichnet) und **indirekte** (früher als „Behandlungspflege“ bezeichnet) **Aufgaben** unterteilt. Beide sind **gleichermaßen bedeutsam** für die Qualität der Pflege.

• Direkte Pflege

Hierunter versteht man die pflegerischen Aufgaben und Tätigkeiten im **direkten Zusammenhang mit den Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens** alter Menschen: das Fördern, Befähigen, Beraten, Anleiten, Begleiten, Motivieren, Führen, Leiten und Unterstützen alter Menschen (und ihrer Angehörigen) bei der Verwirklichung der Lebensaktivitäten und im Umgang mit den existenziellen Erfahrungen des Le-

bens (siehe auch „Grundlegendes Pflegeverständnis“, Seite 80).

• Indirekte Pflege

Zu den indirekten, aber **nicht weniger bedeutsamen** Pflegeaufgaben gehören:

- Unternehmensleitbild (siehe Seite 44);
- Pflegetheorien und Pflegekonzept (siehe Seite 31);
- Pflegemanagement;
- Pflegeorganisation (Pflegeplanung und -dokumentation; Aufbauorganisation, z. B. Stellenbeschreibung, Kompetenzabgrenzung; Ablauforganisation der Pflege, z. B. bewohnerorientierter Tagesablauf; Personaleinsatzplanung);
- Praxisanleitung und -begleitung (Einarbeitung neuer Mitarbeiter, Anleitung und Begleitung von Auszubildenden (siehe Seite 67), Fortbildung, Supervision);
- Kooperation mit anderen Berufsgruppen (z. B. mit sozialem und hauswirtschaftlichem Dienst);
- Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie (z. B. Durchführung ärztlicher Verordnungen wie Injektionen und Verbandwechsel);
- Unterstützung von Bewohner/-innen beim Einzug in ein Heim (vorheriger Besuch im häuslichen Umfeld bzw. im Krankenhaus, Information über das Altenheim, Beratung).

4. Berufspolitische Entwicklung im gesellschaftlichen Kontext

Die Pflege (Altenpflege, Kranken- und Kinderkrankenpflege) befindet sich in dem Prozess der **Professionalisierung**, wozu auch die **Akademisierung** beiträgt. Die beruflich Pflegenden wollen eigenständige und qualifizierte Berufe mit **eigenen Theorien** und **Praxiskonzepten** sein, sich deutlich von der **Laienpflege abgrenzen** und wettbewerbsfähig gegenüber anderen Ausbildungsberufen und Studiengängen sein. Außerdem wollen Pflegenden als Berufsgruppe ein kompetenter, ernst zu nehmender und gleichberechtigter Partner im Sozial- und Gesundheitswesen sein.

Altenpfleger/-innen müssen die **Inhalte, Ziele** und den **gesellschaftlichen Stellenwert** ihrer Arbeit **deutlich machen**. Dazu gehört auch, den qualitativen und den quantitativen **Personalabbau** in der Öffentlichkeit zu kritisieren und sich für eine **leistungsbezogene Personalbemessung** sowie für eine Ausweitung des Leistungskataloges der Pflegeversicherung einzusetzen. Hier sind insbesondere, aber nicht ausschließlich, die Pflegemanager und die Berufsverbände gefragt.

Durch Aufgaben wie Pflegeberatung oder Anleitung und Betreuung pflegender Angehöriger präsentieren Altenpfleger/-innen ihr Berufsbild und ihre Fachkenntnisse mehr denn je in der Öffentlichkeit und zeichnen dadurch ein bestimmtes Bild der Altenpflege. Es ist wichtig, mit

einem ausgewogenen beruflichen **Selbstverständnis und Selbstbewusstsein auf andere Berufsgruppen** und die Öffentlichkeit **zuzugehen**, um auch so wahrgenommen und anerkannt zu werden.

Die berufspolitische Entwicklung steht im Zusammenhang mit der demografischen, der gesellschaftlichen und der sozial- und gesundheitspolitischen Entwicklung.

• **Demografische Entwicklung**

Der Anteil der älteren Menschen in der Bevölkerung wird von derzeit ca. 20 % bis zum Jahr 2030 auf voraussichtlich 35 % ansteigen. Dieses und die gesellschaftliche Entwicklung führen zu einem **erhöhten Bedarf** an beruflicher Altenpflege und an neuen Pflegekonzepten, die den besonderen Anforderungen der gegenwärtigen und der zukünftigen Entwicklungen entsprechen.

Aufgrund der **Zunahme von Mehrfacherkrankungen, von chronischen Erkrankungen und von Demenzen** sowie aufgrund der Verlegung des **Sterbens** in Institutionen ist nicht nur ein quantitativer, sondern auch ein qualitativer Mehrbedarf an Pflege zu verzeichnen.

Dieser Entwicklung steht – das Problem verschärfend – eine abnehmende Anzahl junger, erwerbsfähiger Menschen gegenüber. In den letzten Jahren ist die **Nachfrage** nach Ausbildungsplätzen in den Pflegeberufen bereits **zurückgegangen**.

So ist es durchaus denkbar, dass es in absehbarer Zukunft weder ausreichend Familienmitglieder noch beruflich Pflegenden geben wird, die pflegebedürftige alte Menschen betreuen. Es ist zu erwarten, dass in den nächsten Jahren und Jahrzehnten den wenigen jungen Menschen für ihre berufliche Zukunft viele attraktive Möglichkeiten offen stehen; daraus resultiert, dass die Pflegeberufe konkurrenzfähig, also attraktiv sein müssen.

Ein **attraktiver Beruf** zeichnet sich vor allem durch Professionalität, durch eine angemessene soziale Anerkennung und finanzielle Entlohnung, durch ansprechende Arbeitszeiten und Arbeitsbedingungen, durch ein Angebot an qualifizierten Aus-, Fort- und Weiterbildungen, durch variable Einsatzbereiche sowie durch Aufstiegschancen aus. In dieser Hinsicht gibt es viel zu verändern, denn neben dem **Rückgang der Bewerberzahl** ist eine häufige **Abkehr** vom Pflegeberuf zu verzeichnen.

• **Gesellschaftliche Entwicklung**

Seit der Industrialisierung leben immer weniger Menschen in Großfamilien. 2003 lebten in 29 % der Haushalte drei oder mehr Personen, in **37 % aller Haushalte dagegen nur eine Person**. Die Struktur der Kleinfamilie bietet meist nur ungünstige Bedingungen für ein Altwerden in der Gemeinschaft von Kindern und Enkelkindern.

Aufgrund der Wohn- und Arbeitssituation der Jüngeren stehen oft nicht die notwendigen Ressourcen zur Verfügung, um einen pflegebedürftigen Menschen zu betreuen. Aber auch der **Generationenkonflikt** und der hohe Stellenwert von Individualität in unserem Leben, aufgrund dessen sich verschiedenste **Lebenskonzepte und Lebensstile** entwickelt haben, erschweren oder verhindern ein

harmonisches Zusammenleben von drei Generationen unter einem Dach.

Die **Berufstätigkeit** vieler Frauen erlaubt eine engmaschige Pflege nicht und kann so ein weiterer Grund für den Rückgang der familiären Pflege sein.

Dieser Entwicklung wirkt die **Pflegeversicherung** durch die Erstattung von Pflegegeld und durch die Sozialversicherung pflegender Angehöriger in gewissem Maße entgegen. In Zukunft ist dennoch insbesondere in städtischen Verhältnissen ein gesteigerter Bedarf an beruflicher Pflege zu erwarten.

Ein anderer Aspekt ist die gesamtgesellschaftliche **Einstellung zum Alter** und zu alten Menschen. Es ist bezeichnend, dass fast alle Menschen alt werden möchten, aber kaum jemand alt sein will.

Dahinter steckt wohl nicht nur die Angst vor dem Sterben, sondern auch die Befürchtung, im Alter einsam, arm, gebrechlich oder krank zu sein. Deshalb gilt es neu zu überdenken, **was uns alte Menschen wert sind**, wie wir selbst alt werden möchten und welche Lebensqualität wir wünschen. Heute haben wir alle die Möglichkeit, Bedingungen für die Zukunft, für den letzten Lebensabschnitt mit zu gestalten und politische Rahmenbedingungen einzufordern.

Es ist nicht die Aufgabe der Pflegeberufe, alle sozialen Missstände auszugleichen, wohl aber – im Sinne von Experten – darauf aufmerksam zu machen, Vorschläge einzubringen und **Konzepte zu entwickeln**.

• **Gesundheits- und Sozialpolitik**

Die **wachsenden medizinischen und pharmazeutischen Möglichkeiten** sowie die begrenzte Finanzierbarkeit dieser Leistungen erfordern ethische sowie gesundheits- und sozialpolitische Diskussionen und Entscheidungen. Dabei steht die Verteilung der vorhandenen Mittel in Zusammenhang mit **Wertigkeiten**. In medizinischer Hinsicht wird sehr viel dafür getan, dass wir alt werden. Wird in hohem Lebensalter jedoch für die Gestaltung eines würdigen Lebens eine qualifizierte pflegerische Betreuung erforderlich, ist in vielen Fällen angeblich nicht genügend Geld vorhanden. Hinsichtlich der Verteilung der finanziellen Mittel sind **grundsätzliche Überlegungen** notwendig, z. B. sind die Indikationen für einige medizinische Leistungen kritisch zu reflektieren; nicht alles, was machbar ist, ist sinnvoll.

Verschiedenen Untersuchungen zufolge sind zum Beispiel **30 % der Röntgenuntersuchungen** und **25 % der gynäkologischen Operationen** überflüssig – hierin liegt eine der Möglichkeiten, die Verteilung der finanziellen Mittel zugunsten pflegebedürftiger alter Menschen zu verschieben.

Gleichzeitig gilt es, persönliche und gesellschaftliche **Wertigkeiten zu definieren**. Mit der Einführung der Pflegeversicherung hat eine gesellschafts- und finanzpolitische Diskussion über die Versorgung älterer Menschen Ausdruck gefunden. Hätte man dabei allerdings eine fundierte, von professionell Pflegenden entwickelte **Konzeption von Pflegebedürftigkeit** zugrunde gelegt, wären auch die sozialpflegerischen Aufgaben, z. B.

Maßnahmen zur Förderung der Kommunikation, in den **Leistungskatalog der Pflegeversicherung** aufgenommen worden. Professionell Pflegende kennen die Bedürfnisse alter und pflegebedürftiger Menschen besser als Politiker und Mediziner. Dies macht deutlich, dass **wissenschaftlich fundierte Pflegekonzepte**, eine Pflegeethik und die maßgebliche Beteiligung von Pflegenden an sozial- und gesundheitspolitischen Entscheidungen wichtig sind.

• **Entwicklungen im berufspolitischen Feld**

Das Fortschreiten der Professionalisierung des Altenpflegeberufs trägt zur Entwicklung einer ernst zu nehmenden **Lobby** sowohl der Altenpfleger/-innen als auch der alten Menschen bei und hilft, Forderungen hinsichtlich einer qualitativ und quantitativ ausreichenden Pflege durchzusetzen. Dazu gehört es, auf Bedürfnisse und **Fehlentwicklungen** aufmerksam zu machen. In der Bevölkerung ist weitgehend unbekannt, dass in zahlreichen Altenheimen mehr als 50 %, zum Teil zwei Drittel der Stellen mit niedrig qualifiziertem Hilfspersonal besetzt sind. Dies schadet den alten Menschen, der Pflegequalität und dem Ruf der professionellen Altenpflege. Bei Altenpflegerinnen und Altenpflegern führt diese **Unterbesetzung** mit qualifiziertem Personal unter anderem zu Unzufriedenheit und Überforderung.

Heute steigt **jede vierte** examinierte Altenpflegerin nach einem Jahr praktischer Tätigkeit aus dem Beruf aus (Ergebnis einer Längsschnittuntersuchung des Bundesinstituts für Berufsbildung). Fünf Jahre nach Ende der Ausbildung üben nur noch 18 % den erlernten Beruf aus. Die häufigsten Gründe sind Überforderung, schlechte Arbeitsbedingungen und Mutterschaft.

Bessere Arbeitsbedingungen, ein **geringeres Theorie-Praxis-Gefälle** und mehr Bildung können dieser Entwicklung entgegenwirken. Zum einen ist ein qualifiziertes Management erforderlich, das in der Lage ist, sowohl **wirtschaftliche** als auch **klienten- und mitarbeiterorientierte Lösungen** zu entwickeln.

Zum anderen sind neue **Bildungskonzepte** und -inhalte gefragt, um die Attraktivität des Altenpflegeberufs zu steigern und um dem qualitativ sowie quantitativ steigenden Bedarf an Pflege gewachsen zu sein.

Eine Antwort darauf sind die seit Beginn der neunziger Jahre in Deutschland eingerichteten **50 Studiengänge** in den Bereichen Pflege, Pflegemanagement, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft.

Damit stellen sich die Pflegeberufe, genau wie andere Berufsgruppen, den **Anforderungen der Zeit**. Die Entwicklung wissenschaftlich fundierten Wissens verbessert die Möglichkeiten von Altenpfleger/-innen, ihren eigenen Beitrag im Sozial- und Gesundheitswesen deutlich zu machen, ihre Berufsangehörigen zu qualifizieren und innovative Praxiskonzepte zu entwickeln. Weiter können auf wissenschaftlicher Basis stärker fundiert **ethische Grundlagen** erarbeitet, eigene moralische Standpunkte bezogen und Entscheidungen getroffen werden.

Die **Akademisierung** kann das Berufsbild, die Pflegephilosophie und die fachlichen Kompetenzen der Altenpflege erweitern bzw. bereichern, die Pflegequalität steigern und

die Lobby verbessern. Das heißt nicht, dass bisher unqualifiziert gepflegt wurde, sondern dass die **Fachkenntnisse aufgrund neuer Entwicklungen** und neuer Herausforderungen sowohl überdacht als auch **erweitert** werden müssen und dass es notwendig ist, neue Konzepte, z. B. für die Betreuung von Migrantinnen, zu erarbeiten.

Ein (Fach-) **Hochschulstudium** gewährleistet eine gewisse Distanz zum Berufsalltag und ermöglicht wissenschaftliches Arbeiten. Hochschulen geben Gelegenheit, interdisziplinäres Wissen einzubeziehen und gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge zu berücksichtigen. Die **Lösung vom praktischen Berufsalltag** gestattet eine Analyse von Problemsituationen, ohne gleichzeitig von Sachzwängen oder dem Bedürfnis, schnellstmöglich eine Lösung zu finden, gebremst zu werden.

Die **individuelle Bedeutung** von Altern, Kranksein, Leiden und Pflegebedürftigkeit sowie deren subjektives Erleben und Verarbeiten sind wenig erforscht und finden in einer naturwissenschaftlich orientierten Welt kaum Berücksichtigung, obwohl sie ein Schlüssel zum angemessenen Umgang mit pflegebedürftigen Menschen sind.

In deren Erforschung liegt eine enorme Herausforderung der **Pflegeforschung** und der Pflegeberufe insgesamt. Entsprechende Kenntnisse und Fähigkeiten haben eine **therapeutische Relevanz** und können ein **Gegengewicht** zum naturwissenschaftlich orientierten Umgang z. B. mit Krankheit und Alter darstellen.

Die Theorie kann nicht nur neue Konzepte für die Praxis entwickeln, sondern auch das breite **Erfahrungswissen der Praktiker wissenschaftlich prüfen** und sowohl für die Modifizierung bestehender als auch für die Entwicklung neuer Pflegetheorien nutzen und somit an die Kollegen und Kolleginnen in der Praxis **zurückgeben**. Hierdurch erfährt praktisches Handeln Anerkennung und Wertschätzung und trägt wesentlich zur Weiterentwicklung der Pflege bei.

Der **berufsinterne Umgang mit der Akademisierung** wird eine Frage des Willens, der Einsicht und der gegenseitigen Akzeptanz sein. Diesen Weg mit dem Ziel der Professionalisierung der Pflege können Akademiker und Nichtakademiker nur gemeinsam gehen und gemeinsam ebnen.

Das in der Theorie gelehrt und gelernte Wissen findet in der Praxis nur teilweise Umsetzung, da diese mitunter von einem Festhalten an alten Praktiken geprägt ist. Auszubildende werden insbesondere durch die **Vorbilder und die Erfahrungen in der Praxis** geprägt. Demnach muss die Ausbildung so konzipiert sein, dass sie wesentlich zur Weiterentwicklung und **Stärkung der Persönlichkeit von Berufsanfängern** beiträgt, damit diese die nötige Stärke entwickeln, um ihr theoretisches Wissen in die Praxis einzubringen und notwendige Veränderungen durchzusetzen.

Zum anderen sind **neue Konzepte, die sich realistisch am Praxisalltag orientieren** und den Transfer von theoretischem Wissen in die Praxis erleichtern, sinnvoll. Zu einer solchen Verzahnung von Theorie und Praxis gehört ganz wesentlich eine **qualifizierte Praxisanleitung** und -begleitung. Das häufig stattdessen zu beobachtende

Mitlaufen und Nachahmen ist ein großer Missetand in der Ausbildung. Das **Analysieren und Reflektieren** von in der Praxis erlebten Pflegesituationen wurde bisher oft vernachlässigt.

Wenn die Akademisierung keine Diskrepanzen zwischen Theorie und Praxis hervorrufen soll, müssen Altenpfleger/-innen sich als **eine Berufsgruppe** fühlen, in der es verschiedene Schwerpunkte gibt, in der jeder entsprechend seinen Fähigkeiten und Kenntnissen seine Funktion, seinen Platz hat. Theorie und Praxis dürfen nicht als Konkurrenten, sondern müssen als einander ergänzende und beeinflussende Aspekte eines Ganzen gesehen werden. **Ergänzung, Voneinander-Lernen und Miteinander-Gestalten** können Altenpfleger/-innen als Berufsgruppe stark machen, weiterqualifizieren und dazu führen, dass sie ein ernst genommener, gleichberechtigter und unverzichtbarer Partner im Sozial- und Gesundheitswesen werden.

5. Berufsbild des Deutschen Berufsverbandes für Altenpflege (DBVA)

Berufsbild: Altenpflegerin/Altenpfleger
(Stand: Dezember 2002)

Altenpflege im 21. Jahrhundert

Altenpflege ist ein anerkannter nichtärztlicher Heilberuf im Bereich medizinisch-sozialer Dienstleistungen.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, der Zunahme chronisch Erkrankter und der steigenden Anzahl dementer Personen hat der Beruf der Altenpflege eine sehr große Bedeutung und steht vor großen Herausforderungen. Die immer höhere Lebenserwartung führt nicht nur zu einer Vielzahl von Lebensentwürfen im Alter, sondern auch zu einer steigenden Zahl pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen. Darum ist ein Beruf notwendig, der die sozialen und gesundheitlichen Bedürfnisse jener erkennt, die aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, und derer, die diese Personen professionell bis an das Lebensende betreuen und begleiten.

Da Menschen so lange wie möglich ihre Selbstständigkeit und Selbstbestimmung erhalten möchten, werden alte Menschen nicht nur in stationären Altenhilfeeinrichtungen, sondern vor allem in ihrer Wohnung unterstützt.

Ziele

Ziel der Altenpflege ist es, die Würde und Rechte alter Menschen zu wahren und ihnen ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben im Alter zu ermöglichen.

Das geschieht durch:

- Unterstützung zur Erhaltung und Gestaltung des persönlichen Lebensraumes,
- Förderung der Kontakte zwischen älteren Menschen und zwischen den Generationen,
- Schutz von Kompetenzen und Erhalt bzw. Förderung noch vorhandener Fähigkeiten,

- Orientierung an individuellen Lebensverläufen,
- Akzeptanz und Förderung der Einzigartigkeit und Individualität eines jeden zu Betreuenden/zu Pflegenden,
- Hilfe zur Sicherung eines anerkannten Platzes für alte Menschen in der Gesellschaft.

Aufgaben

Die Aufgabe staatlich anerkannter Altenpflegerinnen und Altenpfleger ist es, alte Menschen bei der Gestaltung des täglichen Lebens fachkompetent zu begleiten, zu pflegen und zu beraten. Sie wirken einer Einengung und Verarmung des Lebensraumes entgegen, um Lebensqualität und Lebensfreude auch bei gesundheitlicher Beeinträchtigung zu erhalten.

Alte Menschen werden sowohl in ihrer Wohnung als auch in stationären Altenhilfeeinrichtungen und Tageseinrichtungen begleitet, unterstützt, beraten und gepflegt. Der Altenpfleger/die Altenpflegerin arbeitet selbstständig und eigenverantwortlich. Er/sie steht im unmittelbaren Kontakt zum alten Menschen und stellt gegebenenfalls Kontakte zu anderen fachlich Zuständigen her. Im Pflegeteam werden Pflege- und Betreuungsmaßnahmen geplant und koordiniert. Für den Hausarzt des Pflegebedürftigen ist er/sie ein/e kompetente/r Berater/in. Er/sie ist verantwortlich für die Anleitung von pflegerischen Hilfskräften und pflegenden Angehörigen.

Aufgaben im Einzelnen

- Anregung und Ermutigung alter Menschen zur eigenverantwortlichen Gestaltung ihres Lebens entsprechend ihren eigenen Bedürfnissen; Hilfe zur Erhaltung der Gesundheit und der eigenständigen Lebensführung; Förderung von Kontakten im Wohnumfeld, der eigenen Wohnung oder des Heimes; Arbeit mit Gruppen;
- Gestaltung eines altengerechten Lebensraumes/ Wohnumfeldes;
- Erkennen der Stärken alter Menschen; Fähigkeiten einbeziehende und die Selbstständigkeit fördernde Pflege (ressourcenorientierte Pflege); pflegerische Versorgung schwer kranker und sterbender alter Menschen;
- Mitwirkung bei der Prävention und Rehabilitation bei vorhandener oder drohender körperlicher, sozialer, geistiger oder psychischer Beeinträchtigung, Begleitung dementer Menschen;
- Betreuung und Beratung alter sowie kranker Menschen und pflegender Angehöriger in ihren persönlichen und sozialen Angelegenheiten; Motivierung und Anleitung der Familien, z. B. in Pflegetechniken und dem Gebrauch von Hilfsmitteln; Initiierung von Nachbarschaftshilfe;
- Mitwirkung bei der Behandlung kranker alter Menschen und Ausführung ärztlicher Verordnungen;
- Begleitung des alten Menschen bei Verlusterfahrungen; ein Milieu zum Sterben schaffen; Begleitung Sterbender;

- Ermittlung des Hilfebedarfes (Stellen von Pflegediagnosen); Planung des individuellen Pflegeprozesses; Pflegedokumentation;
- Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team;
- Kontakt herstellen zu Therapeut/-innen, Seelsorger/-innen etc.;
- Reflexion der eigenen beruflichen Befindlichkeit und beruflicher Beziehungen; Pflege der eigenen Persönlichkeit; Teamarbeit;
- Mitwirkung als Praxisanleiter/-innen bei der Ausbildung von Altenpfleger/-innen;
- Anleitung von Pflegehilfskräften und pflegenden Angehörigen;
- Erarbeitung und Orientierung an geriatrischen, gerontopsychiatrischen und therapeutischen Pflegekonzepten;
- Mitwirkung an qualitätssichernden Maßnahmen in der Begleitung, Pflege und Lebensraumgestaltung.

Anforderungen

Hohe physische und psychische Belastungen in der professionellen Altenpflege fordern einen körperlich und seelisch gesunden Menschen für die Ausübung des Berufes.

Eine humanistische Lebenseinstellung schafft eine wesentliche Voraussetzung für eine humane und gewaltfreie Pflege.

Gute Allgemeinbildung und Offenheit für ethische Fragen sind Voraussetzungen für das Erkennen soziologischer und gesellschaftsgeschichtlicher Zusammenhänge.

Die Bereitschaft zu flexiblen Arbeitszeiten (Schichtarbeit) und die Fahrerlaubnis für PKW sind günstig.

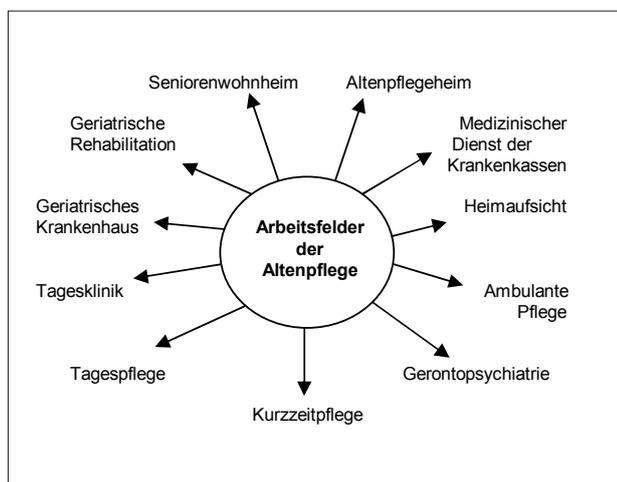


Abbildung 16: Arbeitsfelder

Ausbildung

Die Ausbildung dauert¹ in Vollzeitform drei Jahre und enthält sowohl theoretische als auch fachpraktische Teile. Der Unterricht findet in staatlich anerkannten Schulen statt. Die Ausbildung ist als Erstausbildung in Form einer Umschulung oder auch berufsbegleitend² möglich. Träger der Ausbildung ist eine Einrichtung der Altenhilfe.

1. bundesweit ab 01. 08. 2003

2. bei verlängerter Ausbildungsdauer

Während der Ausbildung wird i. d. R. eine Ausbildungvergütung gezahlt.

Der theoretische Unterricht vermittelt berufsspezifische und medizinische Kenntnisse, bereitet auf die Fähigkeit zur Gestaltung von Beziehungen vor, schult die berufliche Selbsterfahrung und bahnt Fähigkeiten an, in der Altenpflege selbstständig, eigenverantwortlich und fachkompetent zu entscheiden und zu handeln.

Er hat folgende **Schwerpunkte**³:

1. Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege

- Theoretische Grundlagen in das altenpflegerische Handeln einbeziehen
- Pflege alter Menschen planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren
- Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen
- Anleiten, beraten und Gespräche führen
- Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken

2. Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung

- Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen
- Alte Menschen bei der Wohnraum- und Wohnumfeldgestaltung unterstützen
- Alte Menschen bei der Tagesgestaltung und bei selbst organisierten Aktivitäten unterstützen

3. Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen altenpflegerischer Arbeit

- Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen
- An qualitätssichernden Maßnahmen in der Altenpflege mitwirken

4. Altenpflege als Beruf

- Berufliches Selbstverständnis entwickeln
- Lernen lernen
- Mit Krisen und schwierigen sozialen Situationen umgehen
- Die eigene Gesundheit erhalten und fördern

Der fachpraktische Teil der Ausbildung erfolgt vorrangig in stationären und ambulanten Einrichtungen der Altenpflege unter Anleitung und Aufsicht von berufserfahrenen Praxisanleiter/-innen. Er bereitet darauf vor, im Team zu arbeiten sowie selbstständig und eigenverantwortlich hilfebedürftige alte Menschen in ihrer Lebensgestaltung zu unterstützen, zu betreuen und zu beraten. Er vermittelt Fähigkeiten zur biografieorientierten Begleitung, zur Grundpflege, zur Krankenbeobachtung und zur medizinischen Behandlungspflege.

Darüber hinaus finden Praktika in geriatrischen und gerontopsychiatrischen Einrichtungen bzw. Abteilungen statt.

3. Vgl. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers zum bundeseinheitlichen Altenpflegegesetz, Ministererlass vom 26.11.2002

Fort- und Weiterbildung

Altenpflege stellt hohe fachliche Ansprüche, denn altenpflegerisches und gerontologisches Wissen entwickeln sich ständig weiter. Fortbildungen, die Wissen aktualisieren, die pflegerische Fähigkeiten und Fertigkeiten vervollkommen und konzeptionelles Denken entwickeln helfen, gehören deshalb zu den Aufgaben von staatlich anerkannten Altenpfleger/-innen.

Durch Weiterbildung ist eine Qualifizierung möglich zur: gerontopsychiatrischen Fachkraft, Pflegefachkraft für Rehabilitation, Wohngruppen-, Bereichs-, Pflegedienst-

oder Heimleitung, zur Praxisanleitung und nach einem Pflegestudium als Lehrer/-in für Pflegeberufe oder in der Pflegeforschung als Wissenschaftler/-in. Tätigkeiten beim medizinischen Dienst der Krankenkassen oder bei der Heimaufsicht sind ebenfalls möglich.

Der Beruf „Staatlich anerkannte Altenpflegerin/Altenpfleger“ ist der einzige Beruf innerhalb der Altenhilfe, der sich auf die Gesamtsituation der alten Menschen bezieht.