

Altenpflege in Lernfeldern

3 in 1 – Pflege, Krankheitslehre, Anatomie und Physiologie

3. Auflage





LERNBEREICH 1

Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege

- LF 1.1 Theoretische Grundlagen in das altenpflegerische Handeln einbeziehen · 2
- LF 1.2 Pflege alter Menschen planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren · 61
- LF 1.3 Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen · 110
- LF 1.4 Anleiten, beraten und Gespräche führen · 499
- LF 1.5 Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken · 545



LERNBEREICH 2

Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung

- LF 2.1 Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen · 618
- LF 2.2 Alte Menschen bei der Wohnraum- und Wohnumfeldgestaltung unterstützen · 687
- LF 2.3 Alte Menschen bei der Tagesgestaltung und bei selbst organisierten Aktivitäten unterstützen · 718



LERNBEREICH 3

Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen altenpflegerischer Arbeit

- LF 3.1 Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen · 758
- LF 3.2 An qualitätssichernden Maßnahmen in der Altenpflege mitwirken · 806



LERNBEREICH 4

Altenpflege als Beruf

- LF 4.1 Berufliches Selbstverständnis entwickeln · 830
- LF 4.2 Lernen lernen · 882
- LF 4.3 Mit Krisen und schwierigen sozialen Situationen umgehen · 898
- LF 4.4 Die eigene Gesundheit erhalten und fördern · 934



Foto: Werner Krüper, Thieme

THIEMES **Altenpflege
in Lernfeldern**

1200 Abbildungen

3., aktualisierte Auflage



Georg Thieme Verlag
Stuttgart · New York

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

Ihre Meinung ist uns wichtig! Bitte schreiben Sie uns unter

www.thieme.de/service/feedback.html



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

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

Wir bitten um Verständnis, dass aus Gründen der Lesbarkeit im Buch die männlichen Formen, z. B. Patient, Schüler, Lehrer verwendet werden. Natürlich ist uns bewusst, dass die Pflege überwiegend ein Frauenberuf ist – die Gleichberechtigung der Frau ist jedoch selbstverständlich Grundlage der Konzeption und des Menschenbildes, so dass eine Dopplung der Begriffe unnötig erscheint.

Die Verantwortung für die Filme liegt beim Verlag. Bitte wenden sie sich bei Fragen an die Pflegeredaktion.

1. Auflage 2008
2. Auflage 2012

© 2018 Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
D-70469 Stuttgart
Unsere Homepage: <http://www.thieme.de>

Printed in Germany

Fotografien

Werner Krüper, Bielefeld
Roman Stöppler, Gerlingen
Alexander Fischer, Baden Baden
Pflegefotearchiv Thieme Verlagsgruppe

Grafiken (Neuzeichnungen)

Angelika Brauner, Hohenpeißenberg
Helmut Holtermann, Dannenberg
Mit Übernahmen aus: Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus. LernAtlas der Anatomie. Illustrationen von M. Voll und K. Wesker. Stuttgart: Thieme.

Gestaltung und Layout

Tina Hinkel, Stuttgart

Umschlaggestaltung: Thieme Verlagsgruppe
Umschlagillustration: Seinab Danboos, Münster
Satz: L42 AG, Berlin
Satzsystem: Adobe Indesign CS6
Druck: Aprinta Druck GmbH, Wemding

DOI 10.1055/b-004-140660

ISBN 978-3-13-240270-6

1 2 3 4 5 6

Auch erhältlich als E-Book:
eISBN (PDF) 978-3-13-240271-3

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

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

Als Ausgangsbasis dieses Buches dienten folgende Werke:

Andreae S, Hayek D, Weniger J. Krankheitslehre. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme 2011
Charlier S, Hrsg. Soziale Gerontologie. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme 2010
Ekert B, Ekert C. Psychologie für Pflegeberufe. Stuttgart: Thieme 2005
Hell W. Alles Wissenswerte über Staat, Bürger, Recht. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme 2007
Köther I, Hrsg. Altenpflege. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme 2011
Kellinhaus E et al., Hrsg. THIEMEs Pflege. 11. Aufl. Stuttgart: Thieme 2009
Lauber A, Hrsg. Grundlagen beruflicher Pflege. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme 2007
Lauber A, Schmalstieg P, Hrsg. Wahrnehmen und Beobachten. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme 2007
Lauber A, Schmalstieg P, Hrsg. Prävention und Rehabilitation. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme 2007
Perrar KM et al. Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme 2011

Vorwort

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wie lernt es sich am besten? – Die Antwort lautet: strukturiert, konzentriert und motiviert!

Mit unserem ALF („Altenpflege in Lernfeldern“) übersetzen wir dieses einfache Erfolgsrezept in die Lernpraxis. Die Inhalte von 3 Jahren Ausbildung (immerhin 4.600 Stunden Theorie und Praxis) wollen wohldosiert gelernt werden. Wer sich schon einmal auf eine große Prüfung vorbereitet hat, weiß, wie beeindruckend, wenn nicht gar furchteinflößend, die Fülle des Lernstoffs wirken kann.

Die Lösung dieses Buches beruht auf drei Strategien:

1. klare Strukturen,
2. Konzentration auf das Wichtigste und
3. das Lernen so angenehm und einfach wie möglich gestalten.

Klare Strukturen

Neue Inhalte erschließt man sich am besten, wenn man zunächst einen groben Überblick über die Hauptbereiche gewinnt. Dann nähert man sich den großen Themen dieser Bereiche. Diese großen Themen werden dann nochmals in Unterthemen aufgeteilt, bis man einen Überblick über die einzelnen kleinen Themen hat. Daher ist dieses Buch aufgeteilt:

1. in 4 große Lernbereiche (sie entsprechen den 4 Lernbereichen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung),
2. jeder Lernbereich wird wiederum in 14 Unterbereiche aufgeteilt (sie entsprechen den 14 Lernfeldern),
3. jedes Lernfeld wird in Unterthemen unterteilt (ca. 700).

Damit wird die riesige Inhaltsfülle der Ausbildung in verdauliche Happen portioniert. Der kleinste Lernhappen ist eine Seite lang und somit schnell überschaubar.

Konzentration auf das Wichtigste

Wenn Sie in den Urlaub fliegen möchten, beschäftigt Sie beim Einchecken zunächst mehr die Frage nach der Platzwahl, als die nach der Organisation der Flugsicherung. Sie trennen das Wichtige vom großen Ganzen. Das haben wir für Sie mit diesem Buch getan. Wir haben von allen Themen nur die wichtigsten Inhalte in diesem Buch aufgenommen. Das heißt nicht, dass die anderen Inhalte unwichtig sind, es heißt nur, dass wir den inhaltlichen Kern getrennt haben von der Fülle der weiteren Informationen drumherum. Denn das Ziel ist es ja, zunächst einen soliden Überblick zu gewinnen.

Das Lernen so angenehm und einfach wie möglich gestalten

Jeder weiß, wie motivierend es ist, das Ziel zum Greifen nah zu sehen und Erfolge reihenweise abhaken zu können. Die ca. 700 Themen werden daher im Seitenkonzept behandelt. Die kleinsten Themen werden auf einer Seite vermittelt. Jedes Thema beginnt auf einer neuen Seite, jedes Thema endet unten auf der Seite und wird durch einen Stopper ● markiert.

Somit haben Sie nicht nur den inhaltlichen, sondern auch den visuellen Überblick. In kleinen Schritten nähern Sie sich dem Ziel am sichersten. Grafiken erklären auf visuelle Weise komplexe Sachverhalte, Fotos nehmen Sie mit in die Praxis. Hervorhebungen in der Marginalspalte zeigen Ihnen:

- B** Beispiele aus der Pflegepraxis,
- D** Definitionen wichtiger Begriffe,
- M** Sachverhalte, die Sie sich merken sollten,
- P** Tipps für die Praxis,
- I** Infos über weiterführende Literatur und Internetadressen.

Umfangreiche Querverweise zeigen Ihnen, wo Sie innerhalb des Buches Zusätzliches zum Thema finden. Ein sehr detailliertes Sachverzeichnis zeigt Ihnen den Weg zu den gewünschten Inhalten.

Auf diese Art gelingt es, sich sämtliche Inhalte der dreijährigen Ausbildung Schrittchen für Schrittchen zu erschließen. Haken Sie die Themen ab, und alles, was Sie näher interessiert, können Sie in den großen Nachschlagewerken vertiefend nachlesen, z. B. in unserem Klassiker „Altenpflege“.

Vertrauen und Sicherheit

Wie können Sie sicher sein, dass auch alle wichtigen Themen behandelt wurden? Wir haben verschiedene Sicherungssysteme eingebaut:

1. Die Inhalte folgen dem Altenpflegegesetz und der Altenpflegeausbildungs- und prüfungsverordnung,
2. die Inhalte berücksichtigen die Vorgaben der Länder und deren Curricula,
3. die Inhalte stammen von anerkannten Autoren.

Das Buch wurde nach dem Gesetzeswortlaut strukturiert. Die Angaben für die Unterrichtsstunden wurden zu den Seiten des Buches ins Verhältnis gesetzt. Somit haben die Themen mehr Umfang, die auch mit einer höheren Stundenzahl unterrichtet werden. Jedes Bundesland hat zudem seine spezifischen Themen. In einem großangelegten Abgleich wurden die Inhalte des Curriculum des KDA und die Curricula aus NRW, Saarland, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg miteinander verglichen. Besondere Themen wurden ergänzend aufgenommen, um die Wünsche aller Bundesländer befriedigen zu können.

Die Inhalte dieses Buches stammen aus der Feder anerkannter Autoren der THIEME-Verlagsgruppe. Überwiegend konnte bei der Entstehung dieses Buches auf bereits existierende In-

halte zurückgegriffen werden, die dann in der Fachredaktion nochmals konzentriert und reduziert wurden, um den Charakter des Überblicks zu schaffen. Themen, die noch nicht beschrieben wurden, wurden neu verfasst. Das Ergebnis ist ein

Konzentrat aus geballtem Wissen von über 50 Fachautoren der Pflegeszene.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg bei der Arbeit mit diesem Buch!

Mitarbeiterverzeichnis

Dr. med. Susanne Andreae
niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin
Dozentin an Krankenpflegeschulen
ärztliche Beisitzerin der Gutachterkommission Landesärztekammer Südbaden
Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin an der Universität Freiburg
Lärchenweg 26
78713 Schramberg

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft
Universität Witten/Herdecke
Stockumer Str. 12
58453 Witten

Renate Berner
Krankenschwester, Dipl.-Pflegerin (FH)
Max-Kirschner-Straße 13
85126 Münchsmünster

Siegfried Charlier
Dipl.-Pädagoge, Dipl.-Supervisor (DGSv)
Auf dem Korb 58a
51789 Lindlar

Eva Eissing
Krankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe
Sozialwissenschaftlerin, BA
Im Steeler Rott 22
45276 Essen

Dr. phil. Bärbel Ekert
Dipl.-Psychologin, Theologin
Mörikestr. 13
72532 Gomadingen

Prof. Dr. Michael Ewers MPH
Charité Universitätsmedizin Berlin
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Campus Virchow Klinikum
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Dr. phil. Renate Fischer
Krankenschwester mit Fachweiterbildung für Endoskopie
Dipl.-Pflegerin (FH)
Schule für Gesundheits- und Krankenpflege
Katholisches Klinikum Koblenz–Montabaur
Thielenstr. 13
56073 Koblenz

Michaela Flechsenberger
Krankenschwester, Dipl.-Pflegerin (FH)
stellv. Leitung des Gesundheits- und Bildungszentrums Oberberg
Barbarastr. 8
57548 Kirchen (Sieg)

Gundula Geist
Krankenschwester, Praxisanleiterin,
Kinaesthetics Trainerin
Ilsebäumen 10
32469 Petershagen

Felix Hahn
B.Sc. Augenoptik und Hörakustik
Hahn Optik + Akustik
Heilbronner Str. 47
74211 Leingarten

Dr. med. Dominik von Hayek
Facharzt für Allgemeinmedizin und Geriatrie
Konradinstr. 6b
81543 München

Hülya Heinen
Staatlich anerkannte Krankenschwester für Leitungsfunktionen
in Einrichtungen der Pflege im Gesundheits- und Sozialwesen
Qualitätsauditorin TÜV (PersCert)
TQM-Coach TQMC TÜV, EFQM Assessor TÜV
Trainerin und Dozentin im Gesundheitswesen
Fachkraft für Arbeitssicherheit (SiFa)
Großmachnower Str. 79
15834 Rangsdorf

Werner Heinen
Fachwirt für Finanzberatung (IHK)
zertifizierter Sachverständiger (BDSH) für
Immobilien- und Unternehmensbewertungen
Unternehmensberater für Wirtschaft und Soziales
Personalberater im Gesundheitswesen
Datenschutzbeauftragter (IHK)
Großmachnower Str. 79
15834 Rangsdorf

Anja Heißenberg
Krankenschwester,
Dipl.-Pflegerin (FH)
Akademie für Pflegeberufe
Sana Klinikum Offenbach GmbH
Starkenburgring 66
63069 Offenbach am Main

Walter Hell
Direktor des Amtsgerichts
Schlossplatz 9
86551 Aichach

Prof. Lotte Kaba-Schönstein
Dipl. Sozialwirtin, Dipl. Soz.päd.
Hochschule Esslingen
Flandernstr. 101
73732 Esslingen

Olaf Kirschnick
Lehrer für Pflegeberufe und Entbindungspflege,
Lehrrettungsassistent
Prädikant Evang. Kirche – Baden
Leiter – Bildungszentrum „Gesundheit und Pflege“
am Krankenhaus Tauberbischofsheim
Albert-Schweitzer-Straße 35
97941 Tauberbischofsheim

Margarete Klimek
Krankenschwester
Lehrerin für Krankenpflege-, Kinderkrankenpflege- und
Altenpflegeberufe
Theolog. Referentin
Kastanienstr. 76
58332 Schwelm

Ursula Kocs
Dipl.-Psychologin
Ev. Fachseminar für Altenpflege
der Diakonie-Stiftung-Salem
Johannesstr.6
32423 Minden

Dr. rer. cur. Annette Lauber
Pfle gewissenschaftlerin (M.Sc.)
Dipl.-Pfle gepädagogin (FH)
Irmgard-Bosch-Bildungszentrum
Auerbachstraße 110
70376 Stuttgart

Susanne Mettrop
Krankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe
Dipl. Pflegegutachterin (IBW)
Bitzenweg 15a
51789 Waldbröl

Martina Metzger
Lehrerin für Pflegeberufe
Eichenweg 1
71134 Aidlingen

Gerlinde Nowak
Sozialpädagogin, Trainerin für Kommunikation und Moderation
Im Grashof 4
51789 Lindlar

Peter Nydahl
Krankenpfleger, Praxisanleiter, MScN
Kurs- und Weiterbildungsleiter für
Basale Stimulation in der Pflege
Pfle geexperte für Menschen im Wachkoma
Sternstr. 2
24116 Kiel

Dr. med. Klaus Maria Perrar
Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Palliativmedizin
Zentrum für Palliativmedizin Dr. Mildred Scheel Haus
Uniklinik Köln
Kerpenerstr. 62
50937 Köln

Johanne Plescher-Kramer
Krankenschwester, Fachkrankenschwester für
Anästhesie u. Intensivpflege, Wundexpertin (ICW)
Dipl.-Pfle gepädagogin (FH)

Dr. rer. nat. Antonie Post
Dipl.-Ernährungswissenschaftlerin
Lutherstraße 20
71576 Burgstetten

Brigitte Sachsenmaier
Lehrerin für Pflegeberufe, Stomatherapeutin
Ziegelstr. 42
73084 Salach

Sabine Sappke-Heuser
Juristin
Klosterberg 3
53804 Much

Andreas Schilde
Staatlich anerkannter Altenpfleger und TQM-Beauftragter
Goldhähnchenweg 19
12359 Berlin

PD Dr. habil. Andreas Schwarzkopf
Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
Sachverständiger Krankenhaushygiene
Institut Schwarzkopf GbR
Otto-von-Bamberg-Str. 10
99717 Aura an der Saale

Gabriele Steinhäuser
Krankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe
Friedrichstr. 22
73614 Schorndorf

Ruth Uessem
Lehrerin für Pflegeberufe, QMB
stellv. Leitung
Akademie Gesundheitswirtschaft und Senioren
des Oberbergischen Kreises
Lebrechtstr. 27
51643 Gummersbach

Jutta Weniger
Krankenschwester, Dipl.-Pfle gepädagogin (FH)
Herdstr. 16/1
78050 Villingen-Schwenningen

Mitarbeiter der vorigen Auflagen

Günter Baier
Dipl.-Verwaltungswirt
Resper Gasse 17
51674 Wiehl

Christine Bäumler
Sport- und Gymnastiklehrerin,
Kinaesthetics-Trainerin
Trainerin für Sturzprävention
Fliederweg 13
73116 Wäschenbeuren

Sieglinde Denzel
Dipl.-Psychologin
Martinsberg 14
78564 Reichenbach am Heuberg

Christiane Ekert †
Dipl.-Psychologin
Robert-Leicht-Str. 141b
70569 Stuttgart

Christine von Eltz †
Hagenstr. 7
31655 Stadthagen

Dr. phil. Ursula Geißner
em. Professorin für Führungslehre und Organisation
Feldbergstr. 5
79247 Märgen

Else Gnamm
Altenpflegerin, Lehrerin für Altenpflege
Schubertstr. 21
72800 Eningen

Michael Haas
Krankenpfleger, Dipl.-Pflegepädagoge (FH)
Diakonie Stiftung Salem gGmbH
Ev. Fachseminar für Altenpflege
Fachseminarleiter
Johansenstr. 6
32432 Minden

Astrid Hammer
Krankenschwester, Dipl.-Pflegepädagogin (FH)
Staatl. anerkannte Schule für Gesundheits- und
Krankenpflege und Krankenpflegehilfe
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Am Pulverturm 13
55101 Mainz

Henry Kieschnick
Dipl.-Pfleger (FH)
Kulmer Weg 3
30659 Hannover

Andreas Kutschke, BScN
Krankenpfleger für Geriatrische Rehabilitation
Abteilung Qualitätsmanagement und Pflegeberatung
Städtische Seniorenheime Krefeld gGmbH
De-Greiff-Str. 194
47803 Krefeld

Rainer Ochel
Dipl.-Verwaltungswirt
Am Stockweg 7
51645 Gummersbach

Ursula Pfäfflin-Müllenhoff
UPfM, Altenpflegerin, Lehrerin für Grund- und Hauptschule
Dozentin in der Altenpflegeausbildung
Religionspädagogin
Am Rennerweiher 3
90562 Heroldsberg

Hartmut Rolf
Lehrer für Pflegeberufe (Diplom)
Berufsfachschule für Altenpflege
Diakonisches-Institut Dr.-Alfred-Schwab-Platz 1
73033 Göppingen

Joachim Scholz
Lehrer für Pflegeberufe, Pflegedienstleiter
Wiesenstr. 8
51766 Engelskirchen

Silke Schoolmann
Dipl.-Pädagogin (FH)
Gartenfeldstr. 12
55118 Mainz

Hannelore Seibold
Krankenschwester, Dipl.-Sozialpädagogin
Manchesterstr. 36
33604 Bielefeld

Birte Stährmann
Krankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe
Kommunikationswirtin
Evang. Diakonissenanstalt Stuttgart
Rosenbergstraße 40
70176 Stuttgart

Raimund Stollberg †
Dipl.-Sozialarbeiter, Dipl.-Gerontologe
Hauptstr. 36a
51519 Odenthal

Inhaltsverzeichnis



LERNBEREICH 1 Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege

1.1	Theoretische Grundlagen in das altenpflegerische Handeln einbeziehen	2	1.1.8	Pflegerelevante Grundlagen der Ethik.	53
1.1.1	Alter, Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit	2		Menschenbilder	53
	Was ist Alter?.	2		Vorstellungen vom Altsein und von alten Menschen	54
	Welche Altersmodelle gibt es?	3		Ethische Grundrichtungen und Prinzipien	56
	Physiologische Alterungsprozesse	4		Werteorientierte berufliche Beziehungsgestaltung	59
	Alter als Lebensphase und als Prozess	7	1.2	Pflege alter Menschen planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren	61
	Welche Modelle von Gesundheit und Krankheit gibt es?	8	1.2.1	Wahrnehmung und Beobachtung	61
	Was bedeuten Behinderung und Pflegebedürftigkeit?	10		Was ist Wahrnehmung?	61
1.1.2	Konzepte, Modelle und Theorien der Pflege	11		Beeinflussung der Wahrnehmung	64
	Was sind Konzepte, Modelle und Theorien?	11		Was ist Beobachtung?.	66
1.1.3	Handlungsrelevanz von Konzepten und Modellen der Pflege anhand konkreter Pflegesituationen.	14		Bedeutung der Beobachtung in der Pflege.	70
	Was ist professionelle Pflege?	14	1.2.2	Pflegeprozess	72
	Wie werden Theorien entwickelt?	15		Was ist der Pflegeprozess?	72
	Fördernde Prozesspflege nach Krohwinkel	18	1.2.3	Pflegediagnostik	74
	Roper, Logan und Tierney – Die Elemente der Krankenpflege	20		Informationssammlung.	74
	Pflegemodell von Orem.	22		Erkennen von Pflegeproblemen und Ressourcen.	76
	Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Praxis	24		Was sind Pflegediagnosen?	78
1.1.4	Pflegeforschung und Umsetzung von Forschungsergebnissen.	25		Arten von Pflegediagnosen.	79
	Was ist Pflegeforschung?.	25		Klassifikation von Pflegediagnosen.	80
	Geschichtliche Entwicklung der Pflegeforschung	26		Assessmentsinstrumente	81
	Forschungsansätze	27	1.2.4	Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege	84
	Forschungsdesigns	28		Wie werden Pflegeziele geplant?	84
	Schritte des Forschungsprozesses.	30		Planung und Durchführung der Pflegemaßnahmen	85
	Praktische Anwendung der Pflegeforschung	32		Was sind Pflegestandards?.	88
1.1.5	Gesundheitsförderung und Prävention	34		Wie wird Pflege evaluiert?	90
	Prävention und Gesundheitsförderung	34		Pflegevisite	91
1.1.6	Rehabilitation	38	1.2.5	Grenzen der Pflegeplanung	93
	Was ist Rehabilitation?	38	1.2.6	Pflegedokumentation, EDV	94
	Was ist geriatrische Rehabilitation?	39		Instrument der Pflege – Pflegedokumentation	94
	Aufgabe und Ziele der Pflege in der Rehabilitation.	40		EDV-Systeme zur Pflegedokumentation	97
	Leistungen und Leistungsträger der Rehabilitation	44		Programme in der Altenpflege.	98
1.1.7	Biografiearbeit	45		Digitale Lernmittel	100
	Prägung durch die Biografie	45		Datenschutz	101
	Lebensgeschichte und Altenpflege	46	1.2.7	Pflegeüberleitung und Case Management	102
	Biografische Haltung im Pflegealltag.	47		Pflegeüberleitung und Entlassungsmanagement.	102
	Biografiearbeit und biografisch orientierte Pflegeplanung	48		Schnittstellenmanagement	105
	Erhebung biografischer Informationen und Datenschutz.	50		Case Management	107
	Psychobiografisches Modell nach Böhm.	51	1.3	Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen	110
	Altersbilder	52	1.3.1	Pflegerelevante Grundlagen	110
				Einführung in die Anatomie und Physiologie	110
				Einführung in die Geriatrie.	117
				Einführung in die Gerontopsychiatrie	119
				Einführung in die Psychologie.	121
				Einführung in die Arzneimittellehre (Pharmakologie)	123
				Einführung in die Hygiene	127
				Einführung in die Ernährungslehre.	132

1.3.2	Unterstützung alter Menschen bei der Selbstpflege	140	Pflege alter Menschen mit Erkrankungen des Stoffwechsels	356	
	Sich bewegen können	140	Pflege alter Menschen mit Erkrankungen des Hormonsystems.	358	
	Sich pflegen können.	148	Pflege alter Menschen mit Erkrankungen des Verdauungstraktes	370	
	Sich kleiden können.	163	Pflege alter Menschen mit Erkrankungen der Niere und Harnwege	395	
	Essen und trinken können	169	Pflege alter Menschen mit Erkrankungen der Geschlechtsorgane	405	
	Ausscheiden können	177	Pflege alter Menschen mit Erkrankungen des Nervensystems	416	
	Ruhen, schlafen und sich entspannen können	189			
	Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können	196	1.3.9	Pflege infektionskranker alter Menschen	436
	Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können.	200		Infektionskette und Infektionserreger	436
1.3.3	Unterstützung alter Menschen bei präventiven und rehab. Maßnahmen	204		Infektionskrankheiten	439
	Prophylaxen und Prävention.	204		MRSA – Der Problemkeim	443
	Dekubitusprophylaxe	205	1.3.10	Pflege multimorbider alter Menschen.	445
	Pneumonieprophylaxe	211		Multimorbide alte Menschen	445
	Thromboseprophylaxe	215	1.3.11	Pflege alter Menschen mit chronischen Schmerzen	448
	Sturzprophylaxe	220		Alte Menschen mit Schmerzen	448
	Kontrakturenprophylaxe	229	1.3.12	Pflege dementer und gerontopsychiatrisch veränderter alter Menschen.	457
	Zystitisprophylaxe	231		Verwirrheitszustände alter Menschen	457
	Obstipationsprophylaxe	233		Demenzielle Erkrankungen	459
	Prophylaxe von Mundschleimhautveränderungen.	234		Depression bei alten Menschen	473
	Kontinenzförderung.	236		Suizidhandlungen alter Menschen	478
1.3.4	Mitwirkung bei geriatrischen und gerontopsychiatrischen Rehakzepten	240	1.3.13	Pflege alter Menschen mit Suchtproblemen	481
	Kinaesthetics	240		Sucht bei alten Menschen	481
	Basale Stimulation.	246	1.3.14	Pflege schwerstkranker und sterbender alter Menschen	484
	Realitätsorientierungstraining.	251		Unterstützung schwerstkranker und sterbender Menschen bei spezifischen Problemen und Bedürfnissen	484
	Gedächtnistraining	252		Umfeld des Sterbenden und die Begleitung der Angehörigen	487
	Validation	254	1.3.15	Handeln in Notfällen, erste Hilfe	488
	Snoezelen	257		Was sind Notfallsituationen?	488
	Selbsterhaltungstherapie.	258		Wie verhalte ich mich in Notfallsituationen	489
	10-Minuten-Aktivierung	259		Notfallspezifische Erste-Hilfe-Maßnahmen.	493
1.3.5	Umgang mit Hilfsmitteln und Prothesen	260	1.4	Anleiten, beraten und Gespräche führen	499
	Gehhilfen und Rollstühle.	260	1.4.1	Kommunikation und Gesprächsführung	499
	Augenprothesen und Kontaktlinsen	262		Wie funktioniert Kommunikation?.	499
	Hörsysteme.	263		Wie vermeide ich Kommunikationsstörungen?	506
1.3.6	PaM mit eingeschränkter Funktion von Sinnesorganen	264		Kommunikation und Pflege	510
	Erkrankungen des Auges	264		Was ist klientenzentrierte Gesprächsführung?.	513
	Hörstörungen.	268		Technik der Gesprächsführung	515
1.3.7	Pflege alter Menschen mit Behinderungen	272		Welche Vorüberlegungen müssen für Gespräche getroffen werden?.	517
	Alte Menschen mit Behinderungen	272		Welche Gesprächsarten gibt es?	521
1.3.8	Pflege alter Menschen mit akuten und chronischen Erkrankungen	274	1.4.2	Beratung und Anleitung alter Menschen	526
	Pflege alter Menschen mit Erkrankungen der Haut	274		Ziele und Inhalte der Beratung	526
	Pflege alter Menschen mit Erkrankungen des Bewegungsapparates.	289		Prinzipien und Methoden der Beratung	528
	Pflege alter Menschen mit Erkrankungen der Atmungsorgane	309		Beratung in der Pflege	530
	Pflege alter Menschen mit Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems	324			
	Pflege alter Menschen mit Erkrankungen des Blut- und Lymphsystems	349			

Selbstopflegekompetenzen des alten Menschen	531	Umgang mit zentralen Venenkathetern	579
Kommunikationsprobleme älterer Menschen	533	Umgang mit Portsystemen	581
Anleitung alter Menschen	535	Legen und Ziehen einer Magensonde	582
1.4.3 Beratung und Anleitung von Angehörigen und Bezugspersonen	539	Sondennahrung verabreichen	584
Bedeutung der Angehörigen im Pflegeprozess	539	Sondenpflege	586
1.4.4 Anleiten von Pflegenden, die nicht Pflegefachkräfte sind	542	Einläufe und digitale Ausräumung	587
Anleitung von Pflegehilfskräften	542	Versorgung eines Kolostomas und Urostomas	590
1.5 Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken	545	Irrigation	593
1.5.1 Durchführung ärztlicher Verordnungen	545	Gewinnung von Mittelstrahlurin	594
Umgang mit Geräten (Medizinproduktegesetz)	545	Urinuntersuchung	595
Wickel und Auflagen	546	Blasenspülung	596
Anlegen einer Unterschenkelprothese	548	Katheterisierung der Harnblase	597
Verbandwechsel	549	1.5.2 Rechtliche Grundlagen	600
Wundbehandlung	551	Voraussetzungen für die Übertragung ärztlicher Aufgaben auf Pflegekräfte	600
Anlegen von Kompressionsverband und medizinischer Thromboseprophylaxestrümpfe	556	Verweigerungsrecht	601
Inhalation	560	Dokumentation	602
Sauerstoffgabe	561	Haftungsrecht	603
Absaugen der oberen Atemwege	562	Betäubungsmittelrecht	607
Wechsel und Pflege der Trachealkanüle	564	1.5.3 Rahmenbedingungen	609
Pulskontrolle	566	Rahmenbedingungen: Krankenhaus, stationäre und ambulante Altenpflege	609
Blutdruck messen	567	1.5.4 Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten	612
Blutzucker messen	568	Besonderheiten der Zusammenarbeit	612
Flüssigkeit bilanzieren	569	Bei der ärztlichen Visite mitwirken	613
Organisation der Medikamentenversorgung	570	1.5.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Mitwirkung im therapeutischen Team	614
Medikamente richten und verabreichen	571	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	614
Injektionen	574	1.5.6 Mitwirkung an Rehabilitationskonzepten	616
Richten und Anschließen von i. v. Infusionen	577	Unterstützung pflegender Angehöriger bei präventiven Maßnahmen	616



LERNBEREICH 2 Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung

2.1 Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim Altenpflegerischen Handeln berücksichtigen	618	Gestalten und Sichern sozialer Beziehungen bei Migranten	638
2.1.1 Altern als Veränderungsprozess	618	Bekleidungs- und Essgewohnheiten	639
Entwicklung des Menschen	618	Maßnahmen der Grundpflege bei Migranten	640
Subjektive Wahrnehmung des Alterns und des Alters	624	Tagesstrukturierung bei Migranten	641
Altern als sozialer Veränderungsprozess	625	Regeln ethniespezifischer Kommunikation und Gesprächsführung	642
2.1.2 Demografische Entwicklungen und Strukturwandel	629	2.1.4 Glaubens- und Lebensfragen	643
Demografische Entwicklungen in Deutschland	629	Lebensbilanz	643
Strukturwandel in der älteren Bevölkerung	631	Auseinandersetzung mit Verlusten	645
Bedeutung der demografischen Entwicklung	632	Auseinandersetzung mit der eigenen Vergänglichkeit	647
2.1.3 Ethniespezifische und interkulturelle Aspekte	634	Bedeutung von Glauben und Religiosität	649
Verständnis in anderen Kulturen	634	Bedeutung von Lebenssinn und Lebenswert	651
Familienbeziehungen in anderen Kulturen	635	2.1.5 Alltag und Wohnen im Alter	653
Familienbeziehungen bei türkischen Migranten	636	Begriffe und Aspekte der Gerontologie	653
Belastungsfaktoren für erfolgreiches Altern bei Migranten	637	Alltag und Wohnen im Alter zu Hause	654
		Alltag und Wohnen im Alter im Heim	656
		Pflegearbeit in der Häuslichkeit des alten Menschen	658
		Pflegearbeit im Heim	659

Armut im Alter	660	Gesundheitsfördernde Gestaltung der Wohnung . . .	699
Alterskriminalität	661	Alten- und behindertengerechte	
2.1.6 Familienbeziehungen und soziale Netzwerke		Wohn- und Umfeldgestaltung	702
alter Menschen	662	Sicherheit in der Wohnung	705
Alt sein früher und heute	662	Verhütung von Unfällen und Stürzen	707
Einsamkeit und Isolation	663	Barrierefreies Wohnen	709
Gesellschaftliche Integration alter Menschen	664	Brandschutz	710
Familienformen und Familienbeziehungen		Technische Ausstattung	712
zwischen den Generationen	665	2.2.3 Wohnformen im Alter	714
Ehe und Partnerschaft im Alter	668	Bedeutung des Wohnens	714
Pflegende Angehörige – statistische Daten	669	2.3 Alte Menschen bei der Tagesgestaltung	
Pflegende Angehörige – Motivation und Situation . . .	670	und bei selbst organisierten Aktivitäten	
Familienorientierte Altenpflege	671	unterstützen	718
Soziale Beziehungen und Freundschaften im Alter . . .	674	2.3.1 Tagesstrukturierende Maßnahmen	718
Ehrenamtlich arbeiten in der Altenpflege	676	Hilfe bei der Alltagsstrukturierung	718
2.1.7 Sexualität im Alter	677	2.3.2 Musische, kulturelle und handwerkliche	
Bedeutung der Sexualität im Alter	677	Beschäftigungsangebote	722
Neue Beziehungen im Alter	678	Sportwissenschaftliche Bewegungsförderung	722
Sexualität und Krankheit	679	Senioren-gymnastik, Seniorentanz	725
Umgang mit Alterssexualität	680	Bewegungs- und Tanzspiele	728
2.1.8 Menschen mit Behinderungen im Alter	682	Themenorientierte Aktivierungsangebote	730
Lebenswelten	682	Gesundheits- und entspannungsfördernde Verfahren	732
Sozialer Status	684	Kreatives Werken, Malen, Arbeiten	
Spezielle Wohnangebote und Dienste	685	mit Ton und Handarbeiten	735
2.2 Alte Menschen bei der Wohnraum-		Spiele, Singen, Musizieren	736
und Wohnumfeldgestaltung unterstützen	687	Gedächtnistraining und Gehirnjogging	739
2.2.1 Ernährung, Haushalt	687	Tierhaltung und Tierbetreuung	740
Essenswünsche und Essverhalten	687	2.3.3 Feste und Veranstaltungsangebote	743
Essen zu Hause und im Heim	688	Feste und Veranstaltungen	743
Ernährungsanamnese und Biografie	689	2.3.4 Medienangebote	745
Ernährungsverhalten bei Bettlägerigen	690	Klassische und neue Medien.	745
Ernährungsfehler	691	Angebote für Menschen mit beeinträchtigten	
Ernährung bei demenziell erkrankten Menschen . . .	692	Funktionen der Sinnesorgane	748
Essplatzgestaltung, Getränkeangebot, Essen reichen .	693	2.3.5 Freiwilliges Engagement alter Menschen	750
Verpflegungssysteme	694	Freiwilliges Engagement alter Menschen	750
Grundlagen der Haushaltshygiene und -organisation	695	2.3.6 Selbsthilfegruppen	753
Dienste und Assistenzleistungen	696	Formen der Selbsthilfe	753
2.2.2 Schaffung eines förderlichen und		2.3.7 Seniorenvertretungen, Seniorenbeiräte	755
sicheren Wohnraums und Wohnumfelds	697	Was sind Seniorenvertretungen?	755
Eine förderliche Atmosphäre schaffen	697		



LERNBEREICH 3 **Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen altenpflegerischer Arbeit**

3.1 Institutionelle und rechtliche Rahmen-		Pflegeversicherung	764
bedingungen beim Altenpflegerischen		Sozialhilfe	768
Handeln berücksichtigen	758	3.1.2 Träger, Dienste und Einrichtungen des	
3.1.1 Systeme sozialer Sicherung	758	Gesundheits- und Sozialwesens	770
Aufgaben und Funktionen des Sozialstaats	758	Wohlfahrtsverbände und Träger	770
Säulen der Sozialversicherung.	759	Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe	772
Krankenversicherung	761	Leitbilder	773
Rentenversicherung	763	Konzepte	775

Aktuelle Entwicklungen in der ambulanten und stationären Alten- und Krankenpflege	777	3.2.2 Konzepte und Methoden der Qualitätsentwicklung	808
3.1.3 Vernetzung, Koordination und Kooperation im Gesundheits- und Sozialwesen	778	Kriterien zur Messung der Pflegequalität	808
Koordinierungs- und Vermittlungsstellen.	778	Externe Qualitätssicherung durch Verbraucherschutz und Beschwerdestellen	809
Pflegekonferenzen.	779	Externe Qualitätssicherung durch Berufsorganisationen, Qualitätskonferenzen, Zertifizierungen	810
3.1.4 Pflegeüberleitung, Schnittstellenmanagement . .	780	Externe Qualitätssicherung durch Heimaufsicht und MDK	812
Überleitung.	780	Interne Qualitätssicherung durch innerbetriebliche Strategien, Arbeits- und Einsatzplanung, Stellenbeschreibung	813
3.1.5 Rechtliche Rahmenbedingungen altenpflegerischer Arbeit	781	Interne Qualitätssicherung durch Pflegekonzept und -modell, Pflegedokumentation	814
Grundrechte	781	Interne Qualitätssicherung durch Leitbild und Leitbildentwicklung	815
Schweigepflicht und Datenschutz	783	Interne Qualitätssicherung durch Pflegevisite und Pflegestandards	816
Arbeitsrecht	784	Qualitätssicherung durch Qualitätszirkel und Kundenbefragung	817
Zivilrecht	789	Ausgewählte Modelle des QM im ambulanten Bereich	819
Vorsorgemöglichkeiten	792	Ausgewählte Modelle des QM im stationären Bereich	822
Heimrecht und Heimaufsicht	793	3.2.3 Fachaufsicht	826
3.1.6 Betriebswirtschaftliche Rahmenbedingungen altenpflegerischer Arbeit	794	Was ist Fachaufsicht?	826
Finanzierung von Leistungen	794		
Personal- und Sachkosten	796		
Wirtschaftliches Handeln in der Altenpflege	798		
Arbeitsorganisationsformen in der Pflege.	799		
Stellenbeschreibung.	801		
Dienstplangestaltung	804		
3.2 An qualitätssichernden Maßnahmen in der Altenpflege mitwirken	806		
3.2.1 Rechtliche Grundlagen	806		
Qualitätssicherung im Sozialgesetzbuch	806		

LERNBEREICH 4 **Altenpflege als Beruf**

4.1 Berufliches Selbstverständnis entwickeln	830	Merkmale und Handlungsspielräume professioneller Altenpflege.	851
4.1.1 Geschichte der Pflegeberufe	830	Fehlerquellen professionellen Handelns.	854
Christlich motivierte Pflege	830	Fort- und Weiterbildung, Studium	856
Pflege im Mittelalter	831	Berufsbild Altenpflege	858
Pflege in der Neuzeit	832	4.1.4 Berufsverbände und Organisationen der Altenpflege	860
Pflege im 19. Jahrhundert	833	Gewerkschaften und Pflegeberufsverbände.	860
Pflege im 1. Weltkrieg und in der Weimarer Republik	835	Konfessionelle Berufsorganisationen.	863
Pflege im Nationalsozialismus und im 2. Weltkrieg . .	836	Repräsentation und Image der Pflege in der Gesellschaft.	864
Pflege nach 1945.	837	4.1.5 Teamarbeit und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen	865
Pflege im 21. Jahrhundert.	838	Was ist ein Team?	865
Geschichte der Versorgung alter Menschen.	839	Teamfähigkeit und Teamentwicklung	866
Pflegeausbildung im Wandel	840	Kommunikation im Team	867
4.1.2 Berufsgesetze der Pflegeberufe	841	Woraus bestehen Teams in der Altenpflege?	868
Welche Berufsgesetze gibt es?	841	Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen	869
4.1.3 Professionalisierung der Altenpflege, Berufsbild und Arbeitsfelder	845	4.1.6 Ethische Herausforderungen der Altenpflege . . .	870
Beruf, Professionalisierung, Profession	845	Ethische Konfliktsituationen.	870
Was ist Kompetenz?.	846	Ethische Konfliktsituation Sexualität.	871
Welche Kompetenzen braucht eine Altenpflegerin?. .	847		
Stufen der Kompetenzentwicklung.	849		

Betreuungs- und Aufsichtspflicht – Demenz	872	Konflikteskalation und Konfliktbewältigung	902
Nahrungsverweigerung.	873	Konfliktmanagement durch themenzentrierte	
Möglichkeiten und Grenzen		Interaktion und Supervision	904
der aktivierenden Pflege	874	Wandel und Veränderung	907
Suizid alter Menschen	875	Berufstypische Befindlichkeiten.	908
Ethische Konflikte zwischen persönlichen		Burn-out-Syndrom	910
und professionellen Werten und Normen.	876	Mobbing.	917
4.1.7 Reflexion der beruflichen Rolle und		4.3.2 Spannungen in der Pflegebeziehung	922
des eigenen Handelns	877	Sympathie und Antipathie	922
Motivation und Berufswahl	877	Nähe und Distanz	923
Rolle in der Ausbildung.	878	Macht und Ohnmacht.	924
Berufliche Rolle	879	Intimität, Scham, Ekel.	926
4.2 Lernen lernen	882	4.3.3 Gewalt in der Pflege	928
4.2.1 Lernen und Lerntechniken	882	Aggression und Gewalt	928
Grundlagen des Lernens	882	Gewalt im Pflegealltag	929
Was ist Intelligenz?	885	Ursachen von Gewalt	931
Lerntechniken	888	Interventionsstrategien.	932
Gestaltung und Präsentation von Texten	889	4.4 Die eigene Gesundheit erhalten	
Lernen im Alter	891	und fördern	934
4.2.2 Lernen mit neuen Informations- und		4.4.1 Persönliche Gesundheitsförderung	934
Kommunikationstechnologien	892	Lebensgeschichte und Konfliktlösungsverhalten.	934
EDV und Internet	892	Psychohygienische Strategien	935
4.2.3 Arbeitsmethodik	894	Kontaktstrategien und Kontaktvermeidungsstrategien	936
Grundmodell menschlichen Handelns.	894	Persönliche Grenzen und Grenzerfahrungen	937
Techniken für ein strukturiertes und		Suchtgefährdung.	938
zielorientiertes Handeln	895	4.4.2 Arbeitsschutz	940
4.2.4 Zeitmanagement.	896	Arbeitsschutz.	940
4.3 Mit Krisen und schwierigen sozialen		Rückenschonendes Arbeiten, Rückenschule	
Situationen umgehen	898	und Kinästhetik	943
4.3.1 Berufstypische Konflikte und Befindlichkeiten	898	4.4.3 Stressprävention und -bewältigung	949
Was sind Konflikte?	898	Stressprävention und Stressbewältigung	949
Konfliktsituationen in der Altenpflege.	899	4.4.4 Kollegiale Beratung und Supervision	951
		Supervision	951
Literaturverzeichnis			955
Sachverzeichnis			972



LERNBEREICH 1

Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege

- LF 1.1 Theoretische Grundlagen in das altenpflegerische Handeln einbeziehen · 2
- LF 1.2 Pflege alter Menschen planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren · 61
- LF 1.3 Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen · 110
- LF 1.4 Anleiten, beraten und Gespräche führen · 499
- LF 1.5 Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken · 545

Was ist Alter?

Da Alter eine willkürliche Festlegung ist, unterscheidet man zwischen dem chronologischen (biografischen) Alter in Lebensjahren und dem biologischen Alter, welches die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit sowie die gesundheitliche Situation eines Menschen beinhaltet. Biologisches und chronologisches Alter können voneinander abweichen: Unter den Begriffen „vorgealtert“ oder „greisenhaft“ versteht man Menschen mit einem höheren biologischen als chronologischen Lebensalter. Mit den Begriffen „rüstig“ oder „jünger wirkend“ bezeichnet man Menschen mit einem niedrigeren biologischen als chronologischen Lebensalter. Altern ist also kein exakt festlegbarer Begriff, sondern ein biologischer, psychischer und sozialer Prozess (Abb. 1.1).

Gerade in den letzten Jahrhunderten haben sich die Vorstellungen über den Altersbegriff enorm verändert, unter anderem durch die extrem gestiegene Lebenserwartung der Bevölkerung, die gewandelten Lebensbedingungen und den erheblich veränderten Altersaufbau der Gesellschaft.

Wir wissen – und darauf weisen die für die Altersmedizin (Geriatric) zuständigen Fachleute hin – dass, obwohl Alter und Altern nicht einfach mit Krankheit gleichzusetzen sind, diese Lebensphase mit einer Reihe von „Gefährdungen“ verbunden ist. Dazu zählen nicht nur Krankheiten, körperliche oder psychische Einbußen, sondern auch der Verlust von Kontaktpersonen nach dem Rückzug aus dem aktiven Erwerbsleben oder der Verlust des Partners durch Tod oder Scheidung. Alte Menschen sind also, verglichen mit allen anderen Altersgruppen, einem höheren Risikostatus ausgesetzt.

Lebenserwartung

Die mittlere Lebenserwartung in Deutschland ist von 47 Jahren bei Frauen und 44 Jahren bei Männern im Jahre 1900 auf 82 Jahre bei Frauen und 77 Jahre bei Männern im Jahre 2009 angestiegen. Dies hat nicht nur eine generelle Zunahme des Anteils an alten Menschen in der Gesellschaft, sondern auch Veränderungen in dieser Gruppe zur Folge. So



Abb. 1.1 Alter ist nicht gleich Alter. Nicht das Alter hat den Menschen zu dem gemacht, was er ist, sondern sein Leben (aus Köther 2005). (Foto: Herby Meseritsch, Fotolia.com)

wuchs die Gruppe der über 80-Jährigen (Hochbetagten) von 1,5 Mio. im Jahr 1970 auf über 3,6 Mio. im Jahr 2003 bei ansonsten weitgehend gleich bleibender Bevölkerungszahl.

Geriatric

Der „geriatric“ Patient hat ein anderes „Profil“ als ein jüngerer Patient, bei dem häufig berufliche Rehabilitationsziele im Vordergrund stehen. Er ist ein biologisch älterer Mensch. Das heißt, Kriterium ist nicht ein bestimmtes Alter in Jahren, sondern ein feststellbarer fortgeschrittener biologischer Alterungsprozess. Es ist ein älterer Mensch,

- der durch altersbedingte Funktionseinschränkungen bei Erkrankungen akut gefährdet ist,
- der zur Multimorbidität (Zusammentreffen vieler Erkrankungen) neigt,
- bei dem eine Rehabilitation sowohl aus körperlichen, psychischen wie auch sozialen Gründen erforderlich ist.

Gerontology

Die Gerontology beruht auf Erkenntnissen aus verschiedenen Bezugswissenschaften, wie Biologie, Medizin, Pflege, Psychiatrie, Psychologie, Pädagogik, Soziologie, Politologie, Volkswirtschaftslehre, Demografie, Theologie und Philosophie.

Die noch junge Gerontology hat sich entsprechend dem wachsenden Interesse am Alter und der heutigen Bedeutung alter Menschen aus kleinen und vereinzelt Anfängen zu einem umfangreichen Fach entwickelt. Dieses Interesse hat v. a. zwei Gründe:

- den demografischen Wandel (der Anteil alter Menschen an der Gesamtbevölkerung nimmt zu),
 - die Lebensqualität im Alter (auch alten Menschen soll Bildung, Wohlstand und Lebensqualität zugestanden werden).
- Die psychologische Gerontology (Psychologie des Alterns) fragt u. a. nach:
- Entwicklung im höheren Alter,
 - Lebenszufriedenheit älterer Menschen,
 - körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit,
 - Umgang mit der Frage nach dem Sinn ihres Lebens,
 - Verhalten alter Menschen in Belastungssituationen und ihrer seelischen Widerstandskraft,
 - sozialen Aktivitäten,
 - Bewältigung von Alltagsaufgaben bei nachlassenden Kräften,
 - persönlichen Altersstilen.

1

M Ein Mensch gilt als „alt“, wenn er das 61. Lebensjahr begonnen hat. Es wird zwischen „jungem Alter“ (Menschen zwischen 60 und 74) und „höherem Alter“ (ab 75 Jahren) unterschieden (WHO).

D Geriatric ist das Fachgebiet der Medizin, das sich mit Erkrankungen älterer Menschen beschäftigt.

B Ein 52-jähriger mit langjährigem Alkoholmissbrauch und zahlreichen Organschädigungen gilt als vorgealterter Mann.

Eine 88-jährige Rentnerin, die regelmäßig auf Reisen geht, längere Wanderungen unternimmt und eine vor 3 Jahren notwendig gewordene große Hüftgelenkoperation gut überstanden hat, gilt als rüstige Frau.

M Altern ist kein exakt festlegbarer Begriff, sondern ein biologischer, psychischer und sozialer Prozess.

D Die Lebenserwartung ist die durchschnittliche Lebensdauer für ein bestimmtes Ausgangsalter bei gegebener Sterblichkeit. Häufig gebräuchtes Maß zur Einschätzung des Alterns einer Bevölkerung, meist nach Männern und Frauen unterschieden.

D Gerontology im engeren Sinne leitet sich aus dem Griechischen ab (geron = Greis) und ist die Wissenschaft vom Altern und vom Alter. Sie dient der Erforschung der körperlichen, psychischen und sozialen Situation alter Menschen in der Gesellschaft.

Welche Altersmodelle gibt es?

Mithilfe von Altersmodellen, auch Alterstheorien genannt, wird versucht, das Alter und das Altwerden genauer zu beschreiben. Dabei geht es um Fragen, wie z. B. „Wie vollzieht sich das Altwerden?“, „Können Menschen erfolgreich altern und wenn ja, wie?“ Wie erleben und verhalten sich alternde Menschen und kann man daraus Rückschlüsse für „die Alten“, für die Gesellschaft, für die Seniorenpolitik ziehen?“. Einige Modelle/Theorien werden im Folgenden vorgestellt.

Defizitmodell

Hierbei geht man davon aus, dass geistige Leistungsfähigkeit in der Kindheit erworben wird, im jungen Erwachsenenalter ein Leistungshöhepunkt besteht und danach ein unaufhaltsamer Leistungsabbau stattfindet. Die Hauptaussage des Defizitmodells (Defizit = Mangel) besteht darin, dass Lernfähigkeit, Intelligenz und Anpassungsfähigkeit im Alter abnehmen, und zwar gleichermaßen bei allen alten Menschen (universelle Gültigkeit) und alle geistigen Leistungen betreffend (generelle Gültigkeit). Auch die Fähigkeiten, sich mit dem Alltag auseinanderzusetzen gehen gleichsam verloren (Kruse u. Lehr 1996).

Disengagement-Theorie

Diese Theorie, auch Rückzugstheorie genannt, beschreibt den Alterungsprozess als Rückzug aus sozialen Rollen und Kontakten. Einerseits sei dieser Rückzug von der Gesellschaft gefordert, andererseits habe der alternde Mensch selbst das innere Bedürfnis, sich aus der Gesellschaft zurück zu ziehen. Des Weiteren sieht diese Theorie Aufgaben des hohen Alters darin, altersbedingte Einschränkungen sowie die eigene Endlichkeit zu akzeptieren. Vollzieht der alternde Mensch diesen Rückzug und die damit verbundenen Aufgaben, so altere er zufrieden bzw. „erfolgreich“.

Aktivitätstheorie

Die Aktivitätstheorie besagt, dass „erfolgreiches“ Altern gelingt, wenn Menschen im Alter aktiv bleiben. Es sei wichtig, am sozialen Leben teilzunehmen und soziale Rollen auszuüben, Voraussetzungen sind dabei Gesundheit und Mobilität. Diese Theorie geht davon aus, dass der mit dem Alter einhergehende Tätigkeits- und Rollenverlust den Aktivitätsradius älterer Menschen einschränkt und somit den Selbstwert und das Wohlbefinden gefährdet. Demnach ist es wichtig, dass alte Menschen aktiv bleiben und die Verluste durch andere Aktivitäten kompensieren.

Kompetenzmodell

Das Kompetenzmodell (Kompetenz = Fähigkeit) hebt hervor, dass:

- geistige Leistungsfähigkeit und Kreativität nicht verloren gehen, sondern bis ins hohe Alter trainierbar sind,
- bestimmte geistige Fähigkeiten, Erfahrung und Wissen zunehmen (psychologische Kompetenz),
- körperlicher Abbau durch Übung verlangsamt wird und verlorene Fähigkeiten zurückerlangt werden können (physiologische Kompetenz),
- innerer Rückzug sich durch gesellschaftliche Integration verhindern oder lindern lässt (soziale Kompetenz).

Das Kompetenzmodell beinhaltet demnach Ressourcen und Fähigkeiten des alternden Menschen und bejaht Möglichkeiten, Altern gestalten und sich (noch) entwickeln zu können. Oben aufgeführte Kompetenzen können sich zwar verändern, Einbußen stattfinden, aber der Verlust von Fähigkeiten könne durch andere Kompetenzen ausgeglichen werden.

Differenzielle Modelle

Differenzielle Modelle des Alterns betonen hingegen die individuellen Unterschiede und untersuchen, wie diese Unterschiede zu erklären sind. Sie berücksichtigen z. B.:

- die große Bedeutung, die der bisherige Lebenslauf und die Ausbildung bestimmter Fähigkeiten auf die Leistungsfähigkeit im Alter haben,
- die spezifische Art der Anforderungen, z. B. wie ältere Menschen etwas Neues lernen, wie ihr Gedächtnis arbeitet, wie sie mit Belastungen oder kritischen Ereignissen umgehen,
- dass Veränderungen, Belastungen und Konflikte die seelische Widerstandskraft stärken können und von alten Menschen kreativ genutzt werden können.

Differenzielle Modelle beschreiben das Alter als ein komplexes Phänomen, das nicht durch eine einzelne und allgemeine Aussage über die Leistungsfähigkeit eines Menschen ausreichend charakterisiert werden kann. Gerontologen weisen mit Nachdruck auf die Ressourcen alter und sehr alter Menschen hin. Sie fordern, dass dieses „Kapital“ zum Wohle der Gesellschaft und der alten Menschen selbst genutzt wird (Werle 2006).



M Der biologische Alterungsprozess ist bis heute noch nicht genau erklärbar, und es gibt zahlreiche Modelle, die vermutlich nebeneinander wirken.

M Der Prozess des biologischen Alterns stellt keine Krankheit dar, sondern einen natürlichen Prozess, der den menschlichen Organismus empfindlicher für Belastungen und Krankheiten werden lässt.

P Bei Ausdauersport im Alter muss der Puls bei den Betroffenen beobachtet werden, er sollte bei körperlicher Belastung nicht dauerhaft über 120 pro Minute ansteigen.

M Nieren mit einer eingeschränkten Funktion reagieren extrem empfindlich auf Flüssigkeitsmangel. Schon nach wenigen Tagen mit Flüssigkeitsmangel (z. B. bei Durst, Fieber, Diarrhö) kann es zu einer akuten Niereninsuffizienz (Nierenversagen) kommen.

Physiologische Alterungsprozesse

Der biologische Alterungsprozess, der sich an allen Organsystemen bemerkbar macht, hat seine Grundlage in den Veränderungen in jeder einzelnen Zelle des Körpers. Verschiedene Prozesse wirken vermutlich nebeneinander.

Theorie der „genetischen Regulation“. Durch die Aktivierung bestimmter Gene in den menschlichen Zellen werden die einzelnen Entwicklungs- und Alterungsphasen gesteuert, der Alterungsprozess wird durch sog. Geronto-Gene verursacht.

Zellschädigungstheorie. Bei den Stoffwechselprozessen in der menschlichen Zelle können Stoffe (sog. Radikale) entstehen, die die Zellhülle, Enzyme oder die Erbsubstanz (DNA) schädigen. Diese Zellschäden nehmen im Laufe der Zeit zu, können nicht ausreichend repariert werden und führen so zu einer Funktionseinschränkung der Zelle.

Funktionelle Reserven. Im Erwachsenenalter besitzt der menschliche Organismus in allen Organsystemen erhebliche Reserven, um auf Belastungen zu reagieren. Diese Reserven sind durch den Alterungsprozess des Organismus als Erstes betroffen, weswegen sich Funktionseinbußen erst bei starken Belastungen bemerkbar machen. Für das Verständnis des Alterns ist es wichtig zu wissen, dass das Gleichgewicht des Organismus unter normalen Bedingungen nicht beeinträchtigt ist, der ältere Organismus aber gegenüber Schädigungen oder in extremen Lebensbedingungen empfindlicher und weniger anpassungsfähig wird.

Veränderungen der einzelnen Organsysteme

Folgende Begriffe werden im Zusammenhang mit den Alterungsvorgängen der Organe und Gewebe häufig verwendet:

Degenerative Veränderungen. Mit diesem Begriff werden Veränderungen eines Organs bezeichnet, die durch Abnutzung oder eine schädigende Wirkung von außen auftreten. Diese Schäden können nicht ausreichend repariert oder kompensiert werden und haben Funktionseinbußen zur Folge (z.B. Abnutzungserscheinungen an stark belasteten Gelenken).

Zelltod. Auch wenn äußere Einflüsse einen großen Einfluss haben, irgendwann geht jede Zelle von alleine zugrunde. Je mehr Zellen eines Organs untergehen, desto mehr sinkt seine Funktionsfähigkeit.

Atrophie. Damit ist die Verkleinerung und Rückbildung von Organen oder Geweben gemeint. Ursache kann entweder ein Zelluntergang oder eine feh-

lende Inanspruchnahme (z.B. Muskelschwund bei Bettlägerigkeit) sein.

Fibrose. Eine andere Folge der Organschädigung kann der Umbau des ursprünglichen Gewebes in Bindegewebe sein. Das eigentliche Gewebe wird von Zellgiften, Entzündungen oder durch Überlastung geschädigt und wird durch Bindegewebe ersetzt, z.B. bei der Leberzirrhose.

Herz-Kreislauf-System

Die Altersveränderungen im Herz-Kreislauf-System haben ihre Hauptursache nicht im Herz selbst, sondern in der abnehmenden Elastizität der Arterien im Kreislauf-System. Durch Ablagerungen in der Gefäßwand im Rahmen einer Arteriosklerose, die in unterschiedlichem Ausmaß bei allen Menschen auftritt, geht die Dehnbarkeit der Arterien zurück. Damit steigt der Druck im Gefäßsystem gegen den das Herz das Blut durch den Körper pumpt. Als Reaktion nimmt die durchschnittliche Herzmuskeldicke in der linken Kammer (Ventrikel) zu, was zu abnehmender Pumpleistung oder verminderter Blutversorgung durch die Herzkranzgefäße führen kann.

Am Herzen nimmt die Empfindlichkeit für die Stresshormone Adrenalin und Noradrenalin ab, die maximale Herzfrequenz unter körperlicher Belastung sinkt von 200 pro Minute beim 20-Jährigen auf durchschnittlich 170 pro Minute beim 85-Jährigen.

Atmungsorgane

Durch den Elastizitätsverlust des Lungengewebes und die zunehmende Starrheit des Brustkorbs kommt es zur Abnahme des Lungenvolumens und der Vitalkapazität. Insgesamt wird in den Lungen generell weniger Sauerstoff ins Blut aufgenommen, weshalb der Sauerstoffgehalt im Blut mit zunehmendem Alter immer niedriger wird.

Durch eine herabgesetzte Aktivität des Hustenreflexes und den Rückgang des Flimmerepithels im Bronchialsystem ist die Selbstreinigungsfunktion der Atemwege im Alter herabgesetzt.

Nierenfunktion und Flüssigkeitshaushalt

Nieren. Die Niere gehört zu den wenigen Organen des Menschen, bei denen es im Alter regelmäßig zu krankhaften Funktionseinschränkungen kommt, d.h. ältere Menschen haben keine normale Nierenfunktion mehr.

Flüssigkeitshaushalt. Der Wassergehalt des Körpers sinkt von 60 % beim Erwachsenen auf unter 50 % beim älteren Menschen, Veränderungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt machen sich also schneller bemerkbar. Neben der oben beschriebenen Abnahme der Nierenfunktion wird die Steu-

erung des Flüssigkeitshaushaltes noch durch eine veränderte Durstregulation beeinträchtigt. Durch eine abnehmende Ausschüttung des Dursthormons ADH und eine herabgesetzte Empfindlichkeit dafür haben ältere Menschen generell bei Flüssigkeitsmangel ein vermindertes Durstgefühl, und die Niere reagiert nur langsam mit einer verminderten Flüssigkeitsausscheidung. Insgesamt kommt es deshalb im Alter verhältnismäßig rasch und häufig zu Flüssigkeitsmangel und gefährlichen Veränderungen im Elektrolythaushalt (Abb. 1.2).

Harnwege. Mit zunehmendem Alter nimmt die Ruhespannung der Harnblasenmuskeln zu und das Fassungsvermögen der Harnblase ab, es kommt deshalb zu einem häufigeren – auch nächtlichen – Wasserlassen. Bei über 70 % der 70-jährigen Männer findet sich eine Prostatavergrößerung, weshalb das Wasserlassen verlangsamt ist. Im Alter ist die Blasenentleerung generell verlangsamt und ihre Steuerung beeinträchtigt („Wasserlassen auf Raten“).

Verdauungssystem

Im gesamten Verdauungstrakt kommt es zu einer Abnahme der Darmbewegungen und einer Verlangsamung des Transports im Verdauungstrakt, was letztendlich zu der im Alter sehr häufigen Verstopfung (Obstipation) führt. Durch die Rückbildung von Magen- und Darmschleimhaut werden weniger Verdauungssekrete gebildet, die Nahrung wird deshalb weniger gut zerlegt, und zahlreiche Nahrungsbestandteile (wie Eisen, Kalzium, Vitamine) werden in geringeren Mengen aufgenommen. Durch die Abnahme der Stoffwechselleistung von Leber und Pankreas kann der ins Blut aufgenommene Zucker (Glukose) langsamer verarbeitet oder in die Zellen aufgenommen werden, weshalb es häufiger zu Blutzuckerspitzen kommen kann. Durch die herabgesetzte Entgiftungsfunktion der Leber im Alter ist der Abbau von Alkohol verlangsamt und seine Wirkung verstärkt!

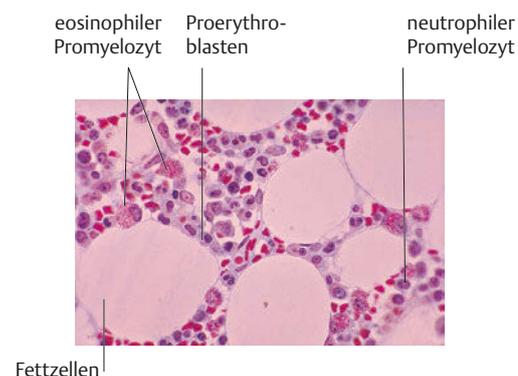


Abb. 1.3 Blutbildendes Knochenmark (rotes Knochenmark) mit Fettzellen und Blutzellvorstufen. (Foto nach: Kühnel, Taschenatlas Histologie, Thieme, 2014)

Blut- und Immunsystem

Das blutbildende Knochenmark nimmt im Vergleich zu jugendlichen Erwachsenen beim älteren Menschen um ca. die Hälfte ab und wird durch Fett bzw. Bindegewebe ersetzt (Abb. 1.3). Beim gesunden älteren Menschen ergeben sich hieraus keine wesentlichen Veränderungen im normalen Blutbild, allerdings ist die Antwort der körpereigenen Immunabwehr gegenüber Infektionen verlangsamt und herabgesetzt. Die bei Infektionen mit Bakterien typische Vermehrung der weißen Blutkörperchen (Leukozytose) kann bei älteren Menschen völlig fehlen, insgesamt wird der Körper anfälliger für Infektionen. Bei starken Blutverlusten werden die roten Blutkörperchen (Erythrozyten) langsamer nachgebildet, sodass eine Blutarmut (Anämie) schneller auftritt und länger anhält.

Bewegungsapparat

Muskulatur. Die Muskelmasse nimmt vom Erwachsenenalter an stetig ab (bei 60- bis 70-Jährigen um ca. 30 %). Dadurch ergibt sich ein allgemeiner Kraft- und Leistungsverlust sowie die Neigung zu Fehlstellungen in den Gelenken, da die Stabilisierung durch die Muskeln geringer wird.

Knochen. Durch Veränderungen im Knochenstoffwechsel kommt es zur Abnahme des Kalksalzgehaltes der Knochen mit einer Verschmälerung des inneren Gerüsts der Knochen und einer erhöhten Knochenbrüchigkeit (Frakturgefahr; Abb. 1.4). Durch das Versiegen der Östrogenproduktion in den Wechseljahren sind Frauen ab diesem Alter besonders von der Osteoporose (Knochenschwund) betroffen. An den Gelenken kommt es sehr oft durch Abnutzungsprozesse zum Verlust des Knorpelüberzuges und damit zu einer schmerzhaften Funktionseinschränkung des Gelenkes (Arthrose).

Haut

Das Unterhautfettgewebe (subkutanes Fettgewebe) bildet sich zurück, die Haut wird schlaffer, weniger elastisch und empfindlicher für Verletzungen. Durch die Abnahme der Talgdrüsen ist die Haut des älteren Menschen trockener. An lichtexponier-



Abb. 1.4 Im Alter steigt das Risiko einer Knochenfraktur (hier eine Fraktur des medialen Schlüsselbeins). (Foto: Y. Kollrack, Thieme).



Abb. 1.2 Ausreichendes Trinken ist im Alter besonders wichtig. (Foto: O.Vogl, Thieme)

P *Vorsicht: Beim älteren Patienten kann auch eine übermäßige Flüssigkeitszufuhr zu gefährlichen Komplikationen (z. B. Lungenödem bei einer bestehenden Herzinsuffizienz) führen, da die Niere in ihrer Ausscheidungskapazität eingeschränkt ist.*

M *Durch die herabgesetzte Entgiftungsfunktion der Leber im Alter ist der Abbau von Alkohol verlangsamt und seine Wirkung verstärkt.*



ten Stellen kann es zu bräunlichen Pigmentflecken („Altersflecken“) kommen (Abb. 1.5).

Nervensystem

Mit zunehmendem Alter kommt es im gesamten Nervensystem zum Verlust von Nervenzellen. Auch das Hirngewicht nimmt um 40–50 % ab (Altersatrophie), dafür nimmt der Gehalt an Wasser (Liquor) im Gehirn zu. Durch eine verzögerte Nervenleitgeschwindigkeit nimmt das Reaktionsvermögen ab. Die Folge sind langsamere Entscheidungen in unübersichtlichen Situationen, verzögerte Orientierung oder erschwerte Gedächtnisbildung.

Sinnesorgane

Augen. Die durchschnittliche Sehschärfe nimmt aufgrund der Veränderungen an Augenlinsen, Hornhaut und Netzhaut im Alter ab. Ab dem 50. Lebensjahr kann es zur Altersweitsichtigkeit (Presbyopie) kommen. Auch die Lichtempfindlichkeit der Netzhaut sowie die Reaktionsfähigkeit der Pupillen lassen nach, was zu einer verzögerten Anpassung des Sehens im Dunkeln führt.

Gehör. Die Fähigkeit, hohe Frequenzen wahrzunehmen, geht laufend zurück (Presbyakusis), betroffen sind hierbei die höheren Töne und der obere Sprachbereich (Türklingel, Musik).

Geschmack. Es kommt zu einer Abnahme von Geruchs- und Geschmacksfähigkeit (vor allem für „salzig“), weshalb alte Menschen oft über den „langweiligen“ Geschmack des Essens klagen und nur mangelhaften Appetit zeigen. Das Durstempfinden ist herabgesetzt, sodass auch bei erheblichem Flüssigkeitsmangel nur wenig getrunken wird.

Hormonsystem

Die normalen Altersveränderungen im Hormonsystem betreffen bei beiden Geschlechtern in erster Linie die Geschlechtshormone. Diese Veränderungen haben Auswirkungen auf zahlreiche Organe, aber auch auf das subjektive Verarbeiten des „Älterwerdens“. Bei Frauen lässt zwischen dem 45. und 60. Lebensjahr die Bildung der Geschlechtshormone Östrogen und Progesteron in den Eierstöcken nach. In der Folge bleibt die Periodenblutung aus und die Fortpflanzungsfähigkeit endet. Die fehlende Wirkung des Östrogens kann noch andere Auswirkungen wie eine Beckenbodenschwäche, eine Harninkontinenz sowie den Anstieg des Risikos für Osteoporose oder Herzinfarkt haben. Im Rahmen dieser „Wechseljahre“ (Klimakterium) können weitere Symptome wie Hitzewallungen, Schwitzen, Schlafstörungen oder Kopfschmerzen auftreten, aber auch massive psychische Probleme wie Nervosität, Stimmungslabilität oder Depressionen.

Aber auch bei Männern gibt es zwischen dem 45. und 65. Lebensjahr „Wechseljahre“ mit hormonel-



Abb. 1.5 Durch Abnahme des Unterhautfettgewebes wird die Haut im Alter „schlaffer“. Gut zu erkennen sind auch die Altersflecken. (Foto: Roman Stöppler, Thieme)

len Veränderungen und ihren Auswirkungen auf Körper und Seele! Durch das Nachlassen der Testosteronproduktion in den Hoden kommt es häufig zu einer Prostatavergrößerung, nachlassender sexueller Lust und Erektionsstörungen. Sinkt der Testosteronspiegel stark ab, so können Osteoporose, Fettgewebszunahme, Blutarmut oder Muskelabbau auftreten, aber auch Hitzewallungen, Stimmungsschwankungen oder Depressionen.

Auch bei vielen anderen Hormonen lässt die Wirkung im Alter natürlicherweise nach, sei es durch die Abnahme der Empfindlichkeit für ein Hormon (z.B. beim Adrenalin) oder durch eine verminderte Ausschüttung durch die Hormondrüsen (z.B. bei der Schilddrüse). Die Auswirkungen sind allerdings nicht so schwerwiegend wie bei den Geschlechtshormonen.

Alter als Lebensphase und als Prozess

Lebensphasen

Es hat sich als nützlich erwiesen, den Lebensabschnitt Alter feiner zu untergliedern, denn innerhalb dieses Abschnitts gibt es starke Veränderungen. Die Phase kann nach dem kalendarischen oder auch nach dem biologischen Alter unterteilt werden.

Kalendarisches Alter. Es richtet sich nur nach dem Geburtsjahr. Alle am gleichen Tag Geborenen sind gleich alt. So spricht Tews (1996) von den:

- jungen Alten oder dem dritten Lebensalter (Ende 60 bis Mitte 70),
- alten Alten oder dem vierten Lebensalter (Mitte 70 bis Ende 80),
- Hochbetagten (Ende 80 bis 100),
- Langlebigen (über 100).

Biologisches Alter. Das biologische Alter fragt nach alterstypischen Veränderungen des Körpersystems bzw. nach körperlichen Prozessen des Alterns. Wie frisch oder verbraucht sind Zellen, Gewebe und Organe? So kann ein 70-jähriger Mensch aufgrund von guter Gesundheit die Vitalkapazität eines durchschnittlichen 60-Jährigen haben. Sein biologisches Alter wäre demnach erst 60 Jahre.

Möglich wäre z. B. auch eine Gliederung nach:

- sozialem Stand (im Berufsleben, Rentner, selbstständig/abhängig, von Hilfe lebend),
- Aktivitäten und Interessen (erschließt sich jemand noch Neues?),
- Selbsteinschätzung (wer fühlt sich alt? wer fühlt sich jung?).

Veränderungen beim Altern

Im alternden Menschen wirken psychologische und biologische Entwicklungen sowie Veränderungen seiner Stellung in der Gesellschaft zusammen und führen zu Wechselwirkungen (Freund 2003). Persönliche Erfahrungen geben dem Menschen eine neue Identität.

Allmählicher Übergang

Beim Altern erfährt der Mensch etwas Ähnliches wie bei den Übergängen in früheren Lebensaltern, z. B. in der Pubertät, doch werden die Veränderungen meist nicht als „vorteilhaft“ empfunden. Zumindest die körperlichen Zeichen werden als Verluste erlebt (Riemann 2005).

Besonders schwierig ist das Älterwerden für die Menschen, deren Selbstbild sich an Fitness und jugendlicher Schönheit orientierte und die ihr Leben lang ein negatives Altersklischee („krank und hässlich“) hatten. Für sie ist es schockierend, wenn sie Alterserscheinungen an sich wahrnehmen. Andere Menschen wiederum erkennen v. a. die Chancen des Alters. Sie bleiben seelisch jung und erleben, dass sich das Leben noch einmal neu öffnet.

Lebenserfahrung. Altern ist als die Lebensphase bezeichnet worden, in der sich Erfahrungen angehäuft haben. Der Mensch verfügt dann über einen individuellen Erfahrungsschatz. Lebenserfahrung umfasst:

- Selbsterkenntnis: Ein Mensch kennt seine eigenen Stärken, seine Schwächen und Besonderheiten.
- Handlungswissen: Er weiß, wie Dinge anzupacken sind.
- Menschenkenntnis: Er hat ein Bild davon, wie Menschen handeln und wie mit ihnen umzugehen ist.
- Einsicht in Lebenszusammenhänge: Er versteht etwas vom „Leben“, kann auch mit den Ungewissheiten, die zum Leben gehören, umgehen. Er traut sich, seinem Wesen gemäß zu leben, bereichert andere damit und entscheidet frei, wo er sich aus Rücksicht auf andere selbst zurücknehmen will.

Lebensrückschau. Mit den Jahren verengt sich der Lebenskreis. Die Kontakte des Berufslebens bestehen nicht mehr, gleichaltrige Freunde und Verwandte sterben, Reisen und sonstige Aktivitäten fallen schwerer. Während die Orientierung nach außen abnimmt, gewinnt die Beschäftigung mit der eigenen Vergangenheit an Bedeutung.

Sehr vieles, was ein Mensch in Kindheit und Jugend erlebt hat, ist dem Gedächtnis unwiederbringlich verloren gegangen. Nur an Erlebnisse, die für einen Menschen besondere emotionale Bedeutung hatten, erinnert man sich auch im Alter noch gut.

Lebensbewältigung. Manche schweren Erlebnisse konnten bis ins hohe Alter nicht so verarbeitet werden, dass der alte Mensch Ruhe findet. Gewalt-erlebnisse gehören dazu, auch eigene Schuld, die nie ausgesprochen und gesühnt wurde.

Lebensdeutung. Das menschliche Gedächtnis betreibt nicht selten eine Art Schönfärberei. Es speichert Erlebnisse nicht vollständig und auch nicht zuverlässig. Die nachträgliche Sinndeutung verändert und verschönt belastende Ereignisse im Leben und macht sie im Nachhinein erträglich. Dies ist eine unbewusste Bewältigungsstrategie.

Lebensbilanz

Auch schon im mittleren Alter schauen Menschen auf ihr bisheriges Leben zurück und ziehen Bilanz. Im Alter kommt verstärkt das Bewusstsein hinzu, dass das Dasein und das eigene Leben endlich sind. Die Frage nach dem Sinn des (seines) Lebens muss jeder Mensch selbst für sich beantworten. Beim Bilanzziehen finden Menschen auch für schwere Erlebnisse einen Sinn. Statt mit einem schweren Schicksal, z. B. einer Krankheit, zu hadern, erkennen sie ein Wozu.

M Da der Prozess des Alterns über weite Strecken allmählich verläuft, spürt man ihn selbst meist kaum, und erst andere machen einen darauf aufmerksam, dass man älter geworden ist.



Welche Modelle von Gesundheit und Krankheit gibt es?

Das, was unter Gesundheit bzw. Krankheit verstanden wird, unterliegt geschichtlichen, kulturellen, wissenschaftstheoretischen und auch individuellen Einflüssen.

Biomedizinisches Krankheitsmodell

Dieses Modell von Krankheit ist einseitig krankheitsorientiert und auf körperliche Störungen bezogen. Krankheit und Gesundheit sind fest zu bestimmende Zustände, bei denen einer den anderen ausschließt. Das Modell basiert auf folgenden Grundannahmen:

- Jede Krankheit kann auf eine bestimmte Grundschädigung des Körpers zurückgeführt werden, die entweder in der Zelle oder in einer Störung mechanischer oder biochemischer Abläufe besteht.
- Jede Krankheit hat eine spezifische Ursache und einen spezifischen Verlauf, der sich beschreiben und vorhersagen lässt und der sich ohne medizinische Intervention verschlimmert.
- Krankheit ist objektiv, d.h. unabhängig von der jeweils erkrankten Person zu bestimmen. Krankheit und Gesundheit werden als statische, starre Zustände betrachtet.
- Krankheiten äußern sich in bestimmten Symptomen, die von entsprechend geschulten Experten diagnostiziert werden.
- Gesundheit kann nur im Zusammenhang mit Krankheit, nämlich als „Freisein von Krankheit“, und damit negativ definiert werden.

Diese Ausrichtung spiegelt sich bis heute im deutschen Gesundheitswesen wider.

Das biomedizinische Modell hatte auch starken Einfluss auf die Aufgaben der Pflege. Die Notwendigkeit pflegerischer Tätigkeit war dann gegeben, wenn ein Mensch krank wurde, und umfasste vor allem die Pflege des kranken Körpers. Erst langsam zeichnet sich im Gesundheitswesen ein Wandel weg von der einseitig krankheitsorientierten Sichtweise hin zur Prävention und Rehabilitation.

Stress-Coping-Modell

Das medizinische Krankheitsmodell erfuhr vor allem durch die psychosomatischen Erklärungsmodelle für die Pathogenese, d.h. für die Entstehung von Krankheit, eine Erweiterung. Einer dieser Ansätze ist das sog. „Stress-Coping-Modell“ (Belastungs-Bewältigungsmodell, Abb. 1.6).

Nach diesem Modell sind nicht mehr nur körperliche Ursachen an der Entstehung von Krankheit beteiligt, sondern auch psychische und soziale Faktoren. In Abhängigkeit von den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten (Coping-Strategien) entscheidet sich, ob und in welcher Weise gesundheitliche Konsequenzen für den Betroffenen entstehen.

Bei den Bewältigungsmöglichkeiten werden persönliche und kollektive Bewältigungsmöglichkeiten unterschieden. Zu den persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten gehören u.a. psychische Fähigkeiten des betroffenen Menschen wie Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen. Kollektiven Bewältigungsmechanismen werden z.B. gute Beziehungen zu Freunden oder die Einbindung in soziale Gruppen zugeordnet.

Sind die Bewältigungsmöglichkeiten eines Menschen nicht ausreichend, können die Stressoren Stress im psychosozialen Erleben des Betroffenen auslösen, der sich wiederum auf das organisch-somatische Geschehen negativ auswirkt. Am Ende kann sich eine Erkrankung manifestieren.

Gesundheitsdefinition der WHO

Gegen die starke Ausrichtung auf den Krankheitsbegriff und die einseitig auf körperliche Störungen ausgerichtete Betrachtungsweise des biomedizinischen Modells wandte sich bereits 1946 die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer Definition (s. linke Spalte)

- Gesundheit wurde erstmals nicht nur als körperliche Gesundheit beschrieben, wodurch gleichzeitig neben körperlichen auch psychische und soziale Faktoren zur Entstehung von Krankheit beitragen können.

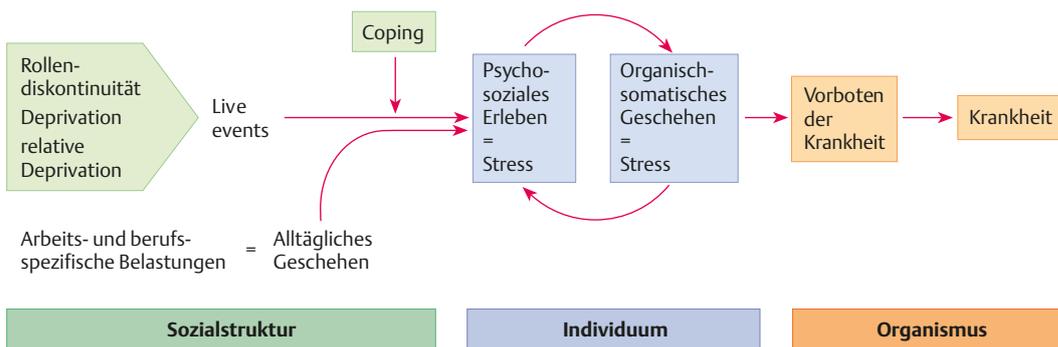


Abb. 1.6 Stress-Coping-Modell.

M Die Sichtweise von Gesundheit und Krankheit hat im Lauf der Geschichte der Menschheit einen starken Wandel durchlaufen.

M Krankheit entsteht nach dem Stress-Coping-Modell durch ein Ungleichgewicht zwischen auf den Menschen einwirkenden Stressoren einerseits und Bewältigungsmöglichkeiten des betroffenen Menschen andererseits.

D Gesundheitsdefinition der WHO (1946): „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (zitiert nach Schwartz et al. 1998, S. 10 f.).

M Das biomedizinische Modell von Krankheit ist einseitig krankheitsorientiert und auf körperliche Störungen bezogen. Krankheit und Gesundheit sind fest zu bestimmende Zustände, bei denen einer den anderen ausschließt.

- Gesundheit wurde nicht mehr nur allein durch objektive Faktoren bestimmt, sondern umfasste mit der Formulierung „Wohlbefinden“ auch das subjektive Erleben.
- Gesundheit wurde hier unabhängig von Krankheit und in einer positiven Formulierung definiert.

Salutogenetisches Modell

Die Schwerpunktsetzung der WHO, weg von der Krankheit und hin zur Gesundheit, hat sich auch in den neueren Erklärungsmodellen zur Entstehung von Krankheit niedergeschlagen. Einer dieser Ansätze geht auf den amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky zurück, der 1987 sein Modell der „Salutogenese“ vorstellte. Schon mit der Bezeichnung seines Ansatzes macht Antonovsky deutlich, dass es ihm mit seinem Modell nicht um die Erklärung der Entstehung von Krankheit, der Pathogenese, sondern um die Erklärung der Entstehung von Gesundheit, d.h. der Salutogenese (griech. Entstehung von Gesundheit), geht.

Antonovsky versteht Gesundheit und Krankheit nicht als zwei Zustände, die sich gegenseitig ausschließen, wie es beispielsweise im biomedizinischen Modell der Fall ist. Er betrachtet Gesundheit und Krankheit als dynamischen Prozess, der zwischen den beiden Polen „sicher gesund“ und „sicher krank“ eine Reihe von ineinander übergehenden Zwischenbereichen aufweist. Ebenso konzentriert sich sein Ansatz nicht auf „krankmachende“ Risikofaktoren, sondern auf „gesundmachende“ Bewältigungsmöglichkeiten, die er auch als Gesundheitsfaktoren oder „Coping-Ressourcen“ bezeichnet.

Das Modell der Salutogenese besteht aus vier zentralen Konzepten (Abb. 1.7):

Kohärenzgefühl:

- eine Grundhaltung der Welt und dem eigenen Leben gegenüber,
- eine Art Vertrauen eines Menschen darin, dass Ereignisse im Lebenslauf erklärt, als Herausfor-

derungen eine Auseinandersetzung wert sind und mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen bewältigt werden können.

Gesundheits-Krankheits-Kontinuum:

- Gesundheit und Krankheit sind keine Zustände, die sich gegenseitig ausschließen, sondern gegenüberliegende Pole eines Kontinuums, auf dem sich ein Mensch entweder näher zum Pol Gesundheit oder zum Pol Krankheit einordnet.
- Jeder Mensch trägt gleichzeitig gesunde und kranke Anteile in sich und ist zu einem bestimmten Zeitpunkt entweder dem Pol Gesundheit oder dem Pol Krankheit näher bzw. weiter entfernt.

Stressoren und Spannungszustand:

- sind physikalische, biochemische und psychosoziale Faktoren, die auf den Menschen einwirken und einen Spannungszustand erzeugen.
- Wird der Spannungszustand nicht bewältigt, entsteht eine belastende Situation, die zur Schwächung der körperlichen Gesundheit führen kann.
- Das Kohärenzgefühl eines Menschen kann einerseits helfen, Stressoren als neutral, also nicht bedrohlich zu bewerten, andererseits trägt es dazu bei, situationsangemessen und auf die Lösung des Problems ausgerichtet zu reagieren.
- Eine erfolgreiche Spannungsbewältigung hat eine gesundheitserhaltende bzw. sogar gesundheitsfördernde Wirkung.

Generalisierte Widerstandsressourcen:

- beeinflussen die Bewältigung eines Spannungszustandes,
- dazu zählen u.a. körperliche Faktoren, Intelligenz, finanzielle Möglichkeiten, soziale Unterstützung und kulturelle Eingebundenheit,
- können in unterschiedlichen Situationen und Lebensereignissen wirksam werden und erhöhen die Widerstandsfähigkeit eines Menschen.

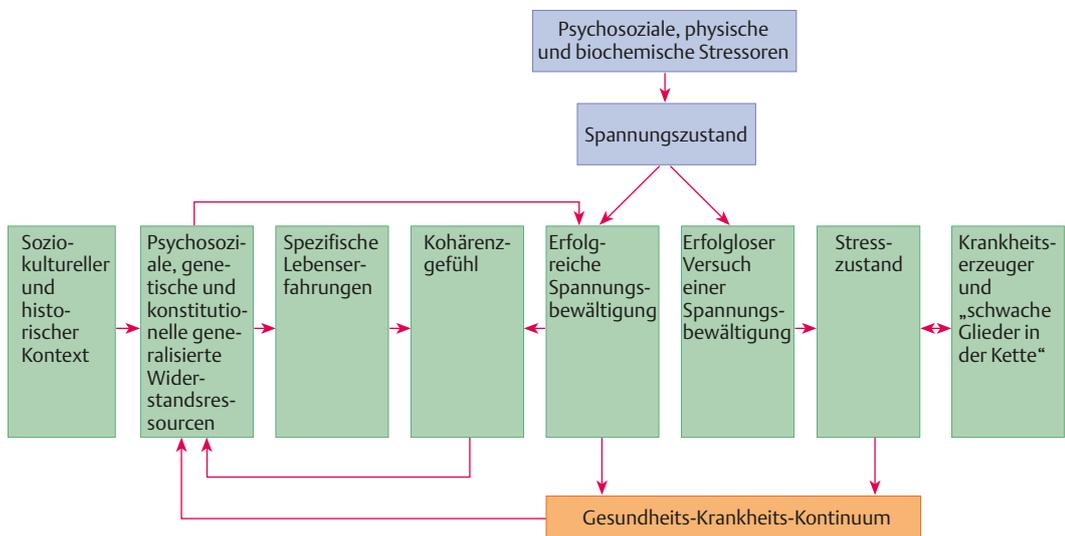


Abb. 1.7 Vereinfachte Darstellung der Gesundheitstheorie nach Antonovsky.

M Gesundheit wird als Ergebnis einer erfolgreichen Spannungsbewältigung betrachtet. Hieran sind maßgeblich das Kohärenzgefühl eines Menschen, das zur Aktivierung und Auswahl der geeigneten Ressourcen beiträgt, und die generalisierten Widerstandsressourcen beteiligt.



Was bedeuten Behinderung und Pflegebedürftigkeit?

Behinderung

In der Definition der Behinderung hat sich heute die Dreigliederung des Gesundheitsbegriffs der WHO durchgesetzt. Wir sprechen also von Behinderung des körperlichen, geistigen oder seelischen Zustands des Menschen. Behinderung ist bestimmt durch die Probleme des betroffenen Menschen, am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben, nicht aber durch ein Gesundheitsproblem an sich.

Arten der Behinderung

Behinderungen können durch Krankheit, Unfälle oder ein angeborenes Leiden verursacht werden. Abhängig von der Ursache der Einschränkung können drei Arten unterschieden werden:

- Körperliche Behinderung ist charakterisiert durch Einschränkungen in der Bewegungsfähigkeit, der Leistungsfähigkeit oder der Sinnesorgane.
- Geistige Behinderung ist gekennzeichnet durch Probleme, Zusammenhänge zu verstehen oder sich zu orientieren.
- Seelische Behinderung bedeutet, dass sich ein Mensch durch psychische Erkrankungen, z.B. Schizophrenie, Depression oder Suchtkrankheit, nicht mehr in der Gesellschaft zurechtfindet.

Folgen der Behinderung

Behinderung hat weitreichende Folgen, nicht nur für den betroffenen Menschen selbst, sondern auch für die Familie und die Gesellschaft insgesamt:

- Persönliche Folgen. Dies können z.B. Einschränkungen in der körperlichen Beweglichkeit, in der Unabhängigkeit und in Freizeitaktivitäten sein. Damit gehen berufliche und wirtschaftliche Folgen und letztlich wieder Probleme in der sozialen Integration einher.
- Familiäre Folgen. Für die Familie bedeutet ein behindertes Familienmitglied häufig ebenfalls gestörte soziale Beziehungen, möglicherweise verursacht durch Pflegebedürftigkeit des Behinderten und auch durch finanzielle Belastungen.
- Gesellschaftliche Folgen. Auch für die Gesellschaft selbst sind negative Auswirkungen durch Fürsorgeanspruch und Produktivitätsverlust durch die Behinderung zu verzeichnen.

Internationale Klassifikation (ICF) der WHO

Seit 2001 gilt die „internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der WHO, die seit Oktober 2005 als deutschsprachige Endfassung vorliegt. Die ICF-Klassifika-

on dient länderübergreifend als einheitliche Sprache zur Beschreibung:

- des funktionalen Gesundheitszustands,
- der Behinderung,
- der sozialen Beeinträchtigung,
- der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen.

Pflegebedürftigkeit

Nach dem Sozialgesetzbuch XI §14.1 (Pflegeversicherung) ist Pflegebedürftigkeit definiert: „Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.“

Menschen mit Behinderung sind in unterschiedlicher Weise auf Hilfe angewiesen, sie sind oft auch pflegebedürftig. Pflegebedürftigkeit kann als Folge einer körperlichen oder geistigen bzw. seelischen Krankheit bzw. Behinderung entstehen. Organische Erkrankungen einerseits und psychische Erkrankungen andererseits werden gleichberechtigt nebeneinandergestellt. Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit wird anhand des regelmäßigen, täglichen zeitlichen Aufwands für Hilfestellungen bei Körperpflege, Ernährung, Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung festgestellt.

Nach Erkenntnissen der Pflegewissenschaften ist Pflegebedürftigkeit ein komplexes Geschehen verschiedener Dimensionen.

- Soziale Dimension. Pflege ist immer Beziehungspflege, d.h. sie wird von Menschen an Menschen vollzogen, die in einer sozialen Beziehung zueinander stehen.
- Ökonomische Dimension. Pflegebedürftigkeit, die eine Dienstleistung erforderlich macht, ist teuer und kann mit zunehmendem Pflegebedarf aus den eigenen finanziellen Mitteln der Renten bzw. Pensionen nicht mehr aufgebracht werden.
- Psychische Dimension. Die Erfahrung der Abhängigkeit von anderen ist eine existenziell verunsichernde Erfahrung in der eigenen Identität.
- Soziologische Dimension. Die Zahlen der Bevölkerungsentwicklung eröffnen eine ungewisse Zukunft für das eigene Alter. Der alte Generationenvertrag wird in Zukunft nicht mehr gelten.

M Drei Arten der Behinderung:

- körperliche,
- geistige,
- seelische Behinderung.

M Drei Folgen der Behinderung:

- persönliche,
- familiäre,
- gesellschaftliche Folgen.



D Ein Modell ist eine vereinfachende Darstellung eines Problems, eines Gegenstandes oder einer Handlung. Es erleichtert deren Betrachtung oder macht eine Betrachtung überhaupt erst möglich (Brandenburg u. Dorschner, 2003).

Theorie s. auch S. 15

D Eine Theorie ist „eine kreative und präzise Strukturierung von Ideen, die eine vorläufige, zielgerichtete und systematische Betrachtungsweise von Phänomenen ermöglicht“ (Chinn u. Kramer 1996).

Modell

Modelle helfen uns, einen komplexen Sachverhalt zu veranschaulichen – ihn „greifbar“ zu machen, indem sie ihn in vereinfachter Form wiedergeben.

Auch im Zusammenhang mit den Pflge-theorien finden Modelle ihre Anwendung. Modelle ermöglichen es, eine Theorie in der Praxis anzuwenden. Sie erlauben es, Annahmen zu testen und Handlungen durchzuspielen. Nutzt man ein Modell, ist es notwendig, seine Bedingungen zu nennen oder sich bewusst zu sein, was seiner Konstruktion zugrunde liegt.

Modelle werden aus Theorien abgeleitet. Mithilfe von Modellen werden Theorien auf die Praxis bezogen und überprüft.

Theorie

Eine Theorie soll dazu beitragen, ein Phänomen schlüssig – d.h. beweisbar – zu erklären. Zu diesem Zweck werden in einer Theorie Elemente des zu erklärenden Phänomens in eine systematische Ordnung gebracht. Theorien werden unter Rückgriff auf Erfahrung (Beobachtung, Versuch usw.), wissenschaftliche Grundannahmen (Hypothesen) und den daraus abgeleiteten Gesetzmäßigkeiten entwickelt (Brandenburg u. Dorschner 2003) und können selbst wiederum wissenschaftlich untersucht werden. Sie sind also in sich logische Vermutungen oder Erklärungen zu bestimmten Erscheinungen (Chinn u. Kramer 1996).

Eine Theorie weist folgende Merkmale auf:

- kreative und präzise Strukturierung von Ideen,
- Vorläufigkeit,
- Zielgerichtetheit,
- systematische Betrachtungsweise.

Kreative und präzise Strukturierung von Ideen.

Ideen sind hier gedankliche Konstruktionen eines Zusammenhangs zwischen verschiedenen Phänomenen/Faktoren, die in der Realität beobachtet werden können. Phänomene können Verhaltensweisen bzw. wahrgenommene Vorgänge oder Ereignisse aus der Praxis sein. Welche Phänomene eine Theorie berücksichtigt, obliegt der kreativen Entscheidung bei der Theoriebildung.

Vorläufigkeit. Eine Theorie ist nichts Endgültiges, ihre Gültigkeit ist vielmehr vorläufig. Sie ist so lange gültig, bis die Beobachtungen der Realität ihr widersprechen. Theorien sind relativ und nicht für immer und ewig gegeben.

Zielgerichtetheit. Jede Theoretikerin verfolgt mit der Erstellung einer Theorie einen bestimmten Zweck. Jede Theorie in der Pflege verhilft damit direkt oder indirekt, die auftretenden Phänomene in der Pflege zu verstehen sowie Handlungsanweisungen daraus abzuleiten und zu begründen.

Systematische Betrachtungsweise. Eine Betrachtungsweise ist dann systematisch, wenn sie einen zeitlichen, kausalen oder finalen Zusammenhang erkennen lässt. Der gedankliche Zusammenhang kann zeitlich begründet sein, indem eine Abfolge des Vorher und Nachher hergestellt wird.

B Eine theoretische Aussage könnte lauten: „Der Genesungsprozess eines kranken Menschen verläuft schneller, wenn eine Bezugspflegerin diesen Menschen ganzheitlich-fördernd pflegt.“ In einer Theorie müssten zunächst einmal die Begriffe (bzw. Konzepte) „Genesungsprozess“ und „ganzheitlich-fördernde Bezugspflegerin“ erläutert und deren Zusammenhang dargestellt werden. Die theoretische Aussage selbst kann dann wissenschaftlich (z. B. durch vergleichende Untersuchungen zwischen Pflegebereichen) auf ihre Richtigkeit hin überprüft werden.

Praxisrelevanz von Pflge-theorien

Der Zusammenhang von Theorie und Praxis ist nicht immer deutlich. Tatsächlich bieten nicht alle bereits entwickelten Pflge-theorien konkrete Anweisungen darüber, wie wir bestimmte Situationen in der Pflege gestalten können, sondern eine Vielzahl ist wesentlich abstrakter.

Funktionen von Pflge-theorien

Mit einer Theorie kann die jeweilige Autorin verschiedene Ziele verfolgen. Man unterscheidet demnach vier Kategorien von Pflge-theorien (Hunink 1997; Meleis 1999):

- beschreibende (deskriptive) Theorien,
- erklärende Theorien,
- voraussagende Theorien,
- vorschreibende (präskriptive) Theorien.

Abstraktionsniveau von Pflge-theorien

Pflge-theorien können in einem sehr konkreten Verhältnis zur pflegerischen Praxis stehen, sie können aber auch scheinbar weit davon entfernt, also sehr „abstrakt“ sein. Nach ihrem Grad an Abstraktheit (ihrem „Abstraktionsniveau“, Abb. 1.9) unterscheidet die amerikanische Pflgewissenschaftlerin Afaf Ibrahim Meleis:

- Theorien großer Reichweite (Haupttheorien oder „grand theories“),
- Theorien mittlerer Reichweite („middle-range theories“),
- Theorien geringer Reichweite („situationsspezifische Theorien“ oder „Praxistheorien“).

Obwohl die abstraktesten Pflge-theorien (Theorien großer Reichweite) scheinbar wenig konkrete Hinweise für das pflegerische Handeln bieten, sollte deren Nutzen für die Pflegepraxis nicht unterschätzt werden. Viele Konflikte im Bereich der Altenpflege entstehen z. B. dann, wenn Pflegerinnen untereinander nicht geklärt haben, welches Ver-

verständnis von Altenpflege sie ihrer Arbeit zugrunde legen bzw. woran sie sich in ihrem Tun orientieren.

Theorien großer Reichweite. Diese Theorien bieten einen übergeordneten Bezugsrahmen für unser pflegerisches Handeln, indem sie sehr allgemein erörtern, was Pflege ist. Diese Theorien beschränken sich nicht nur auf einen Aspekt der Pflege oder auf eine Altersgruppe von Menschen mit Pflegebedarf. Eine eigene „Altenpflege-theorie“ kann daher nicht als Theorie großer Reichweite angesehen werden. Vielmehr müssen Theorien großer Reichweite auch für den Bereich der Pflege alter Menschen nutzbar sein.

Theorien mittlerer Reichweite. Theorien mittlerer Reichweite leisten v.a. einen Beitrag zur Erhellung

bestimmter Phänomene, denen wir im Bereich der Pflege begegnen. Interessante Beispiele von derartigen Theorien für den Bereich der Altenpflege sind z. B. solche, die sich mit den Phänomenen „Demenz“ (Bosch 1996) oder „Schmerz“ (McCaffrey u. a. 1997) befassen. Für Lehrende, Auszubildende und „Pflegepraktiker“ hochinteressant ist die Theorie der Kompetenzentwicklung nach Patricia Benner (1994).

Theorien geringer Reichweite. Diese Gruppe von Pflege-theorien ist sehr konkret, d.h. unmittelbar auf eine konkrete Pflegesituation bezogen. So können im Rahmen dieser Theoriegruppe z. B. Aussagen zur Dekubitusvermeidung und -behandlung, zum kommunikativen Umgang mit demenziell veränderten alten Menschen usw. gemacht werden.

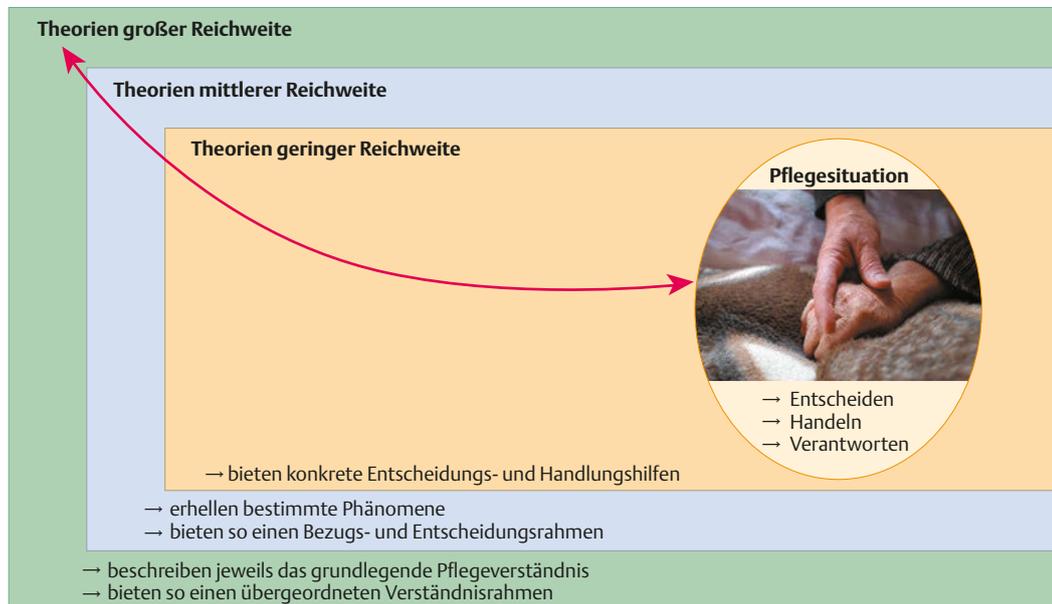


Abb. 1.9 Unterscheidung der Pflege-theorien nach ihrem Grad an Abstraktheit („Abstraktionsniveau“ nach Meleis 1999).

M Die Theorien großer Reichweite sind begriffliche Konstruktionen „des Wesens der Pflege, der Aufgaben der Pflege und der Ziele pflegerischer Fürsorge“ (Meleis 1999).

M Unter Theorien mittlerer Reichweite sind Theorien zu verstehen, „die ein begrenztes Gebiet umfassen, weniger abstrakt sind, spezifische Phänomene oder Konzepte behandeln und die Praxis spiegeln“ (Meleis 1999).

M Unter Theorien geringer Reichweite versteht man „Theorien, die sich auf ein spezifisches Pflegephänomen konzentrieren, die klinische Praxis (direktes pflegerisches Handeln) widerspiegeln und auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe oder ein bestimmtes Praxisgebiet beschränken“ (Meleis 1999).



Was ist professionelle Pflege?

Das Streben nach Wissen ist so alt wie die Menschheit selbst. Von Geburt an machen Menschen Erfahrungen mit sich selbst, mit anderen Menschen und mit ihrer Umwelt: Ergebnis dieser Erfahrungen ist das Wissen. Im Laufe der Zeit haben sich wissenschaftliche Disziplinen wie Mathematik, Physik, Medizin herausgebildet, die sich auf die Untersuchung eines fest umrissenen Teilbereichs menschlichen Wissens spezialisiert haben. Das auf diese Weise gewonnene Wissen schlägt sich u. a. nieder in der Formulierung von Theorien, mit deren Hilfe verschiedene Sachverhalte beschrieben, erklärt, vorhergesagt oder kontrolliert werden sollen und die menschliches Handeln in unterschiedlichen Situationen leiten können.

Auch die Pflege, als noch sehr junge wissenschaftliche Disziplin, entwickelt Theorien über den ihr eigenen Gegenstandsbereich, die handlungsleitend für die Ausübung der pflegerischen Praxis sind. Theoriegeleitetes Arbeiten in der Pflege führt zu einer effizienten, begründbaren, transparenten und überprüfbaren Pflegepraxis und trägt damit entscheidend zur Qualität der Pflege bei. Gleichzeitig wird durch die systematische und strukturierte Erschließung neuen Pflegewissens der Professionalisierungsprozess der Pflegeberufe unterstützt.

Beruf

Unter einem Beruf versteht man eine auf den Erwerb ausgerichtete Tätigkeit, die der Absicherung der wirtschaftlichen Existenz und sozialen Stellung dient. Im engeren Sinne umfasst ein Beruf eine Arbeitstätigkeit, die eine spezialisierte und formalisierte Ausbildung verlangt. Menschen, die sich um Hilfsbedürftige kümmern, hat es in den Jahrtausenden der Menschheit schon immer gegeben. Pflege als Beruf ist jedoch eine relativ junge Erscheinung.

Das erste reichseinheitliche deutsche Krankenpflegegesetz wurde erst im Jahre 1907 verabschiedet. Es sah den erfolgreichen Abschluss einer Ausbildung für die Erlaubnis zum Tragen der Berufsbezeichnung „Krankenschwester/-pfleger“ vor. Eine gesetzliche Regelung für den Beruf „Kinderkrankenschwester/-pfleger“ ist 1957 hinzugekommen. 1967 wurde in Nordrhein-Westfalen die erste Ausbildungsordnung mit staatlicher Abschlussprüfung für die Altenpflege erlassen.

Der Hauptgrund für die Entstehung von Berufen liegt im Bedarf an einer bestimmten Dienstleistung innerhalb der Gesellschaft. Die Altenpflegeberufe sind in diesem Zusammenhang ein gutes Beispiel: Die Zunahme an pflegebedürftigen alten Menschen in Deutschland hat dazu geführt, dass mit der Altenpflege ein Beruf entstanden ist, der sich mit der Betreuung und Pflege älterer Menschen befasst.

Aber das Profil der einzelnen Berufe unterliegt auch Veränderungen. Neue Technologien und wis-

senschaftliche Erkenntnisse in der Pflege bzw. in benachbarten Berufen, wie beispielsweise der Medizin, haben Auswirkungen auf die Pflegeberufe. In diesem Zusammenhang sind die zahlreichen Fachweiterbildungen, z. B. für den Operationsdienst, den Intensivbereich oder die Psychiatrie zu nennen. Andere Veränderungen des Berufsprofils hängen mit der seit Mitte der 80er-Jahre diskutierten Professionalisierung der Pflegeberufe zusammen.

Profession

Nach Weidner (1999) wird Professionalität in der aktuellen Diskussion anhand folgender Kriterien beschrieben:

- Professionen leisten mit ihrer Arbeit einen wesentlichen Beitrag für und orientieren ihre Arbeit an einem für die Gesellschaft zentralen Wert (Zentralwertbezogenheit).
- Professionen erbringen ihre Arbeit in einem gesetzlich geschützten Handlungsraum (Autonomie). In diesem Rahmen ist z. B. die Diskussion um die freiwillige Registrierung und die Einrichtung von Pflegekammern zu sehen.
- Professionen sind um ständige Aneignung von Kompetenzen bemüht, die es ihnen ermöglichen, individuelle Problemlagen von Menschen zu bearbeiten (Handlungsorientierung).
- Professionen sind bestrebt, das in ihrem Handlungsbereich geltende Wissen zu einer Wissenschaft zu systematisieren (Wissenschaftlichkeit).

Die beschriebenen Aspekte verdeutlichen, dass der Wechsel eines Berufes zu einer Profession nicht von heute auf morgen geschieht. Professionalisierung muss vielmehr als eine kontinuierliche Entwicklung gesehen werden, weshalb man auch von einem Professionalisierungsprozess spricht. Für die Pflegeberufe spielt in diesem Zusammenhang die Pflegewissenschaft eine wichtige Rolle. Sie versucht, bestehendes Pflegewissen zu systematisieren und neues Pflegewissen zu entwickeln, damit das pflegerische Handeln auf eine begründbare theoretische Basis gestellt und der eigentliche Tätigkeitsbereich der Pflegeberufe definiert werden kann. Dabei kommt der Pflegeforschung und der Entwicklung von Pflege-theorien entscheidende Bedeutung zu. Jedoch befindet sich insbesondere die Theoriebildung in der deutschen Pflege noch in den Anfängen.

In Großbritannien und den USA findet die Auseinandersetzung mit Theorien in der Pflege bereits seit Mitte der 50er Jahre statt. Das hat dazu geführt, dass viele der im amerikanischen Raum entstandenen Pflegetheorien auch in Deutschland Bedeutung erlangt haben. Die folgenden Abschnitte ordnen die Entwicklung von Pflegetheorien in den Professionalisierungsprozess der Pflegeberufe ein, klären grundlegende Begriffe der Theoriebildung und stellen verschiedenen Theorien der Pflege vor. ●

M *Pflegetheorien und Pflegeforschung ermöglichen die Weiterentwicklung pflegespezifischen Wissens und tragen so zur Professionalisierung der Pflegeberufe bei.*

Wie werden Theorien entwickelt?

Es gibt eine ganze Reihe von Definitionen für den Begriff „Theorie“, die jeweils unterschiedliche Aspekte einer Theorie betonen. Chinn und Kramer (1996) haben eine Definition entworfen, die unterschiedliche Aspekte umfasst und auf viele verschiedene Theorien angewendet werden kann.

Der Definition von Chinn und Kramer zufolge weisen Theorien mehrere Merkmale auf:

- Theorien sind eine kreative und präzise Strukturierung von Ideen, d.h. die wahrgenommenen Phänomene werden mit Worten als Konzepte strukturiert. Welche Phänomene näher betrachtet und in Form von Konzepten Gegenstand einer Theorie werden, ist eine kreative Entscheidung des Theoretikers.
- Die Anordnung der Konzepte innerhalb einer Theorie erlaubt eine systematische Betrachtung einzelner Phänomene, d.h. die in der Theorie enthaltenen Konzepte werden präzise definiert und ihre Beziehung geklärt. Ziel ist ein besseres Verständnis der Phänomene.
- Theorien haben einen vorläufigen Charakter, d.h. sie basieren auf Wertvorstellungen und Annahmen des Theoretikers. Die Theorien werden in der Praxis mittels wissenschaftlicher Forschung überprüft und dadurch bestätigt bzw. umformuliert oder korrigiert.
- Theorien sind zielgerichtet, d.h. sie werden zu einem bestimmten Zweck erstellt, der von Theorie zu Theorie jedoch sehr unterschiedlich sein kann. Bezogen auf die Pflege bedeutet dies, dass Pflegetheorien Aussagen zu wichtigen pflegerischen Phänomenen, eben jenem Teil der Wirklichkeit machen, die für die Pflege oder die Ausübung der Pflege bedeutsam sind. Sie sollen dazu beitragen, diese Phänomene besser zu verstehen.

Zielsetzung von Theorien

Unabhängig von den verschiedenen inhaltlichen Zielen der einzelnen Theorien, kann die Zielsetzung

von Theorien auch mithilfe wissenschaftlicher Begriffe beschrieben werden.

Einige Theorien beschränken sich auf die Beschreibung einzelner, für die Pflege wichtiger Phänomene, weshalb sie auch deskriptive Theorien genannt werden. Andere haben zum Ziel, verschiedene Phänomene zu erklären, und werden dementsprechend erklärende Theorien genannt. Prädiktive Theorien können Veränderungen von Situationen vorhersagen. Kontrollierende Theorien geben Anweisungen für Handlungen, um bestimmte Situationen in eine bestimmte Richtung verändern zu können.

Als Praxistheorien werden solche Theorien bezeichnet, die zum Ziel haben, eine bestimmte Pflegepraxis „vorschreiben“. Wie kontrollierende Theorien beschreiben sie, welche Handlungen ausgeführt werden müssen, um ein gewünschtes Ergebnis zu erreichen. Zusätzlich bewerten sie jedoch das Ergebnis, d.h. sie machen Aussagen dazu, ob ein Ergebnis überhaupt erstrebenswert ist, weshalb auch vom normativen Charakter der Praxistheorien gesprochen wird.

Theoriebildung

Zur Entwicklung einer Theorie können ganz unterschiedliche Methoden verwendet werden. Besondere Bedeutung kommen in diesem Zusammenhang der induktiven und der deduktiven Vorgehensweise zu (Abb. 1.11).

Induktion und Deduktion

Prinzipiell können Theorien auf induktivem oder deduktivem Weg entwickelt werden.

Induktive Methode. Die induktive Methode geht also vom spezifischen Einzelfall zu einem allgemeinen Sachverhalt, bzw. von der konkreten zur abstrakten Ebene.

M Eine Theorie besteht aus einer Ansammlung von Konzepten und Thesen, die in einen Gesamtzusammenhang gebracht worden sind (Abb. 1.10).

D Eine Theorie ist eine „eine kreative und präzise Strukturierung von Ideen, die eine vorläufige, zielgerichtete und systematische Betrachtungsweise von Phänomenen ermöglichen“ (Chinn und Kramer 1996).

B Theorien verfolgen unterschiedliche Ziele. Sie beschreiben z. B. die Auswirkungen des Nachtdienstes auf das Pflegepersonal.

M Pflegetheorien ermöglichen eine systematische Betrachtung pflegetheoretischer Phänomene.

M Bei der induktiven Methode werden von mehreren in der Praxis beobachteten Einzelfällen Rückschlüsse auf allgemeine Gesetzmäßigkeiten abgeleitet.

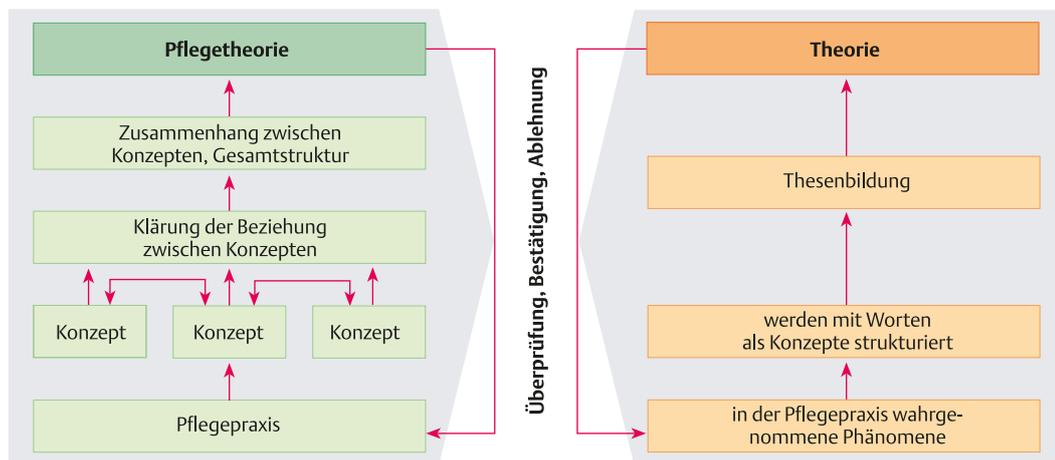


Abb. 1.10 Zusammenhang zwischen Phänomen, Konzept, Theorie, dargestellt als schematisches Modell.

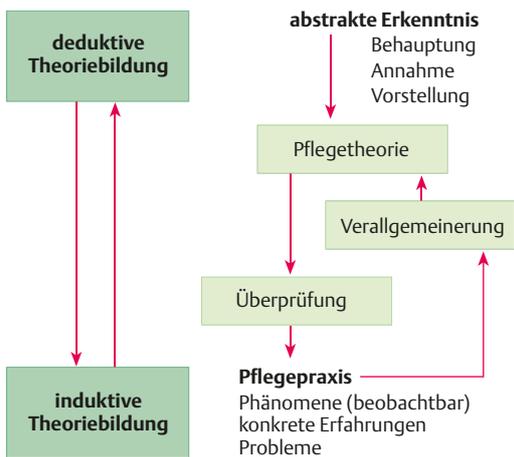


Abb. 1.11 Induktion und Deduktion

Die induktive Vorgehensweise zur Theoriebildung hat jedoch ihre Grenzen. Streng genommen führt sie nur dann zu einem allgemein gültigen Schluss, wenn alle möglichen Einzelfälle beobachtet worden sind. In der Realität ist es jedoch kaum durchführbar, z. B. alle Menschen mit einem Dekubitus auf das Auftreten von Schmerzen hin zu beobachten.

Deduktive Methode. Die deduktive Methode verläuft im Gegensatz zur induktiven Methode von der abstrakten zur spezifischen, konkreten Ebene.

Auch die deduktive Vorgehensweise hat ihre Grenzen. Sie ist auf gültige, bestätigte Prämissen als Ausgangspunkte der Schlussfolgerungen angewiesen, anderenfalls müssen auch die aus den Prämissen abgeleiteten Schlussfolgerungen als ungültig angesehen werden. Viele der globalen Pflegetheorien oder konzeptionellen Modelle der Pflege sind auf deduktivem Weg entstanden.

Ebenen der Theoriebildung

Theoriebildung in der Pflege findet auf vier verschiedenen Ebenen statt. Unterschieden werden in diesem Zusammenhang die Ebenen der praxisnahen Theorien, die der Theorien mittlerer Reichweite und die Ebene der globalen Theorien. Sie unterscheiden sich in erster Linie in Bezug auf ihren Abstraktionsgrad und ihre Reichweite. Der Abstraktionsgrad beschreibt den Unterschied zwischen der beobachtbaren Wirklichkeit und der Beschreibung und Erklärung dieser Wirklichkeit in der jeweiligen Theorie. Theorien mit großer Reichweite sind i. d. R. auch sehr abstrakt, während sich Theorien mit geringer Reichweite zumeist auf konkrete Phänomene der Pflegepraxis beziehen.

Eine vierte Ebene der Theoriebildung umfasst die sog. Metatheorien. Sie nehmen insofern eine Sonderstellung ein, als es ihnen um eine theoretische Auseinandersetzung über Theorien als solche geht. **Abb. 1.12** verdeutlicht die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Ebenen der Theoriebildung.

Metatheorie

Innerhalb der Metatheorie wird z. B. diskutiert, welche Arten von Theorien in der Pflege benötigt werden, welche Ziele sie aufweisen sollten, welche Methoden zur Theorieentwicklung für die Pflege angebracht sind und auf welche Weise Theorien in der Pflege bewertet werden können. Mit anderen Worten: Auf der Ebene der Metatheorie werden theoretische Diskussionen über Theorien und Theoriebildung geführt.

Der überwiegende Teil dieser Diskussionen führt zwar weder zu einer globalen oder praxisnahen Theorie noch zu einer Theorie mittlerer Reichweite, doch wird hier das Fundament für alle weiteren theoretischen Überlegungen geschaffen.

Globale Theorien

Globale Theorien werden auch „grand theories“, „konzeptionelle Modelle“, „konzeptueller Rahmen“ oder „Paradigma“ genannt.

Globale Theorien sind übergeordnete, umfassende Theorien, die wenige, aber umfassende Konzepte enthalten. Sie haben eine große Reichweite und beschreiben einen größeren Bereich der Pflege als praxisnahe Theorien oder Theorien mittlerer Reichweite. Hierdurch ergeben sich allerdings auch einige Schwierigkeiten: Globale Theorien sind i. d. R. sehr abstrakt, d. h. von der Wirklichkeit weit entfernt und dadurch nur schwer durch Forschung oder Praxis überprüfbar. Es sind viele interpretierende Schritte nötig, um zu erkennen, auf welches konkrete Phänomen sie sich beziehen. Die einzelnen globalen Theorien unterscheiden sich teilweise beträchtlich hinsichtlich ihres Abstraktionsgrades, insgesamt sind sie aber alle nicht konkret genug, um als Theorien mittlerer Reichweite oder als praxisnahe Theorien eingestuft werden zu können.

Theorien mittlerer Reichweite

Viele der Theorien mittlerer Reichweite, die auch als „middle-range theories“ bezeichnet werden, sind aus Teilen der globalen Theorien abgeleitet. Aus der „Selbstpflegedefizit-Theorie“ von Dorothea Orem sind z. B. drei Theorien mittlerer Reichweite entwickelt worden:

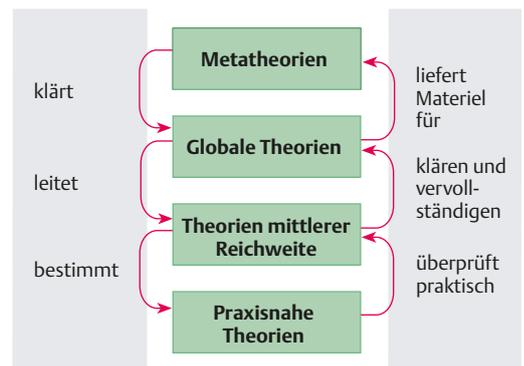


Abb. 1.12 Ebenen der Theoriebildung

M Bei der deduktiven Methode werden von allgemeinen Beziehungsaussagen, die auch als Prämissen bezeichnet werden, Rückschlüsse auf Einzelfälle gezogen.

D Globale Theorien beschreiben das Wesentliche und Spezifische der Pflege und tragen somit bei, die Pflege begrifflich von der Medizin und anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen zu unterscheiden.

Theorien mittlerer Reichweite s. auch S. 13.

D Theorien mittlerer Reichweite gelten im Gegensatz zu den globalen Theorien für einen begrenzteren Ausschnitt der Pflege und enthalten eine geringere Anzahl von Konzepten. Dies macht sie in Forschung und Praxis leichter überprüfbar.

Reichweite einer Theorie s. auch S. 13

M Die Reichweite einer Theorie hängt davon ab, welche Aspekte der Pflege sie beschreibt, d. h. wie umfassend sie versucht, das Fachgebiet „Pflege“ zu beschreiben.

- Theorie der Selbstpflege,
- Theorie des Selbstpflegedefizits,
- Theorie der Pflegesysteme.

Praxisnahe Theorien

Praxisnahe Theorien, auch „narrow-scope theories“ genannt, werden wiederum häufig aus Theorien mittlerer Reichweite abgeleitet. Praxisnahe Theorien geben Handlungsanweisungen zum Erreichen eines gewünschten Ziels. Wissen, das auf dieser Ebene der Theorien entsteht, kann auch in sog. Pflegestandards einfließen und damit direkt in der Praxis umgesetzt werden.

Einteilung

Die Anfänge der Auseinandersetzung mit den theoretischen Grundlagen der Pflege machte Florence Nightingale. Sie gilt als die erste Theoretikerin der Pflege. Nightingale ging von einem neben der Medizin existierenden, eigenständigen Pflegewissen aus, für das eine besondere Qualifikation nötig war. Im Zentrum ihrer Theorie stand die enge Beziehung zwischen Umgebung und Gesundheit. Krankenschwestern sollten die Umgebung so verändern, dass der Prozess der Heilung erleichtert würde.

Nach nahezu einhundertjähriger Pause setzte sich die pflegetheoretische Diskussion erst in den 50er-Jahren des 20. Jahrhunderts in den USA fort. Seitdem sind eine Vielzahl unterschiedlicher Theorien in der Pflege entstanden, die meisten davon im anglo-amerikanischen Sprachraum.

Einteilung der Modelle nach Afaf Meleis

Die amerikanische Pflegewissenschaftlerin Afaf Meleis (1999) ordnet die Pflgetheorien nach ihrem jeweiligen inhaltlichen Schwerpunkt und unterteilt in „Bedürfnismodelle“, „Interaktionsmodelle“ und „Pflegergebnismodelle“.

Bedürfnismodelle. Sie beschreiben den Menschen als ein Wesen, das normalerweise seine Bedürfnisse selbstständig befriedigen kann, in spezifischen Situationen jedoch hierbei der Unterstützung be-

darf. Zu den Bedürfnismodellen rechnet Meleis z. B. die Theorie von Dorothea Orem.

Interaktionsmodelle. Sie versuchen zu beschreiben, wie Pflegekräfte arbeiten, und beschäftigten sich in erster Linie mit der Interaktion bzw. der Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient. Damit leisten sie einen wesentlichen Beitrag zur Klärung dessen, was unter dem Beziehungsaspekt des Pflegeprozesses zu verstehen ist und geben Antwort auf die Frage, wie Pflegepersonen ihre Arbeit leisten. Die Theorien von Hildegard Peplau und Ida Jean Orlando ordnet Meleis dieser Kategorie zu.

Pflegergebnismodelle. Bei ihnen liegt das Ziel der Pflege nicht im Prozess der Pflege selbst, sondern im Endergebnis der Pflege. Sie versuchen eine Antwort auf die Frage zu geben, warum Pflege stattfindet, und beschreiben insbesondere den Menschen als Empfänger der Pflege. Zu dieser Kategorie rechnet Meleis u. a. die Theorie von Martha Rogers.

Einteilung der Modelle nach Jacqueline Fawcett

Die amerikanische Pflegewissenschaftlerin Jacqueline Fawcett (1998, 1999) spricht sich für eine wissenschaftstheoretische Einteilung in konzeptionelle Modelle und Theorien aus.

Konzeptionelle Modelle. Konzeptionelle Modelle sind demgegenüber ihrer Ansicht nach abstrakter, nicht auf eine Person oder Situation beschränkt und entsprechend weder direkt empirisch beobachtbar noch überprüfbar. Hierzu zählt sie u. a. die Ansätze von Martha Rogers und Dorothea Orem.

Theorien. Sie bestehen nach Fawcett aus recht spezifischen Konzepten und sind empirisch überprüfbar, da sie sich auf konkrete Phänomene beziehen. Zu den Theorien zählt sie u. a. die Arbeiten von Madeleine Leininger, Ida Jean Orlando, Hildegard Peplau und Jean Watson.

D Praxisnahe Theorien beschreiben einen kleinen Ausschnitt der Pflege, diesen aber ausführlich und detailliert.



M Krohwinkels Modell wurde primär aus der Studie über apoplexieerkrankte Menschen entwickelt, doch es lässt sich auf andere pflegerische Bereiche übertragen und wird vor allem in Einrichtungen der Altenpflege angewendet.

M Krohwinkel bezieht ihre Ausführungen auf vier Schlüsselkonzepte der Pflege: Person (Mensch), Umgebung, Gesundheit und Pflegerischer Handlungsprozess (Pflegeprozess). In Letzterem wird auch ihr Verständnis von Pflege deutlich.

Fördernde Prozesspflege nach Krohwinkel

Die deutsche Pflegeprofessorin Monika Krohwinkel hat 1989 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die Forschungsstudie „Der Pflegeprozess am Beispiel von Patienten mit der Diagnose ‚Schlaganfall‘ – Eine Studie zur Erfassung ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege in Akutkrankenhäusern“ durchgeführt. 1993 hat sie einen konzeptionellen Rahmen für die Pflege veröffentlicht. Krohwinkel selbst sagt, dass ihr Rahmenkonzept wesentlich von den Pflegetheorien von Martha Rogers, Dorothea Orem und Nancy Roper u. Mitarb. beeinflusst wurde. So verweist sie z.B. in ihrer Sichtweise des Menschens auf Rogers und bei den Aufgaben der Pflege auf Orem. Das Konzept der Lebensaktivitäten von Roper u. Mitarb. wird von ihr modifiziert.

Schlüsselkonzepte der Pflege

Person (Mensch). Das Konzept „Person“ definiert Krohwinkel in Anlehnung an Rogers (1995) als „einheitliches Ganzes, das mehr und anders ist als die Summe seiner Teile, mit einer eigenen Identität und Integrität“ (Krohwinkel 1993). Diese Definition spricht jedem Menschen grundsätzlich die Möglichkeit und Fähigkeit zu Entwicklung, Wachstum und Selbstverwirklichung zu.

Umgebung. Krohwinkel sieht den Menschen und die Umgebung als offene Systeme, die in einem Austausch miteinander stehen. Zur Umgebung gehören sowohl andere Menschen und Lebewesen als auch Faktoren, die das Leben, die Gesundheit und die Lebensqualität eines Menschen beeinflussen. Für Krohwinkel sind dies ökologische, physikalische, materielle, gesellschaftliche und die Arbeitsumgebung betreffende Einflussfaktoren.

Diese Sichtweise verlangt, dass bei der Pflege von Menschen sowohl in Institutionen des Gesundheitswesens als auch im häuslichen Bereich die Umgebungsfaktoren in ihrer Auswirkung berücksichtigt und ggf. beeinflusst, z. B. an bestehende Behinderungen angepasst werden müssen.

Gesundheit. Gesundheit und Krankheit sieht Krohwinkel nicht als Zustand, sondern als dynamische, d. h. bewegliche Prozesse. Diese Sichtweise verlagert den Schwerpunkt von der Konzentration auf die Defizite eines Menschen (mangelnden Fähigkeiten bzw. Normabweichungen) hin zur Berücksichtigung und Integration von Ressourcen und Fähigkeiten in die Pflege eines Menschen. Gleichzeitig lenkt sie den Blick auf den von den betroffenen Menschen subjektiv als Wohlbefinden und Gesundheit empfundenen Zustand.

Pflegerischer Handlungsprozess. Krohwinkel ordnet die Bedürfnisse und Fähigkeiten eines Menschen vier Kategorien zu: physisch-funktionale, willentlich-rationale, emotionale und kulturell-soziale. Die Unterteilung in diese Kategorien erfüllt

jedoch lediglich den Zweck, die Bedürfnisse näher betrachten bzw. untersuchen zu können.

Krohwinkel legt ausdrücklich eine ganzheitliche Sicht der Bedürfnisse und Fähigkeiten eines Menschen zugrunde, was bedeutet, dass die einzelnen Bedürfnisse und Fähigkeiten nicht isoliert voneinander gesehen werden dürfen: Obwohl jedes Bedürfnis eines Menschen primär einer der Kategorien zugeordnet werden kann, ist es doch in allen anderen Kategorien enthalten.

Die Auswirkungen der Fähigkeiten und Bedürfnisse eines Menschen auf seine Unabhängigkeit und sein Wohlbefinden sind für Krohwinkel der Ausgangspunkt pflegerischen Handelns. Aufgabe der Pflege ist es, Menschen in ihren Selbstpflegeaktivitäten zu unterstützen.

Strukturmodell der Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens

Krohwinkel entwirft ein Strukturmodell der Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens (ABEDL). Bei allen ABEDL sind die Konzepte Person und Umgebung mit ihren Wechselwirkungen zu berücksichtigen.

Die Kernaussage Fördernder Prozesspflege beschreibt Krohwinkel wie folgt (2013, S. 39): „Lebens- und Entwicklungsprozesse, Krankheits- und Gesundheitsprozesse, unter Umständen das Leben selbst, hängen von den Fähigkeiten des Menschen und von den Ressourcen seiner Umgebung ab, die es ihm ermöglichen:

- Aktivitäten des Lebens zu realisieren,
- soziale Beziehungen und Bereiche zu sichern und zu gestalten und
- hierbei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können.

Der Mensch benötigt eigene Fähigkeiten und er benötigt Ressourcen aus der Umgebung, um als Person

I Aktivitäten des Lebens zu realisieren und hierbei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können

1. kommunizieren zu können
2. sich bewegen zu können
3. vitale Funktionen aufrecht erhalten zu können
4. sich pflegen zu können
5. sich kleiden zu können
6. ausscheiden zu können
7. essen und trinken zu können
8. ruhen, schlafen und sich entspannen zu können
9. sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln zu können
10. die eigene Sexualität leben zu können
11. für eine sichere Umgebung sorgen zu können

II soziale Beziehungen sichern und gestalten und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können

1. Im Kontakt sein und bleiben zu können mit sich und anderen
2. Beziehungen erhalten, erlangen und wieder erlangen zu können

III mit existenziellen Erfahrungen umgehen und sich hierbei entwickeln zu können

1. fördernde Erfahrungen machen zu können
2. mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen zu können
3. Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden, unterscheiden zu können
4. Sinn finden zu können

IV soziale Bereiche sichern und gestalten und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können (Krohwinkel 2013, S. 40).

Zum Konzept „soziale Bereiche sichern und gestalten“ führt Krohwinkel insbesondere folgende Aspekte an:

1. den eigenen Wohnbereich selbst erhalten zu können
2. Aufgaben und Verantwortungen im Haushalt wahrnehmen und bewältigen zu können
3. mit der eigenen finanziellen Situation umgehen zu können
4. versicherungstechnische und rechtliche Fragen regeln zu können
5. mit Behörden und Amtsträgern umgehen zu können
6. am sozialen Leben teilnehmen und mitwirken zu können

7. mit der schulischen/ beruflichen Situation verbundene Aufgaben wahrnehmen und bewältigen können (Krohwinkel 2013, S. 228).

Rahmenmodell fördernder Prozesspflege

Krohwinkel hat ein Rahmenmodell fördernder Prozesspflege entwickelt, das Aussagen zum pflegerischen Interesse, zur pflegerischen Zielsetzung und zu pflegerischen Handlungen macht (Abb. 1.14).

Das primäre pflegerische Interesse. Es gilt der pflegebedürftigen Person und deren persönlichen Bezugsperson mit ihren Fähigkeiten, Problemen und Bedürfnissen in den ABEDL. Zu berücksichtigen ist hierbei eine Reihe von Einflussfaktoren.

Die primäre pflegerische Zielsetzung. Diese ist auf das Erhalten, Erlangen und/ oder Wiedererlangen von Fähigkeiten und Ressourcen zur Realisierung und Gestaltung von Unabhängigkeit und Wohlbefinden in den ABEDL gerichtet.

Primäre pflegerische Handlungen. Diese beziehen sich auf Unterstützung, Anleitung und Beaufsichtigung, Information und Beratung sowie Begleitung pflegebedürftiger Menschen. Pflegerisches Handeln soll dabei im Sinne des betroffenen Menschen erfolgen und geprägt sein von kommunikativ-förderndem Verhalten, das Krohwinkel als Schlüsselkompetenz in der Umsetzung fördernder Prozesspflege sieht.



Abb. 1.13 Pflegende beraten und informieren den Patienten und ggf. seine Angehörigen. (Foto: Alexander Fischer, Thieme)

Literatur:
Krohwinkel M. *Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis.* Bern: Huber, 2013

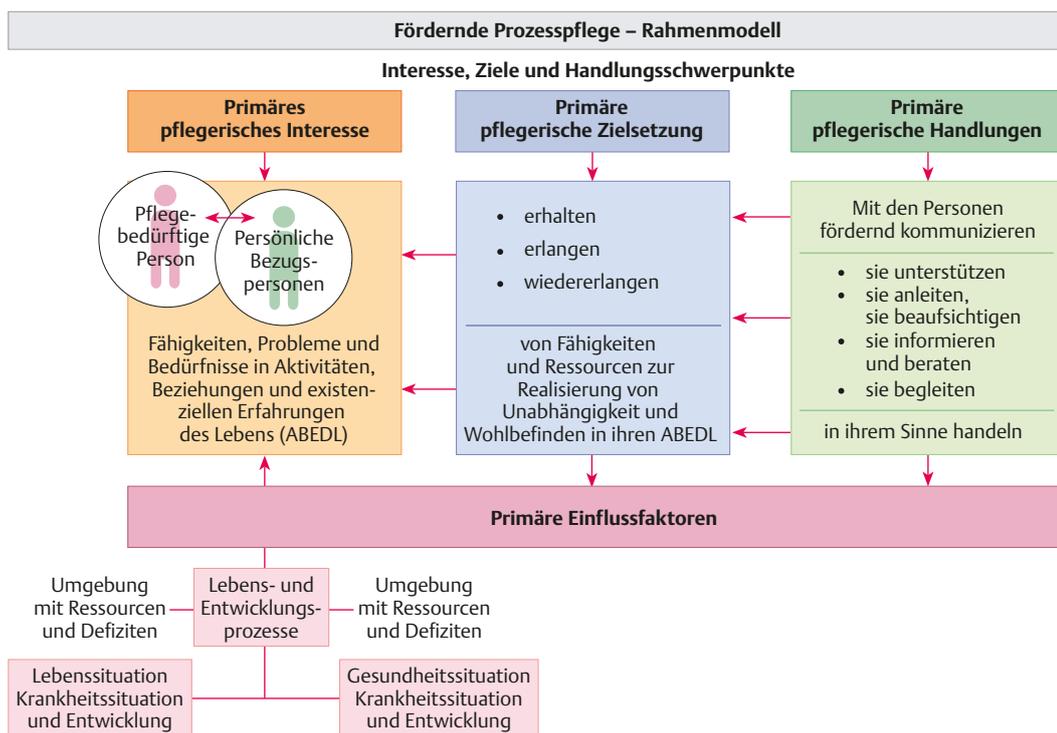


Abb. 1.14 Rahmenmodell fördernder Prozesspflege (nach Krohwinkel).



M Die Pflegetheorie von Roper, Logan und Tierney, die erstmals 1980 in dem Werk „The elements of Nursing“ veröffentlicht wurde, ist unter dem Titel „Die Elemente der Krankenpflege“ auch in deutscher Sprache erschienen. Die Neuerscheinung von 2009 lautet: Das Roper-Logan-Tierney-Modell

Roper, Logan und Tierney – Die Elemente der Krankenpflege

Die englischen Pflegewissenschaftlerinnen Nancy Roper, Winifred Logan und Alison Tierney beschreiben ihr Modell der Krankenpflege als ein Modell, das vom menschlichen Leben und der Gesundheit ausgeht. Sie beschreiben zunächst das Lebensmodell, das anschließend auf ein Pflegemodell übertragen wird. Roper/Logan und Tierney legen den Schwerpunkt auf die Individualität menschlicher Bedürfnisse. Ihr Modell wird vielerorts zur Strukturierung der Pflegeausbildung eingesetzt.

Das Lebensmodell

Das Lebensmodell besteht aus fünf elementaren Konzepten:

1. Lebensaktivitäten (LA),
2. Lebensspanne,
3. Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuum,
4. Faktoren, die die LA beeinflussen,
5. Individualität im Leben.

Lebensaktivitäten (LA)

Lebensaktivitäten sind nach Roper/Logan und Tierney grundlegende Aktivitäten, die von Menschen ausgeführt werden und allen Menschen gemeinsam sind. Es handelt sich um sehr komplexe Konstrukte, die sich gegenseitig beeinflussen und in einer engen Wechselbeziehung stehen. Roper/Logan und Tierney identifizieren zwölf Lebensaktivitäten (Abb. 1.15).

Lebensspanne

Das Konzept der Lebensspanne umfasst das gesamte Leben eines Menschen von der Empfängnis bis zum Tod. Im Rahmen dieses Konzeptes werden die Lebensphasen „Vorgeburtliche Zeit“, Säuglingsalter“, „Kindheit“, „Jugend“, Erwachsenenalter“ und „Alter“ näher beschrieben.

Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuum

Das Konzept „Abhängigkeit/Unabhängigkeits-Kontinuum“ ist eng verbunden mit dem Konzept der Lebensaktivitäten und der Lebensspanne. In den einzelnen Abschnitten der Lebensspanne können die LA noch nicht (z. B. im Säuglingsalter) oder nicht mehr unabhängig von der Unterstützung durch andere Menschen ausgeführt werden. Roper/Logan und Tierney sprechen in diesem Zusammenhang von einem Kontinuum: Zwischen den Polen „völlige Abhängigkeit“ und „völlige Unabhängigkeit“ kann je nach Situation, Alter usw. ein unterschiedlicher Grad an Abhängigkeit bzw. Unabhängigkeit vorhanden sein (Abb. 1.15). Ebenso muss nicht in jeder LA die Abhängigkeit bzw. Unabhängigkeit gleich stark ausgeprägt sein.

Faktoren, welche die LA beeinflussen

Jeder Mensch führt die LA zu jeder beliebigen Zeit und mit einem unterschiedlichen Grad an Unab-

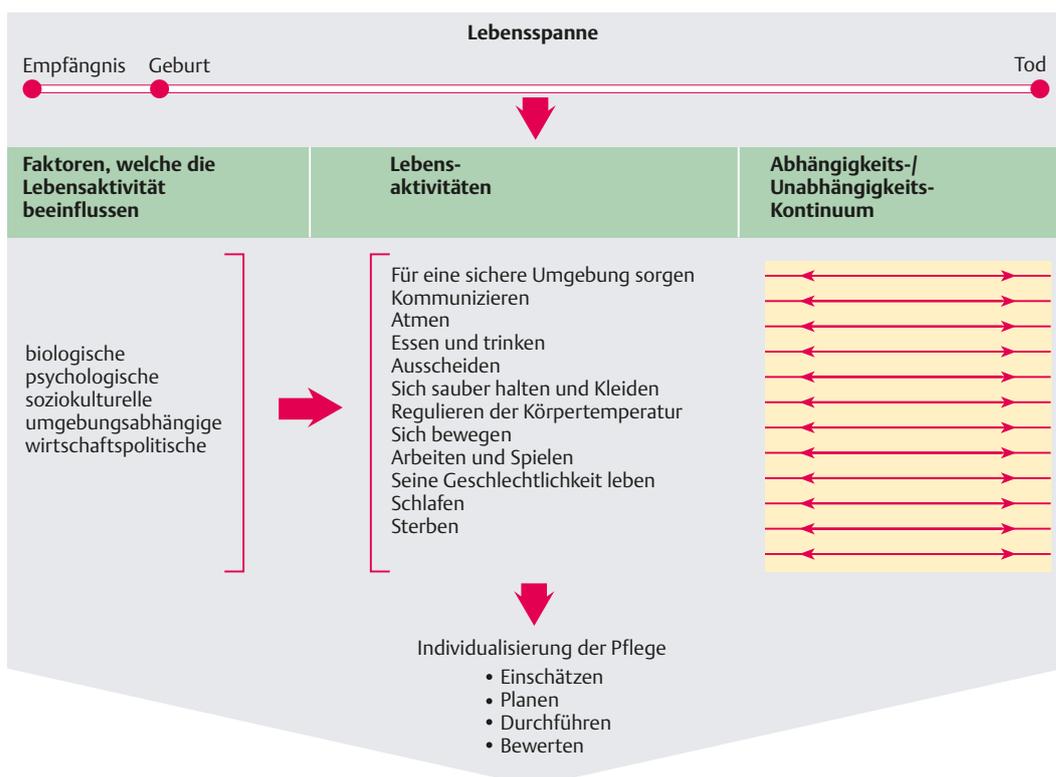


Abb. 1.15 Diagramm des Pflegemodells von Roper/Logan und Tierney.

hängigkeit aus, aber jeder Mensch tut dies auf eine individuelle Art und Weise. Diese Individualität ergibt sich nach Roper/Logan und Tierney maßgeblich aus sog. Einflussfaktoren, bei denen sie fünf Hauptgruppen unterscheiden:

- biologische (z.B. Mobilität),
- psychologische (z.B. emotionale Verfassung),
- soziokulturelle (z.B. Religion),
- umgebungsabhängige (z.B. geografische Lage),
- wirtschaftspolitische (z.B. soziale Sicherung).

Individualität im Leben

Das Konzept der Individualität im Leben sehen Roper/Logan und Tierney als das Ergebnis der Einflüsse aller anderen Komponenten des Modells des Lebens und deren wechselseitiger Beeinflussung. Die Individualität in der Ausführung der LA wird z.T. bestimmt durch den Stand in der Lebensspanne, den Grad der Unabhängigkeit und die Formung durch die Einflussfaktoren auf die LA. Sie kommt zum Ausdruck in den individuellen Besonderheiten, also z.B. wann, wie, wie oft, wo, warum usw. ein Mensch die Lebensaktivitäten ausführt.

Das Pflegemodell

Das Pflegemodell von Roper/Logan und Tierney gründet auf dem Modell des Lebens. Es umfasst ebenfalls fünf Konzepte:

1. Lebensaktivitäten (LA),
2. Lebensspanne,
3. Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuum,
4. Faktoren, welche die LA beeinflussen,
5. Individualisierung der Pflege.

Auch im Pflegemodell sind die Lebensaktivitäten das zentrale Konzept.

Probleme können sich durch Krankheiten oder Behinderungen, aber auch bereits durch die Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthaltes ergeben. Alle diese Umstände führen dazu, dass Gewohnheiten eines Menschen bei der Ausführung der LA geändert bzw. einzelne LA auf eine andere Art und Weise ausgeführt werden müssen. Auch Veränderungen im Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuum können zu Problemen führen. Roper/Logan und Tierney betonen die Tatsache, dass die Bezeichnungen für die LA bewusst umfassend und als aktive Form gewählt worden sind. Da die einzelnen Lebensaktivitäten eine Zusammenfassung komplexer Tätigkeiten sind, kann es entsprechend zu einer Vielzahl von möglichen Patientenproblemen innerhalb einer LA kommen.

„Atmen“ bezeichnen Roper/Logan und Tierney als die wichtigste LA, da sie grundlegend für alle anderen Aktivitäten eines Menschen ist. Die übrige Reihenfolge ist beliebig und muss im Einzelfall in der konkreten Situation eines Menschen bewertet werden.

An jeder beliebigen Stelle der Lebensspanne kann für einen Menschen Pflege nötig sein; das gilt für den gesamten Zeitraum von der Empfängnis bis zum Tod. Das Konzept der Lebensspanne berücksichtigt die Bedeutung des Alters eines Menschen im Zusammenhang mit der nötigen Pflege. Da je nach Alter des Patienten Art und Bedeutung der LA sowie deren Ausführung variieren kann, muss die Pflege den individuellen Bedürfnissen angepasst werden.

Das Konzept Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuum ist direkt mit dem Konzept der LA verbunden. Die Abhängigkeit eines Menschen in einer LA kann sich durch Alter, Krankheit, Behinderung usw. ergeben.

Abhängigkeit in einer LA kann vorübergehend bestehen, z.B. nach einem operativen Eingriff, sie kann aber auch länger andauern. In diesem Fall sollen Pflegepersonen den betroffenen Menschen Unterstützung geben, mit dieser Einschränkung bzw. dauernden Abhängigkeit leben zu lernen.

Wie in ihrem Lebensmodell verwenden Roper/Logan und Tierney für das Pflegemodell die fünf Hauptgruppen von Einflussfaktoren auf die LA. Sie werden als der Grund für die individuellen Unterschiede bei der Ausführung der LA gesehen. Die im Lebensmodell beschriebene Individualität im Leben erfordert nach Roper/Logan und Tierney auch eine individuelle Pflege. Sie wird erreicht durch die systematische Anwendung des Pflegeprozesses, in dessen Phasen die individuelle Lebensweise des Patienten berücksichtigt werden soll. Weiter fordern Roper/Logan und Tierney den Einbezug des Patienten in jeder Phase des Pflegeprozesses (Abb. 1.15).

Treten für Menschen Probleme im Zusammenhang mit den LA auf, ist es Aufgabe der Pflege, die Betroffenen bei der Lösung, Linderung und Bewältigung dieser Probleme zu unterstützen. Roper/Logan und Tierney betonen, dass auch das Vermeiden von Problemen mit den einzelnen LA in den pflegerischen Aufgabenbereich gehört.

Definition der Pflege

Roper/Logan und Tierney (1989) beschreiben die Pflege auch als „Bindeglied zwischen den oft anstrengenden und belastenden, komplizierten technischen Handlungen am Patienten, die durch seine Krankheit nötig werden, und der Aufrechterhaltung der normalen körperlichen und geistigen Funktionen, die für das Wohlbefinden des Patienten so entscheidend und für sein Personsein so wichtig sind“. Pflege ist in ihrem Verständnis nicht ausschließlich auf kranke Menschen bezogen, sondern erstreckt sich auf präventive Maßnahmen zur Erhaltung von Gesundheit und Förderung größtmöglicher Selbstständigkeit des einzelnen Patienten.

M Die Lebensaktivitäten, die für Überleben und Sicherheit eines Menschen nötig sind, haben Vorrang vor den anderen.

M Aufgabe der Pflege ist es, den Grad der Unabhängigkeit eines Menschen einzuschätzen und zu beurteilen, in welcher Richtung und in welchem Maß er Hilfe benötigt, um gesteckte Ziele zu erreichen.

M Bestehen für einen Menschen aktuelle oder potenzielle Probleme im Zusammenhang mit den Lebensaktivitäten, ist es die Aufgabe der Pflege, Hilfe zum Vermeiden, Lösen, Lindern oder Bewältigen dieser Probleme zu geben.

D Pflege wird von Roper/Logan und Tierney als Hilfe für den Patienten gesehen, Probleme im Zusammenhang mit den LA zu vermeiden, zu lösen, zu lindern oder zu bewältigen.

I Literatur:
Roper N et al. Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf Lebensaktivitäten (LA). 2. Aufl. Bern: Huber; 2009



Pflegemodell von Orem

Die amerikanische Pflegeprofessorin Dorothea Orem hat mit dem Entwurf ihrer Theorie des Selbstpflegedefizits 1958 begonnen und sie 1971 in ihrem Werk „Strukturkonzepte der Pflegepraxis“ veröffentlicht. Orem selbst sagt, dass sie bei ihrem Entwurf von drei Leitfragen ausgegangen ist:

1. Was tun Pflegekräfte und was sollten sie als die Ausübenden der Pflege tun?
2. Warum tun Pflegekräfte, was sie tun?
3. Was ist das Ergebnis dieses Tuns?

Orems Theorie hat entscheidend dazu beigetragen, den Blick der Pflegenden von der Orientierung auf die Krankheit eines Menschen hin zu dessen Pflegebedürftigkeit zu richten. In ihrer Theorie entwickelt Orem eine sehr spezifische Sprache. Orems Theorie ist sehr komplex und beschreibt viele Aspekte der Pflege. Ausdruck findet dies auch in der Tatsache, dass ihre Theorie von den Metatheoretikern sowohl als Entwicklungs- bzw. Interaktions- sowie als Bedürfnismodell bezeichnet wird.

Orem unterteilt ihre globale Theorie in drei Theorien mittlerer Reichweite:

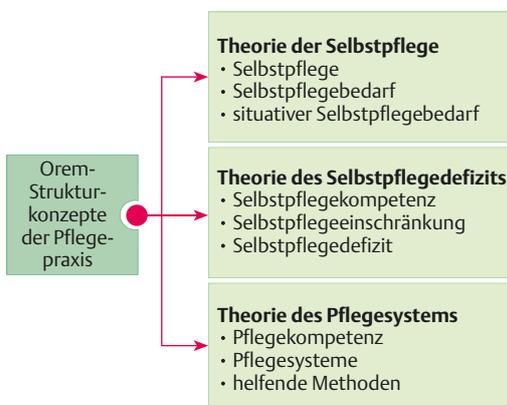
1. Theorie der Selbstpflege,
2. Theorie des Selbstpflegedefizits,
3. Theorie des Pflegesystems.

Jede dieser Theorien wird von Orem mit ihren einzelnen Elementen beschrieben und anschließend in ihren jeweiligen Auswirkungen auf die anderen Theorien zusammengefasst (Abb. 1.16).

Die Theorie der Selbstpflege

Innerhalb der Theorie der Selbstpflege werden von Orem drei zentrale Konzepte erläutert:

1. Selbstpflege,
2. Selbstpflegebedarf,
3. situativer Selbstpflegebedarf.



Aufgabe der Pflege:

Für Personen mit Einschränkungen

- a) etwas tun
- b) ihnen helfen, selbst etwas für sich zu tun
- c) ihnen helfen zu erlernen, wie sie etwas für sich tun können

Abb. 1.16 Zentrale Konzepte der Pflegetheorie von Dorothea Orem.

Erwachsene Menschen sorgen normalerweise für sich selbst, während Säuglinge, Kinder, ältere Menschen, Kranke und Behinderte eine teilweise oder vollständige Unterstützung bei ihren selbstpflegerischen Handlungen benötigen. Wird diese Unterstützung von verantwortlichen Erwachsenen für abhängige Personen (z. B. von einer Mutter für ihr Kind) durchgeführt, spricht Orem von der sog. Dependenzpflege (Abhängigenpflege).

Orem sieht die Selbstpflege als eine erlernte, zielgerichtete und bewusst durchgeführte Handlung eines Menschen, um seinem Selbstpflegebedarf zu entsprechen.

Der Selbstpflegebedarf eines Menschen ergibt sich aus den allgemeinen, entwicklungsbedingten und gesundheitsbedingten Selbstpfleegerfordernissen. Allgemeine Selbstpfleegerfordernisse sind allen Menschen gemeinsam, jeweils in Abhängigkeit vom jeweiligen Lebensalter, Geschlecht, Entwicklungsstadium, Gesundheitszustand, soziokultureller Orientierung und Ressourcen. Entwicklungsbedingte Selbstpfleegerfordernisse ergeben sich aus der Tatsache, dass Menschen im Lauf ihres Lebens einen Entwicklungsprozess durchlaufen, der in den jeweiligen Phasen spezifische Erfordernisse notwendig macht. Gesundheitsbedingte Selbstpfleegerfordernisse bestehen bei Menschen, die krank, verletzt oder behindert sind bzw. sich in medizinischer Behandlung befinden.

Die Einschätzung des situativen Selbstpflegebedarfs erfolgt unter Berücksichtigung folgender Aspekte:

- Bestimmen und Beschreiben des Selbstpfleegerfordernisses unter Beachtung seiner Beziehung zu anderen menschlichen Funktionen,
- Bestimmung förderlicher und hindernder Bedingungen für die Erfüllung des Selbstpfleegerfordernisses,
- Auswahl geeigneter Methoden und Techniken zur Erfüllung des Selbstpfleegerfordernisses,
- Festlegen einer Handlungsabfolge zur Erfüllung des Selbstpfleegerfordernisses.

Die Theorie des Selbstpflegedefizits

Innerhalb der Theorie des Selbstpflegedefizits beschreibt Orem wiederum drei wichtige Konzepte:

1. Selbstpflegekompetenz,
2. Selbstpflegeeinschränkungen,
3. Selbstpflegedefizit.

Wie der situative Selbstpflegebedarf wird auch die Selbstpflegekompetenz von grundlegenden Bedingungsfaktoren beeinflusst. Sie ist daher nicht bei jedem Menschen zu jeder Zeit seines Lebens gleich stark ausgeprägt.

Nach Orem beinhaltet die Selbstpflegekompetenz zwei wesentliche Bereiche: Der erste Bereich

D Als Selbstpflege bezeichnet Orem alle Handlungen eines Menschen, die er „für sich selbst“ und „durch sich selbst“ in die Wege leitet oder ausführt, um sein Leben, sein Wohlbefinden oder seine Gesundheit zu erhalten.

M Ein Selbstpflegedefizit liegt vor, wenn der situative Selbstpflegebedarf die Selbstpflegekompetenz übersteigt.

D Unter Selbstpflegekompetenz versteht Orem die komplexe, erworbene Fähigkeit eines Menschen, seine Selbstpfleegerfordernisse zu erfüllen.

umfasst alle bewussten Handlungen in der Selbstpflege (Selbsterkenntnis, rationale Überlegungen, bewusste Zielsetzung, Vorgehensplanung und Entschlossenheit, einen entworfenen Plan auszuführen), der zweite Bereich schließt das Wissen über gültige und verlässliche Methoden ein.

Die Selbstpflegekompetenz kann durch verschiedene Faktoren eingeschränkt werden, sodass ein Selbstpfledefizit entsteht. Ein Selbstpfledefizit besteht nach Orem dann, wenn der situative Selbstpflegebedarf die Selbstpflegekompetenz übersteigt, d.h. wenn die Fähigkeiten und das Wissen eines Menschen in einer bestimmten Situation nicht zur Deckung seines situativen Selbstpflegebedarfs ausreichen.

Die Theorie des Pflegesystems

Die Pflegekompetenz bezeichnet Orem als das wesentliche Element dieser Theorie. Unter Pflegekompetenz werden die Fähigkeiten verstanden, die Menschen durch eine spezialisierte Aus- und Weiterbildung entwickeln, um bewusst mit pflegebedürftigen Menschen zu interagieren und gemeinsam mit ihnen die Pflege durchzuführen. Orem führt eine umfassende Liste wünschenswerter Eigenschaften von Pflegenden an, die soziale (z.B. Höflichkeit, Verantwortungsgefühl), interpersonale (z.B. Interesse an der Wahrnehmung und Lösung menschlicher Probleme) und technologische Charakteristika (z.B. Fähigkeit zur Durchführung effektiver Handlungen) umfasst.

Das Konzept Pflegesysteme umfasst drei grundlegende Varianten:

Vollständig kompensatorische Pflegesysteme. Sie werden dann eingesetzt, wenn Patienten in ihrer Fähigkeit, ihren Selbstpflegeerfordernissen nachzukommen, erheblich eingeschränkt oder gänzlich unfähig sind.

Teilweise kompensatorische Pflegesysteme. Sie beziehen sich auf Situationen, in denen sowohl Pflegepersonen als auch Patienten Teile der Selbstpflemaßnahmen durchführen.

Unterstützend-erzieherische Pflegesysteme. Sie werden von Pflegepersonen gewählt, wenn Patien-

ten die erforderlichen Maßnahmen der Selbstpflege zwar durchführen und erlernen können, aber hierbei Unterstützung benötigen. Das unterstützend-erzieherische System verlangt von Pflegepersonen vor allem Anleitungs- und Beratungskompetenzen.

In allen drei beschriebenen Pflegesystemen kommen fünf sog. helfende Methoden zum Einsatz. Unter einer Methode des Helfens versteht Orem Handlungen, die die gesundheitsbedingten Einschränkungen von Menschen kompensieren oder überwinden, damit sie die erforderlichen Maßnahmen der Selbstpflege wieder eigenständig durchführen können. Die fünf von Orem unterschiedenen Methoden des Helfens sind:

1. Für andere Menschen handeln und agieren.
2. Andere Menschen führen und anleiten.
3. Anderen Menschen physische oder psychologische Unterstützung geben.
4. Für andere Menschen ein Umfeld errichten und erhalten, das die persönliche Entwicklung fördert.
5. Andere Menschen unterrichten.

Definition der Pflege

1956 hat Orem für den Begriff „Pflege“ folgende Definition formuliert:

„Pflege ist eine Kunst, durch die der Pflegenden, also derjenige, der Pflege praktiziert, Personen mit Einschränkungen spezielle Unterstützung gewährleistet, sofern mehr als eine gewöhnliche Unterstützung notwendig ist, um den täglichen Erfordernissen zur Selbstpflege zu entsprechen und um auf intelligente Weise an der medizinischen Versorgung teilzunehmen, die sie durch Ärzte erhalten. Die Kunst der Pflege wird praktiziert, indem für die Person mit der Einschränkung ‚etwas getan wird‘, indem man ‚ihr hilft, selbst etwas für sich zu tun‘ und/oder indem man ‚ihr hilft zu erlernen, wie sie selbst etwas für sich tun kann‘. Pflege wird auch praktiziert, indem man einer kompetenten Person aus der Familie des Patienten oder einem Freund des Patienten hilft zu lernen ‚wie man etwas für den Patienten tun kann‘. Einen Patienten zu pflegen ist somit eine praktische und didaktische Kunstfertigkeit“ (Orem 1996, 7).

M Die Theorie des Pflegesystems umfasst die Konzepte Pflegekompetenz, Pflegesysteme und helfende Methoden.

I Literatur:
Orem, D.: Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Huber, Bern 1996



1

Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Praxis

Nach jahrelangen Bemühungen in der Überzeugung, dass es nur eine richtige Theorie für die Pflege geben könne, deuten die beschriebenen Theorien an, dass ein so komplexer Gegenstand wie die Pflege auch eine Vielzahl von Theorien mit unterschiedlicher Reichweite und unterschiedlichem Abstraktionsniveau zur Beschreibung, Erklärung, Vorhersage und Kontrolle der pflegerischen Praxis benötigt. Die Vielfalt der Theorien zeigt auf anschauliche Weise die Komplexität der Pflege. Dabei lenkt jede Theorie das Augenmerk auf einen oder mehrere jeweils unterschiedliche Aspekte. Die Auswahl einer geeigneten Theorie für das jeweilige Aufgabengebiet einer pflegerischen Institution ist zu einem großen Teil von dem jeweiligen Schwerpunkt der pflegerischen Tätigkeit abhängig.

B Psychiatrische Pflegeeinrichtungen arbeiten mit einer anderen Patientengruppe als z. B. Rehabilitationskliniken. Erstere können eine Hilfestellung für ihre praktische Arbeit evtl. am ehesten von einer Interaktionstheorie ableiten, während im rehabilitativen Bereich möglicherweise eher eine Theorie geeignet ist, die sich mit Defiziten und Fähigkeiten von Menschen beschäftigt.

Entscheidend für eine verbesserte Pflegepraxis ist, dass das theoretische Wissen auch in die Praxis umgesetzt wird. Theorien müssen deshalb mit den Bedürfnissen der Praxis in Einklang gebracht werden, damit sie in der Praxis anwendbar sind. Hierdurch kann ein intensiver Austausch zwischen Theoretikern und in der Pflegepraxis tätigen Pflegepersonen entstehen, der die professionelle Kommunikation und das Entstehen einer professionellen Identität fördern kann.

Im Rahmen der Professionalisierung der Pflege trägt die Theorieentwicklung dazu bei, die Pflege als wissenschaftliche Disziplin zu entwickeln. Professionelles pflegerisches Handeln bedarf einer theoretischen Fundierung, damit es bewusst, begründbar, überprüfbar, sichtbar und effizient sein kann. Theorien geben eine Orientierung für pflegerisches Handeln und können entscheidende Hilfen zur Bewältigung des pflegerischen Alltags geben.

Die „Verwissenschaftlichung“ der Pflege in Deutschland ist verhältnismäßig jung. Erst seit Ende der 80er-Jahre des 20. Jahrhunderts gibt es erste deutsche Forschungsarbeiten im Bereich der Pflege, erste Studiengänge folgten in den 90er-Jahren. An vielen Hochschulen wurden zudem wissenschaftliche Institute für Pflegeforschung eingerichtet.

Allerdings können pflegewissenschaftliche Erkenntnisse nicht für jede erdenkliche Pflegesituation konkrete Vorgaben liefern. Zu unterschiedlich

sind die Anforderungen in den verschiedenen Situationen. Dennoch ist es wichtig, einen wissenschaftlichen Beleg über die Wirksamkeit pflegerischer Handlungen aufweisen zu können. Pflege als professionelle Dienstleistung wird im Auftrag des alten Menschen mit Pflegebedarf erbracht, aber auch im Auftrag der Gesellschaft. Beide – Staat und Einzelperson – finanzieren diese besondere Dienstleistung und stellen berechnete Anforderungen an deren Güte bzw. Qualität.

Nutzen theoretischer Erkenntnisse für das praktische Pflegehandeln

Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse können einen anerkannten Nachweis darüber erbringen, welche Pflegemaßnahmen einen positiven Effekt bewirken. Sie können dies z. B. dadurch, dass gezielte Forschung in der Pflege angestellt wird. Pflegenden helfen wissenschaftliche Erkenntnisse dabei, ihr praktisches Handeln verantworten zu können.

Insbesondere die sog. „deskriptiven Pflege-theorien“ können Pflegenden z. B. dabei helfen, die Lebenswelten der ihnen anvertrauten Menschen verstehen und so deren Anforderungen besser gerecht zu werden.

Pflegende können in Situationen, die ihnen nicht vertraut sind, auf ein durch Forschung gesichertes Handlungsrepertoire zurückgreifen, ähnlich wie ein Arzt, der sich zunächst an einem standardisierten Operationsablauf orientieren kann.

Mithilfe wissenschaftlich gesicherten Wissens ist es mitunter möglich, Vorhersagen für bestimmte Situationen zu treffen. So wissen Pflegenden z. B., dass die Immobilität eines Menschen zur Entstehung eines Dekubitus beitragen kann; sie werden entsprechend prophylaktisch tätig.

Pflegewissenschaft und -forschung können helfen, die bisherige Pflegepraxis zu überprüfen und Fehler zu vermeiden.

Wissen und Erfahrung – Pfeiler professionellen Handelns

Um sich auf dem neuesten Stand des Theoriewissens zu halten, bieten z. B. Pflegefachzeitschriften einen informativen Überblick. Nur wer die „Regeln der Kunst“ kennt und beherrscht, kann diese Regeln in einer direkten Pflegesituation angepasst anwenden. Beim Nachdenken darüber, warum und wie Theoriewissen in einem konkreten Einzelfall abgewandelt wurde, kann sog. „praktisches Erfahrungswissen“ gewonnen werden. Dieses Wissen ist dringend erforderlich, um in immer neuartigen Pflegesituationen flexibel und kompetent handeln zu können.

M Theorien sind die Grundlage für das Er-schließen pflegerischen Wissens.

M Die Frage ist nicht „Werden Theorien in der Pflege gebraucht?“, sondern „Welche Theorien werden in der Pflege gebraucht und mit welchen Methoden können diese gewonnen werden?“.

M Die „Kunst“ der Pflegenden besteht darin, theoretisches Wissen im konkreten Einzelfall begründet so abzuwandeln, dass die individuellen Bedürfnisse des betroffenen alten Menschen mit Pflegebedarf gewahrt werden!

I Literatur:
Brandenburg, H.,
Dorschner, S. (Hg.): *Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege*. Hogrefe, Bern 2015

Was ist Pflegeforschung?

Grundlagenforschung und angewandte Forschung

Prinzipiell können Forschungsvorhaben in Grundlagenforschung und angewandte Forschung unterschieden werden. Die Grundlagenforschung dient der Entwicklung, Verbesserung oder Verfeinerung von Theorien. Im Gegensatz zur angewandten Forschung sollen und können Ergebnisse der Grundlagenforschung nicht unmittelbar in die Praxis umgesetzt werden.

In erster Linie sind also Pflegepraxis und Pflegemaßnahmen Gegenstand von Studien der Pflegeforschung, damit das pflegerische Wissen erweitert und auf eine solide, wissenschaftliche Basis gestellt wird.

Dieser Ansicht ist auch die zentrale Arbeitsgruppe Pflegeforschung (ZAG) im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Sie sieht die Erforschung der Pflegepraxis, die von forschungskompetenten Berufsangehörigen ausgeführt werden sollte, als wichtigsten Bereich der Pflegeforschung an. Die von der ZAG (ZAG 1996) beschriebenen Aufgaben und Ziele der Pflegeforschung sind im Folgenden aufgeführt.

Aufgaben und Ziele der Pflegeforschung

- Pflegeforschung dient der methodischen Wissensvermehrung in der Praxis der Pflege. Sie befasst sich in erster Linie mit der Effektivität pflegerischen Handelns und mit den dieses Handeln unmittelbar beeinflussenden Faktoren.
- Auf einer konzeptionellen Grundlage und in einem relevanten theoretischen Rahmen werden Fragen aus der Perspektive der Pflege identifiziert und bearbeitet. Dies kann in beschreibender, vergleichender, analytischer und experimenteller Weise geschehen. Dazu bedient sich die Pflegegültiger und verlässlicher empirischer, historisch-analytischer und philosophischer Erkundungsweisen unter Anwendung sowohl quantitativer als auch qualitativer Verfahren.
- Die Erforschung der Pflegepraxis wird normalerweise von forschungskompetenten Berufsangehörigen ausgeführt. Erkenntnisse über die Pflege als Beruf, ihre Organisation, ihre Aus- und Weiterbildung und über ihre sozioökonomische Stellung und Bedeutung können neben der Pflegeforschung auch aus anderen Forschungsperspektiven gewonnen werden.
- Forschungskompetente Pflegepersonen leisten in multidisziplinären Forschungsprojekten, die der Gesundheitsförderung und der Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung gewidmet sind, einen wesentlichen fachspezifischen Beitrag.

- Das durch Pflegeforschung fundierte Wissen findet seine Anwendung nicht nur in der individuellen, direkten Pflege, sondern auch auf organisatorischen, institutionellen und politischen Entscheidungsebenen.

B Zur Pflegeforschung aus dem Bereich der Pflegepraxis gehören beispielsweise Untersuchungen neuer oder tradierter Pflegemethoden oder Studien über die Pflege als Beziehungsprozess. Untersuchungen wie Kälte- und Wärmebehandlung als Dekubitusprophylaxe (Neander u. Mitarb. 1989; Bienstein u. Mitarb. 1990) und Gefühlsarbeit in der Pflege (Paseka 1991; Overlander 1994) sind Beispiele für Forschungsprojekte aus diesem Bereich der Pflegeforschung.

Neben der klinischen Forschung gibt es jedoch auch verschiedene andere Bereiche der Pflege, die Gegenstand von Pflegeforschung sind. Forschung zum Pflegemanagement beschäftigt sich mit der Pflege als Organisation und Institution. Vor diesem Hintergrund werden Untersuchungen zu Arbeitszeitstrukturen, Organisationssystemen der Pflege oder zu wirtschaftlichen Fragen durchgeführt. Berufspolitische Fragestellungen wie die Forderung nach Vorbehaltsaufgaben für die Pflege, d. h. gesetzlich festgelegte Aufgaben, die ausschließlich von examinierten Pflegepersonen durchgeführt werden dürfen, oder Implementierung eines Selbstverwaltungssystems für die Pflege, sind zukunftsweisend und zeigen neue Perspektiven auf.

Mit Selbstverwaltungssystem ist die Einrichtung einer Pflegekammer gemeint, die berufsregulierende Aufgaben wie Organisation und Durchführung von Aus- und Weiterbildungen, Registrierung der Berufsangehörigen, Festlegung von verbindlichen Richtlinien für die Pflege usw. übernimmt.

Forschung zur Pflegeausbildung und Weiterbildung beschäftigt sich mit Themen wie:

- Lehr- und Lernprozesse,
- Ausbildungsbedingungen und -inhalte,
- Curriculumentwicklung.

Auch die Erforschung der Pflegegeschichte wird zum Gegenstand der Pflegeforschung.

B Historische Themen sind beispielsweise die Arbeit von Steppe (1993) „Krankenpflege im Nationalsozialismus“, die sich mit der Verquickung von Pflege und politischen Systemen auseinandersetzt. Bischoff (1992) untersuchte die Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert.

M Pflegeforschung stellt das Pflegewissen auf eine solide, wissenschaftliche Basis. Gegenstand der Pflegeforschung sind unterschiedliche Bereiche der Pflege.

D „Im strengsten Sinne befasst sich die Pflegeforschung mit der systematischen Untersuchung der Pflegepraxis sowie mit den Auswirkungen dieser Praxis auf die betroffenen Kranken bzw. die Gesundheit der gesamten Bevölkerung“ (Notter u. Hott 1994).

M ZAG = zentrale Arbeitsgruppe Pflegeforschung
DBfK = Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe



Geschichtliche Entwicklung der Pflegeforschung

In der sehr jungen Tradition der Pflegeforschung in der BRD war Pflege zunächst mehr Gegenstand der Forschung von anderen Wissenschaftsdisziplinen. Während der 60er- und 70er-Jahre wurde aus soziologischer, psychologischer und ökonomischer Perspektive über den Pflegeberuf und dessen Funktion im Krankenhaus geforscht.

Die 1978 gegründete WENR förderte die Zusammenarbeit europäischer Pflegewissenschaftler und -forscher mit dem Ziel, die Entwicklung der Pflegeforschung voranzubringen. Über die Mitgliedschaft des DBfK im ICN ist die Bundesrepublik Deutschland in dieser Arbeitsgruppe vertreten. Im September 1989 fand in Frankfurt am Main die 1. Internationale Pflegeforschungskonferenz in Deutschland statt.

Eine weitere bedeutende Station stellte die Gründung der Agnes-Karll-Stiftung (AKS) für Pflegeforschung 1984 durch Renate Reimann dar. Kleinere praxisbezogene Pflegeprojekte, von Pflegenden durchgeführt, wurden durch die Stiftung finanziell unterstützt. Im Jahr 1996 löste sich die Stiftung aus der Treuhänderschaft des DBfK und gründete sich mit gleichbleibender Zielsetzung neu als Stiftungsfonds Agnes Karll für Pflegeforschung und Pflegeentwicklung e.V.

Das Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit (BMJFFG) förderte das erste große Pflegeforschungsprojekt: Der Pflegeprozess am Beispiel von Schlaganfallpatienten unter der Leitung von Monika Krohwinkel. Parallel zu diesen Aktivitäten wurden zunehmend Untersuchungen zu Pflege Themen initiiert, die tradiertes Pflegewissen hinterfragten. Arbeiten zur Überprüfung traditioneller Pflegemaßnahmen und Pflegehilfsmittel sind z. B.:

- Erfassung der Atemgefährdung (Bienstein 1988),
 - Trag- und Hebehilfen (Meyer u. Mitarb. 1995).
- Untersuchungen zu professionellen pflegerischen Verhaltensweisen sind z. B.:
- Stellenwert des Ekelgefühls in der Pflege (Sowinski 1991),
 - Gehorsamsbereitschaft Pflegenden (Elsbernd 1994).

Untersuchungen zu Erfahrungen mit Pflegesituationen aus dem Blickwinkel von Patienten sind z. B.:

- Erfahrungen mit postoperativem Schmerz (Osterbrink 1994),
- Verletzung der Intimsphäre (Bauer 1996, Elsbernd u. a. Mitarb. 1996).

Von dem 1988 gegründeten Deutschen Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung wurden ebenfalls größer angelegte Untersuchungsvorhaben unterstützt.

Der erste Schritt zur Institutionalisierung von Pflegeforschung, d.h., Pflegeforschung in eine ge-

sellschaftlich anerkannte Form zu bringen, erfolgte 1991 durch die Gründung des Agnes-Karll-Instituts für Pflegeforschung (AKI) beim DBfK in Frankfurt/Main als verbandlich getragenes, aber inhaltlich unabhängiges und erstes Institut für Pflegeforschung in Deutschland. Das erste Projekt des AKI befasste sich mit Strukturverbesserungen in der Krankenpflege durch den Einsatz von Stationsassistentinnen (Bartholomeyczik u. a. 1993). Weitere Pflegeforschungsinstitute entstanden 1995 an den Universitäten Bielefeld und Witten/Herdecke. 1999 wurde das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) als gemeinnütziges Forschungsinstitut in Köln gegründet. Durch eine Kooperation der hessischen Fachhochschulen mit Pflegestudiengängen entstand das Hessische Institut für Pflegeforschung (HessIP) mit Sitz in Frankfurt am Main. Die erste wissenschaftliche Zeitschrift für den deutschsprachigen Raum – „Pflege“ – wurde 1988 herausgegeben. Hierin werden internationale Forschungsergebnisse aus verschiedenen Bereichen der Pflege publiziert.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es mittlerweile an vielen Hochschulen pflegeorientierte Studiengänge mit unterschiedlichen Schwerpunkten wie Pflegepädagogik, Pflegemanagement und Pflegewissenschaft. Mit Inkrafttreten des neuen Krankenpflegegesetzes (Januar 2004) wurde die Pflegewissenschaft deutlicher in den Vordergrund gerückt. Es heißt in der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Berufe in der Krankenpflege von 10.11.2003 in der Anlage 1 (zu §1 Abs.1) in Punkt 6:

- „6. Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen ausrichten. Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen,
- sich einen Zugang zu den pflegewissenschaftlichen Verfahren, Methoden und Forschungsergebnissen zu verschaffen,
 - Pflegehandeln mithilfe von pflegetheoretischen Konzepten zu erklären, kritisch zu reflektieren und die Themenbereiche auf den Kenntnisstand der Pflegewissenschaft zu beziehen,
 - Forschungsergebnisse in Qualitätsstandards zu integrieren.“

Ebenso heißt es im Bundesgesetzblatt zum Altenpflegegesetz (2003) im Abschnitt 2 (§ 3) Punkt 1:

- „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 die sach- und fachkundige, den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere die medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende, geplante Pflege.“

M WENR = Workgroup of European Nurse Researchers (Arbeitsgruppe der Europäischen Pflegeforscher)
ICN = International Council of Nurses (Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger)

M Renate Reimann gründete 1984 die Agnes-Karll-Stiftung (AKS).

M Bedeutend für die Entwicklung von Pflegeforschung war u. a. auch die Etablierung von pflegewissenschaftlichen Studiengängen.

I <http://www.dip-home.de>

Forschungsansätze

Grundsätzlich muss zwischen quantitativer und qualitativer Forschung unterschieden werden.

Quantitativer Forschungsansatz

Quantitativer Forschung liegt die Auffassung zugrunde, dass Menschen über biologische, psychologische und soziale Merkmale verfügen, die durch objektive Messungen von Forschern identifiziert werden können. Einzelne Faktoren oder Merkmale des Menschen werden isoliert und aus dem Zusammenhang herausgenommen, um eine bessere Objektivierbarkeit zu erreichen. Die Wissenschaft soll in diesem Fall die objektive Wirklichkeit abbilden. Ziel der quantitativen Forschung ist es, theoretische Annahmen deduktiv zu überprüfen. Quantitative Forschung erfolgt theoriegeleitet, d.h. von bestehenden Theorien ausgehend sollen formulierte Hypothesen überprüft werden. Die Datenerhebung und die Datenanalyse erfolgen standardisiert.

Schriftliche Befragung. Die schriftliche Befragung ist z.B. eine beliebte Methode in der quantitativen Forschung, da sie in hoch standardisierter Form durchgeführt werden kann. Zu den Vorteilen gehören z.B. die hohe Standardisierung und die Anonymität der Befragten. Zu den Nachteilen gehören z.B. der fehlende persönliche Kontakt zu den Befragten und dass bestimmte Personengruppen, z.B. behinderte Menschen, keine Fragebögen ausfüllen können.

Mündliche Befragung. Das Interview ist eine mündliche Form der Befragung, es kann unstrukturiert, teilstrukturiert und stark strukturiert durchgeführt werden. Die stark strukturierte Befragung, die auch standardisiertes Interview genannt wird, wird mittels eines standardisierten Fragebogens durchgeführt. Es ist ein Instrument zur Erhebung quantitativer Daten. Ziel dabei ist es, Daten zu gewinnen, die sich verallgemeinern lassen und die vergleichbar sind.

Physiologische oder biologische Messungen. Viele Daten in der täglichen Praxis der Pflege wie die Ermittlung der Pulsfrequenz oder des Blutdrucks werden durch physiologische bzw. biologische Messungen gewonnen. Diese Daten können auch im Bereich der Pflegeforschung von Nutzen sein. Der Vorteil bei dieser Art von Datengewinnung liegt in der Objektivität der Daten.

Analyse quantitativer Daten

Bei der Analyse von quantitativen Daten werden Beziehungen zwischen numerischen Daten be-

schrieben und eingeschätzt. Um die Daten zu strukturieren und ihr Verständnis zu erleichtern, können Tabellenkalkulations- oder Statistikprogramme eingesetzt werden.

In der Datenanalyse quantitativer Studien werden z.B. Skalen, Häufigkeitsverteilung und statistische Messzahlen eingesetzt. Es sollen möglichst viele Daten gesammelt werden. Die Auswahl der Teilnehmer am Forschungsvorhaben erfolgt nach standardisierten Verfahren zur Stichprobenauswahl, idealerweise nach dem Zufallsprinzip.

Qualitativer Forschungsansatz

Der qualitative Forschungsansatz betrachtet den Menschen als ganzheitliches Wesen. Die Erfahrungen des Einzelnen sind hierbei von größter Bedeutung und werden entsprechend gewürdigt. Der Zugang zu diesen Erfahrungen erfolgt mittels subjektiver Beschreibung durch das Individuum selbst, ohne diese durch vorgegebene Fragen und Antworten einzuschränken. Qualitative Forschung ist nicht theoriegeleitet, sondern versucht, Hypothesen, Theorien und Konzepte zu entwickeln. Hierbei ist die Vorgehensweise induktiv, man geht vom Einzelfall aus und gelangt durch Schlussfolgerungen zu allgemeinen Prinzipien. Ziel ist es, bestimmte Phänomene zu erkennen und zu verstehen. Die Datenerhebung erfolgt halb oder nicht standardisiert. Es wird nur eine begrenzte Anzahl von Daten gesammelt, und die Teilnehmer werden gezielt ausgewählt.

Die Methodenwahl kann nur im Kontext der Fragestellung erfolgen, jede der folgenden qualitativen Methoden passt zu einer bestimmten Fragestellung:

- Phänomenologie,
- Grounded Theory,
- Ethnografie,
- qualitative Ethnologie,
- Ethnolinguistik und Ethnosemantik,
- historische Forschung.

Analyse qualitativer Daten

Qualitative Forschung versucht, reichhaltige Beschreibungen zu liefern und so eine valide Theorie zu entwickeln. Sie ist immer dann sinnvoll, wenn ein Phänomen aus der subjektiven Perspektive des Patienten, seiner Angehörigen oder der Pflegenden untersucht werden soll. Die Einstellungen und Annahmen der untersuchten Personen und deren Ursachen werden aus dem Kontext abgeleitet, in dem sie vorkommen. Diese induktive Vorgehensweise bedeutet, dass sich aus dem Datenmaterial während der Datensammlung und nach Beginn der Analyse Hypothesen und Theorien entwickeln.

M Man spricht von einem **beschreibenden (deskriptiven) Verfahren**, wenn eine Zusammenfassung und Darstellung der Beobachtungsdaten mithilfe von beschreibenden Maßzahlen und grafischen Darstellungen verdeutlicht wird.

M Es gibt drei Methoden der **quantitativen Datenerhebung**:

1. schriftliche Befragung,
2. mündliche Befragung
3. physiologische oder biologische Messungen.

M Die historische Forschung kann in der quantitativen und in der qualitativen Forschung angewendet werden.

M Zwei Instrumente der qualitativen Datenerhebung sind das Interview (nicht oder halb-standardisiert) und die Beobachtung.



M Das Forschungsdesign kennzeichnet die Struktur des Forschungsprozesses.

M Das klassische Experiment wird durch drei typische Merkmale charakterisiert: Randomisierung, Kontrolle und Manipulation.

M Nicht-experimentelle Designs mit einer zeitlichen Perspektive werden Entwicklungsstudien genannt. Klassische Vertreter dieses Designs sind Querschnitt- und Längsschnittstudien.

D In Querschnittstudien werden Daten einmalig, zu einem bestimmten Zeitpunkt und bei denselben Versuchspersonen erhoben.

D Längsschnittstudien, auch Longitudinal- oder Panelstudien genannt, untersuchen Daten bei derselben Gruppe zu verschiedenen Zeitpunkten. Sie beginnen in der Gegenwart und enden in der Zukunft.

Forschungsdesigns

Das Forschungsdesign wird als Planung des ganzen Forschungsprozesses zu Beginn entworfen und beschreibt die Phasen des Forschungsprozesses, Arbeitssequenzen und Zeitabläufe. Beim Forschungsdesign können verschiedene Formen unterschieden werden. Es gibt unterschiedliche Gründe für die Durchführung von Forschungsprojekten, wie die Analyse und Beschreibung eines Problems mittels eines deskriptiven Ansatzes oder die Herstellung neuer Zusammenhänge zwischen Tatsachen mit der Durchführung von Experimenten mittels eines experimentellen Ansatzes. Unabhängig davon gibt es noch weitere Designs wie Korrelationsstudien, Entwicklungsstudien, Längsschnitt- oder Querschnittstudien oder Interventionsstudien.

Prinzipiell wird die Auswahl des Studiendesigns bestimmt durch die Fragestellung, die beantwortet werden soll.

B Die Frage nach der Anzahl der Stürze in einer Einrichtung über einen bestimmten Zeitraum wird eher mit einer quantitativen Methode bearbeitet. Die Frage, wie Patienten das Sturzereignis erleben, wird eher mit einer qualitativen Methode erarbeitet.

Deskriptives Forschungsdesign

Die deskriptive Forschung beschreibt und analysiert den Ist-Zustand. Deskriptive Daten werden typischerweise durch Fragebogenaktionen, Interviews und Beobachtungen eingeholt. Deskriptive Studien können sowohl quantitativ als auch qualitativ sein.

B Bienstein (1988) untersuchte die Frage, ob Pflegepersonal die Beeinträchtigungen der Atmung adäquat erkennt. Um die Forschungsfrage zu präzisieren, wurde zunächst mittels teilnehmender Beobachtung analysiert, welche atemfördernden Maßnahmen von Pflegenden durchgeführt werden und welches atemfördernde Milieu auf den Stationen vorherrscht. Um die Beeinträchtigung der Atmung gefährdeter Patienten systematisch und adäquat einschätzen zu können, wurde eine Atemskala entwickelt und diese in einem weiteren Untersuchungsabschnitt überprüft.

B Eine qualitative Studie von Siegfried Borker hat die alltägliche pflegerische Handlung – das „Essenreichen in der Pflege“ zum Gegenstand. Die erhobenen Daten wurden u. a. aus Befragungen mit Pflegenden und aus Beobachtungen beim Essenreichen im Patientenzimmer gewonnen.

Experimentelles Forschungsdesign

Beim experimentellen Design soll ein Ursachen-Wirkungs-Verhältnis festgestellt werden. Mit seiner Hilfe lässt sich bestimmen, ob bei einer bestimmten Art von Pflege eine vorhergesagte Wirkung eintritt. Durch die standardisierte Vorgehensweise kann das

Experiment der quantitativen Forschung zugeordnet werden. Im Vordergrund steht hier die Überprüfung einer Ursache-Wirkungs-Beziehung.

Randomisierung oder die Zufallsverteilung auf Gruppen bedeutet die rein zufällige Verteilung von Versuchspersonen auf die Experimentalgruppe oder die Kontrollgruppe. Beim Experiment werden die Rahmenbedingungen möglichst konstant gehalten und kontrolliert. Die unabhängige Variable wird manipuliert, um die Auswirkung auf die abhängige Variable messen zu können. Dazu wird in einer Versuchsgruppe eine bestimmte Situation bewusst manipuliert, um die Auswirkungen zu beobachten. Die Ergebnisse werden anschließend mit den Daten, die in einer Kontrollgruppe gewonnen wurden, verglichen.

B Maria Peters (2004) führte eine Pilotstudie im experimentellen Design mit der Fragestellung durch: „Welchen Einfluss hat die Hautkontakt-Methode im Vergleich zur 15–30° schrägen Bauchlage im Inkubator bei Frühgeborenen mit regelmäßigen Atemproblemen auf die Häufigkeit der Sauerstoffsättigungseinbrüche, die Häufigkeit zentraler Apnoen, die Gesamtdauer periodischer Atmung sowie die Häufigkeit von Bradykardien?“ Bei dieser Untersuchung werden die interessierenden Parameter mehrfach gemessen, und zwar während der Proband verschiedenen Bedingungen ausgesetzt ist. Die Teilnehmergruppe fungiert hierbei als ihre eigene Kontrollgruppe.

Nicht-experimentelle Forschungsdesigns

Diese Designs beschreiben Ereignisse, wie sie natürlich in Erscheinung treten. Die unabhängigen Variablen existieren bereits und können nicht manipuliert werden. Korrelationsstudien untersuchen die Wechselbeziehung zwischen zwei oder mehreren Variablen. Dabei wird nicht die Auswirkung der einen Variable auf die andere überprüft, sondern ob sich die Variablen zusammen verändern. In diesem Design geht es um die Beziehung zwischen den Variablen.

Die Interventionsstudie ist eine Sonderform der Längsschnittstudie. Aufgrund der Ergebnisse der anfänglichen Untersuchungen werden veränderte Maßnahmen geplant und durchgeführt

B Das Forschungsprojekt von Krohwinkel u. a. (1993). „Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexikranken“ wurde in drei Phasen durchgeführt:

1. Basisuntersuchung zur Erfassung der Ist-Situation,
2. Intervention mit interstationärer Schulung und innerstationärer Begleitung, Anleitung und Beratung des Pflegepersonals,
3. Postinterventionsuntersuchung, d. h. Ergebnisüberprüfung und vergleichende Analyse.

Forschungsdesign beschreibt:

- Forschungsprozess
- Arbeitssequenz
- Zeitabläufe

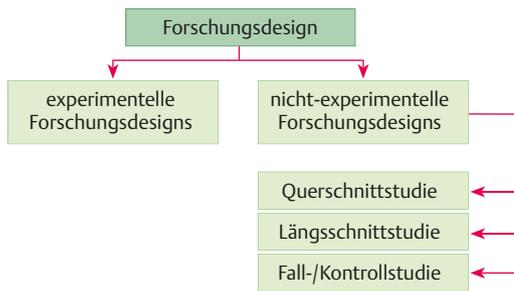


Abb. 1.17 Formen von Forschungsdesigns

Das Design einer Fall-/Kontrollstudie ist retrospektiv, also zurückschauend, angelegt. Das heißt, die abhängige Variable wurde bereits von der unabhängigen Variable beeinflusst, und nun sollen die gegenwärtigen Ereignisse mit den vergangenen Ereignissen in Verbindung gebracht werden.

Bei jeder Studienart unterscheidet sich das Design darüber hinaus in Bezug auf die verwendeten Erhebungs- und Analysemethoden, nach Art und Umfang der Population und nach Zusammensetzung der Forschungsgruppe in Qualifikation und Zahl (Abb. 1.17).

Stichprobe

Die Auswahl der Methode ist im Wesentlichen von der Forschungsfrage abhängig, hierdurch wird die Vorgehensweise der Datenerhebung festgelegt. Ebenso ist die Festlegung der zu untersuchenden Gruppe von Bedeutung, d.h. die Festlegung der Stichprobe. Hierbei muss zwischen quantitativen und qualitativen Studien unterschieden werden. Bei der Durchführung von quantitativen Untersuchungen muss man sich mit den Begriffen „Population“, „Stichprobe“ und „Repräsentativität“ beschäftigen.

Die deskriptiven Merkmale der Population, wie Alter, Geschlechtszugehörigkeit, Bildungsniveau usw. bilden die Auswahlkriterien für die Stichprobe, z. B. eine Auswahl examinierter Krankenschwes-

tern in einem Bundesland der BRD aus der Grundgesamtheit aller examinierter Krankenschwestern in diesem Bundesland. Die Auswahl der Stichprobe aus der Grundgesamtheit muss repräsentativen Charakter haben, d.h. die Merkmale der Stichprobe müssen mit den Merkmalen der Grundgesamtheit übereinstimmen. Die Stichprobenbildung kann gesteuert oder als Wahrscheinlichkeitserhebung erfolgen. Gesteuerte Stichprobenerhebungen können zwar leichter durchgeführt werden, jedoch wird die Verallgemeinerbarkeit von Befunden eingeschränkt. Bei der Wahrscheinlichkeitserhebung erfolgt eine Zufallsauswahl der Elemente aus der Population, wobei jedes Element der Grundgesamtheit die gleiche Chance hat, in die Stichprobe aufgenommen zu werden. Ein sorgfältig ausgearbeiteter Stichprobenplan steigert die Genauigkeit und Aussagefähigkeit der gewonnenen Daten und vergrößert die Möglichkeit, die Befunde von der Stichprobe auf die Population zu übertragen. Für die Größe einer Stichprobe gibt es keine festen Vorgaben. Insgesamt gilt jedoch: Je größer die Stichprobe, desto repräsentativer ist sie.

Bei qualitativen Untersuchungen erfolgt die Stichprobenbildung zweckgebunden, d.h. es werden Teilnehmerinnen ausgesucht nach bestimmten Merkmalen, z. B. Personen, die ähnliche Erlebnisse hatten.

B In der Untersuchung von Elsbernd und Glane (1996), die der Frage nachging, wie Patienten verletzende und schädigende Pflege erleben, wurden z. B. Patientenselbsthilfegruppen ausgesucht, deren Mitglieder möglicherweise häufigere Krankenhausaufenthalte hatten.

Die Größe der Stichprobe ist bei qualitativen Untersuchungen deutlich kleiner, jedoch gibt es auch hier keine Vorgaben. Neben finanziellen und personellen Ressourcen müssen bei der Erstellung eines Forschungsplans auch ethische Aspekte berücksichtigt werden.

D Bei einer Stichprobe handelt es sich um eine Auswahl von Einzelpersonen aus einer Grundgesamtheit von Individuen (Population), die mindestens ein gemeinsames, für die fragliche Untersuchung relevantes Merkmal besitzen.



D Der Forschungsprozess ist die wissenschaftliche Methode zur Erklärung, Vorhersage und/oder Kontrolle von Phänomenen.

M Die Benennung des Forschungsziels verleiht der Studie eine klare Richtung und ermöglicht ein zielgerichtetes Arbeiten.

M Die Entwicklung der Forschungsfrage als die kreativste Phase des Forschungsprozesses (Bartholomeyczik 1993).

Schritte des Forschungsprozesses

Der Forschungsprozess ist ein strukturierter Ablauf von logisch aufeinander aufbauenden Schritten. Ähnlich wie im Pflegeprozess lässt sich die Forschung in einem Regelkreislauf (Abb. 1.18) darstellen. Die verschiedenen Schritte des Forschungsprozesses sind zum Teil eng miteinander verbunden, sodass eine parallele Bearbeitung verschiedener Phasen erforderlich wird. Die einzelnen Schritte des Forschungsprozesses sollen im Folgenden beschrieben werden.

Identifikation des Problems

Am Anfang jeder Forschungsarbeit steht die Auswahl eines Forschungsthemas. Das Thema kann als Forschungsfrage oder als Forschungsproblem bezeichnet werden und hat zunächst nur vorläufigen Charakter. Forschungsvorschläge ergeben sich häufig aus einem Problembereich der alltäglichen Praxis oder aus unbeantworteten, unbearbeiteten Fragen in der Literatur. Häufig sind soziale Probleme (Situation der Pflegenden im Nachtdienst) oder Probleme der Theorienbildung (Pflege als Beziehungsprozess) Anlass für die Formulierung einer Forschungsfrage. Auch Forschungsaufträge, z. B. vom Bundesministerium für JFFG, können Forschungsprojekte anstoßen. Hier ist die Forschungsfrage vom Auftraggeber vorbestimmt.

Die unterschiedlichen Ideen und Themenvorschläge werden eingegrenzt und nach Prioritäten geordnet. Die Präzisierung der Forschungsfrage grenzt sowohl den Inhalt des Forschungsprojektes als auch den Methodenbereich ein. Sie legt den Blickwinkel fest, unter dem die Forschungsfrage betrachtet werden soll. Im Rahmen der Eingrenzung

des Forschungsproblems muss die Frage nach der Relevanz für die Pflegepraxis beantwortet werden. Anschließend werden Zweck und Ziele der Studie formuliert.

Überprüfen der Literatur

Nach der Benennung des Forschungsproblems folgt das intensive Literaturstudium. Durch die Überprüfung der Literatur wird ermittelt, was bereits über das Forschungsthema veröffentlicht wurde und welche Fragen in diesem Zusammenhang nicht beantwortet wurden. Studien zu ähnlichen Forschungsthemen erleichtern die Auswahl des entsprechenden Forschungsdesigns. Es finden sich Anregungen, wie die eigene Studie geplant werden kann und welche Instrumente und Methoden dafür geeignet sind. Bei der Bearbeitung der Fachliteratur muss sorgfältig zwischen Primär- und Sekundärquellen unterschieden werden.

Auswahl eines theoretischen Rahmens

Während der intensiven Literaturrecherche wird der theoretische Rahmen der geplanten Untersuchungen entwickelt. Die Forscher untersuchen die Literatur im Hinblick auf ähnliche Studien zum gleichen Thema oder Untersuchungen zu Teilgebieten des Forschungsthemas.

Bei der Entwicklung des theoretischen Bezugsrahmens können Erkenntnisse aus anderen Wissenschaftsdisziplinen oder direkt aus der Pflege genutzt werden. Durch die Sichtung der relevanten Literatur wird neben der inhaltlichen Dimension gleichzeitig die Methodenauswahl unterstützt.

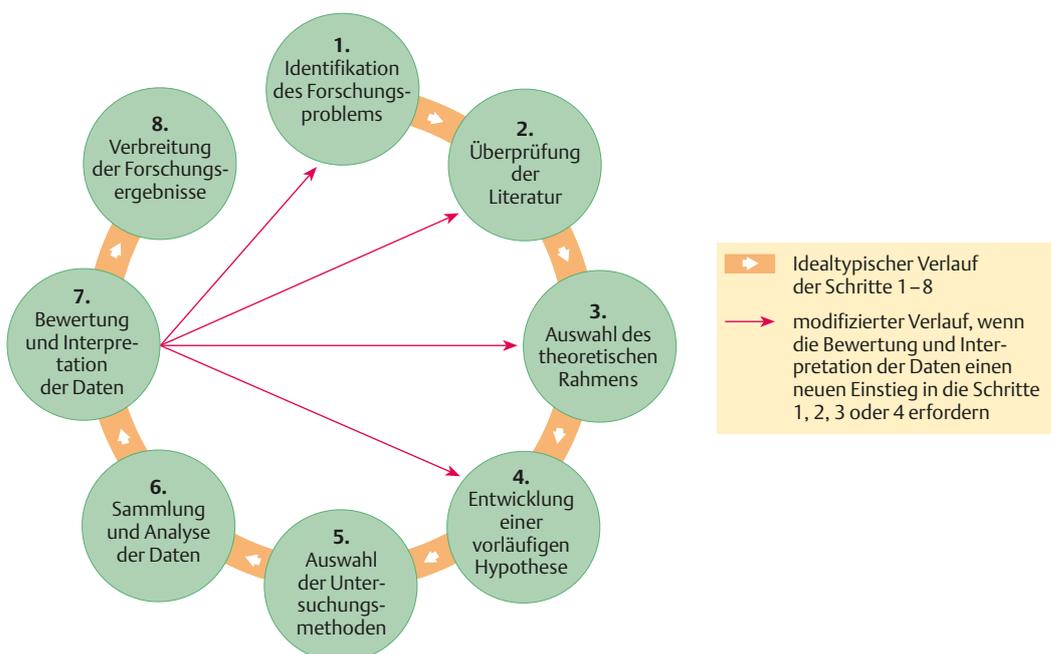


Abb. 1.18 Die acht Schritte des Forschungsprozesses als Regelkreislauf

Aufstellen einer Hypothese

Wie bereits erwähnt, bildet der theoretische Bezugsrahmen die Basis für die Formulierung der Hypothese. Die Hypothese soll im Verlauf der Forschungsarbeit belegt oder widerlegt werden. Die Entwicklung der Hypothese bestimmt darüber, welche Art von Untersuchung durchgeführt wird und welche Variablen dabei analysiert werden.

Forschungsmethode

Die Wahl der Methode ist die wichtigste Entscheidung im Forschungsprozess. Für jede Frage gibt es eine beste oder am ehesten geeignete Methode. Die Entscheidung für eine qualitative oder quantitative Untersuchung fällt also bereits bei der Beschreibung des Problembereichs und der daraus abgeleiteten Forschungsfrage.

Datenanalyse

Eine sorgfältige Vorplanung und genaue Definition der zu untersuchenden Variablen erleichtert die Auswahl der richtigen Methode für die durchzuführende Studie. Grundsätzlich werden auch die Methoden zur Datenanalyse in quantitative und qualitative Methoden unterteilt. Die quantitative Forschung bezieht sich primär auf Daten in Form von Zahlen, wohingegen die qualitative Forschung Daten aus differenzierten Textinterpretationen gewinnt.

Darstellung von quantitativen Ergebnissen

Die optische Darstellung der Daten kann auf vielfältige Weise erfolgen und richtet sich nach den Ergebnissen. Infrage kommen z. B.:

- Diagramme:
 - Säulendiagramme,
 - Kreisdiagramme,
 - Balkendiagramme,
- Kurven.

Eine weitere Möglichkeit der Darstellung ist das Polaritätsprofil. Bei dieser Methode werden unter einem bestimmten Überbegriff Gegensatzpaare formuliert wie „sicher/unsicher“ oder „zurückgezogen/gesellig“. Zwischen diesen Gegensatzpaaren muss der Befragte seine Meinung einordnen.

Darstellung qualitativer Ergebnisse

Die Darstellung qualitativer Ergebnisse erfolgt in beschreibender Form. Zur besseren Veranschaulichung können die herausgearbeiteten Kategorien mittels eines Schaubildes oder einer Grafik verdeutlicht werden. Jede Kategorie wird im Detail beschrieben und häufig durch Originalzitate aus Interviews oder aus Beobachtungsprotokollen unterstützt. Wichtig ist hierbei die Wahrung der Anonymität der zitierten Personen.

Dateninterpretation

Nach erfolgreicher Datenanalyse folgt im Rahmen der Dateninterpretation die Interpretation und Diskussion der Forschungsergebnisse. Logisches Denken und intellektuelle Fähigkeiten sind neben Kreativität die wichtigsten Eigenschaften für die Arbeit der Forscher in dieser Phase. Die Interpretation von quantitativen Studien bezieht sich auf die Bedeutung der erhobenen Zahlen und deren Aussagekraft. Qualitative Studien werden im Hinblick auf die Bedeutung der entwickelten Konzepte und Theorien beleuchtet.

Einschränkungen, wie zu kleine oder nicht repräsentative Stichproben, sollten im Forschungsbericht offen dargelegt werden, damit sie bei der Diskussion der Ergebnisse relativierend angeführt werden können.

Die Interpretation ist auch eine Überprüfung der Ergebnisse in Bezug auf das Forschungsziel, die Hypothese und die gewählten Methoden zur Datenerhebung und -analyse. Sie sollten möglichst im Einklang miteinander stehen. Das bedeutet, dass der Forschungsprozess von Neuem beginnt, wenn sich bei der Bewertung und Interpretation der Daten neue Forschungsfragen und vorläufige Hypothesen ergeben bzw. eine erneute Überprüfung der Literatur nötig wird.

Abschließende Folgerungen und Empfehlungen sollten vorsichtig formuliert werden, damit sie nicht über die tatsächliche Aussagekraft der Daten hinausgehen.

Verbreitung von Forschungsergebnissen

Nach abgeschlossener Forschungsarbeit folgt der Forschungsbericht, der die gewonnenen Erkenntnisse auch anderen Pflegepersonen und Forschern zugänglich macht. Die beiden Zielgruppen verfolgen jedoch unterschiedliche Interessen. Pflegeforscher betrachten die Studie im Hinblick auf ihre eigene Forschungstätigkeit und ob das Forschungsprojekt in einem anderen Zusammenhang zu wiederholen ist. Pflegepersonen, die in der Praxis arbeiten, interessieren sich mehr für die praktische Umsetzung und Anwendung der Ergebnisse.

Der Forschungsbericht sollte übersichtlich sein und Aussagen zum Forschungsproblem, zum Literaturstudium, zum theoretischen Bezugsrahmen, zur Forschungsfrage oder Hypothese, zu den gesammelten Daten, zur Datenanalyse und zu den gezogenen Schlussfolgerungen enthalten. Des Weiteren sollten abschließend Vorschläge für weiterführende Forschungsarbeiten gemacht werden.

Zur Verbreitung der Forschungsergebnisse gibt es verschiedene Darstellungsformen, wie die verbale Präsentation in Form eines Vortrags, eine Posterpräsentation oder auch die Publikation.

D Eine Hypothese ist eine vorläufige Annahme des Forschers über die zu erwartende Beziehung zwischen den Faktoren oder Variablen einer wissenschaftlichen Untersuchung. Sie stellt eine vorläufige Lösung oder Erklärung des zu erforschenden Problems dar und gründet sich auf Beobachtungen der Erfahrungen sowie auf entsprechende Hinweise aus der Literatur.

D Variablen sind Faktoren, Eigenschaften oder Einstellungen, die es zu untersuchen gilt.

M Die Datenanalyse ist meist eng mit der Erhebungsmethode verbunden, deshalb sollte man bereits bei der Wahl der Messmethode die Datenanalyse und spätere Interpretation der Daten im Auge haben.

P Formulierungen wie „die Ergebnisse scheinen anzudeuten“ oder „die Ergebnisse legen nahe“ bewahren vor Überinterpretationen der eigenen Forschungsdaten.

P Quellen sollten sorgfältig nachgewiesen und Zitierregeln beachtet werden. Wenn bestimmte Sätze oder Passagen inhaltlich oder wortwörtlich übernommen werden, müssen diese entsprechend gekennzeichnet sein.

Praktische Anwendung der Pflegeforschung

Pflegeforschung entwickelt Theorien, Modelle und Konzepte, um pflegerische Arbeit und deren Wirksamkeit zu beschreiben. Was Pflegepersonen tun, und wie sie es tun, wird eingebunden in ein theoretisches Konzept.

Pflegeforschung wird nicht zum Selbstzweck betrieben, sondern u.a. mit dem Ziel, die Pflegepraxis zu verbessern. Das bedeutet, dass pflegepraktische Themen zum Gegenstand der Pflegeforschung werden und in der Praxis vorherrschende Fragen und Probleme aufgegriffen und gültige Antworten gesucht werden. Direkte Auswirkungen von Forschungsergebnissen auf die Pflegepraxis ergeben sich z.B. durch Untersuchungen von traditionellen Pflegemethoden.

B So hat die Studie von Ewers (2004) das Problem von postoperativen Verwirrheitszuständen von Patienten nach kardiochirurgischen Operationen aufgegriffen. Untersucht wurde ein Einschätzungsinstrument (Confusion Rating Scale), das eine frühzeitige Identifizierung und Dokumentation von postoperativen Verwirrheitszuständen im Bereich der Kardiochirurgie ermöglicht. Die getestete Skala wurde als zuverlässiges Instrument im Fachbereich der Kardiochirurgie angesehen, die Untersuchung zur Validität steht noch aus. Eine Anwendung in der Praxis für den beschriebenen Fachbereich wird empfohlen.

Auch eine wissenschaftliche Überprüfung von Pflegeinterventionen kann entscheidend zur Verbesserung der pflegerischen Praxis beitragen.

B Ein Beispiel hierfür ist die Untersuchung von Gottschalk u. a. (2004), die als Ergebnis Empfehlungen für eine evidenzbasierte Mundpflege bei Patienten in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen ausspricht.

Die Umsetzung der wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse in der Praxis erzeugt und sichert Qualität in der Pflege. Pflegefehler werden reduziert und pflegerische Arbeit kann ökonomischer gestaltet werden. Eine Pflege, die zum Wohl des Patienten verbessert wird, erzeugt nicht nur eine höhere Patientenzufriedenheit, sondern steigert auch die Berufsidentität der Pflegenden. Pflegeerfolge auf der Basis wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse verdeutlichen die therapeutische Relevanz von pflegerischer Arbeit und machen pflegerisches Handeln begründbar.

Wenn Forschungsergebnisse für die Pflegepraxis nützlich sein sollen, dann müssen die gewonnenen Erkenntnisse in der Praxis anwendbar sein, und vor allem müssen sie den Praktikern zugänglich gemacht werden. Der Zugang zur Forschungsliteratur gestaltet sich in der Praxis oft schwierig. Wissen-

schaftliche Fachzeitschriften und pflegespezifische Bibliotheken sind für Pflegenden in der Praxis häufig nur schwer erreichbar.

Die Anwendung der Forschungsergebnisse setzt auch voraus, dass die publizierten Erkenntnisse der Studien in einer verständlichen Sprache dargestellt werden, sodass sie auch ohne spezielles Wissen nachvollzogen werden können. Um Verständnisproblemen beim Lesen und Interpretieren von Forschungsberichten entgegenzuwirken, empfehlen Lindquist u. a. (1992) zwei Strategien:

- Innerbetriebliche Fortbildung:
 - Vorstellen neuer Verfahren, Methoden oder Instrumentarien und Lehre ihrer Anwendung,
 - Üben der Analyse und Interpretation von Forschungsberichten.
- Pflegeforschung in Aus-, Fort- und Weiterbildung in Pflegeberufen thematisieren.

Die Anwendung von Forschungsergebnissen bedeutet Veränderungen im Arbeitsablauf innerhalb von Einrichtungen des Gesundheitswesens. Die Veränderungen können sich auf strukturelle, organisatorische Dinge beziehen, verlangen aber oft auch ein Umdenken der Pflegepersonen. Bei der konkreten Umsetzung von Forschungsergebnissen in der Praxis kann eine Beratung und Unterstützung durch kompetente Forscher vor Ort hilfreich sein. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Forschern und Praktikern erleichtert die Kommunikation zwischen beiden Bereichen und hilft Vorbehalte abzubauen.

Forschungsergebnisse müssen nicht immer unmittelbar in der Praxis anwendbar sein. Krohwinkel u. a. (1991) betonen, dass die Entwicklung präventiver und fördernder Pflege sowohl der angewandten Pflegeforschung als auch der Grundlagenforschung bedarf.

Darüber hinaus ist die Erweiterung des Anwendungsspektrums von Forschungsergebnissen auch auf organisatorische, institutionelle und politische Ebenen auszudehnen.

Evidence-based Nursing (EBN)

EBN stammt ursprünglich aus der Medizin (evidence based medicine) und ist eine Entscheidungshilfe zur Lösung von gesundheitsrelevanten Problemen (Schlömer 2000).

Die breit gefasste Definition lässt eine Bewertung von quantitativen und qualitativen Studien zu und berücksichtigt gleichzeitig das Zusammenwirken der Beteiligten. Dies bedeutet für die Umsetzung der wissenschaftlichen Ergebnisse in der Praxis, dass sowohl die Patienten in die Entscheidungen über ihre Pflege mit einbezogen werden als auch die klinische Expertise, d. h. die Kenntnisse und Erfahrungen der Pflegenden.

Das methodische Vorgehen wird in sechs Schritten beschrieben (Behrens u. Langer 2004):



M Die Rekrutierung von pflegespezifischem Wissen durch Pflegeforschung ist ein bedeutender Schritt zur Etablierung der Pflege als eigenständiger Wissenschaftsdisziplin.

M Die systematische Erschließung von pflege-relevantem Wissen mittels Forschung führt zu einer professionellen, theoriegeleiteten Pflege, wenn es gelingt, Forschung und Praxis in richtiger Weise miteinander zu vernetzen.

D Evidence-based Nursing ist „die Integration der derzeit besten wissenschaftlichen Belege in der täglichen Pflegepraxis unter Einbezug theoretischen Wissens und der Erfahrungen der Pflegenden, der Vorstellungen des Patienten und der vorhandenen Ressourcen.“ (Deutsches Zentrum für Evidence-based Nursing, Universität Halle/Wittenberg, 1999)

1. Die Aufgabenstellung beinhaltet die Identifizierung eines klinischen Problems. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, ob das zu bearbeitende Problem überhaupt in den eigenen Aufgabenbereich fällt und ob die erforderlichen Ressourcen zur Problemlösung vorhanden sind.
2. Es wird eine präzise Frage formuliert, deren Beantwortung zur Lösung des Problems beiträgt.
3. Um die gestellte Forschungsfrage beantworten zu können, muss im Folgenden verwertbare und wissenschaftlich fundierte Literatur gesammelt werden.
4. Die Ergebnisse der Recherche werden anschließend kritisch bewertet. Zur Analyse der gesammelten Studien sollten spezifische Instrumente (z.B. Beurteilungsbögen) eingesetzt werden, mit deren Hilfe die Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit der Ergebnisse systematisch überprüft werden können.
5. Die gewonnenen Erkenntnisse werden hinsichtlich der Lösung des Problems in die eigene Praxis implementiert. Das heißt, durch gezielte Interventionen wird die Problemlösung herbeigeführt.
6. In einem letzten Schritt wird die EBN-Methode evaluiert, d.h. es wird überprüft, ob der gewünschte Effekt durch die eingebrachte Intervention eingetreten ist.

Eine Übersetzung des Begriffs EBN aus dem Englischen bedeutet eine „beweisbasierte“ Pflege, also eine Pflege, die sich auf wissenschaftlich erwiesene Erkenntnisse stützt.

Mayer (2003) merkt hierzu kritisch an, dass eine Fokussierung auf den Beweis sehr stark der naturwissenschaftlichen Denkweise der Medizin entspricht. Dies impliziert, dass nur Erkenntnisse Gültigkeit erhalten, die experimentell bewiesen wurden.

In der Pflege gibt es jedoch viele Phänomene, die nicht experimentell zu belegen sind, sondern anderer Methoden, z.B. qualitativer Forschung, bedürfen. Daraus lässt sich ableiten, dass EBN nicht auf quantitative Methoden beschränkt werden kann. Vielmehr muss EBN an die Bedingungen der Pflege angepasst werden.

Fazit

Pflegeforschung bedient sich zur Generierung neuen Wissens der wissenschaftlichen Methode des Forschungsprozesses. Seit Mitte der 80er-Jahre wird in Deutschland vermehrt Pflegeforschung von Angehörigen der Pflegeberufe selbst betrieben.

Zum Gegenstand von Forschungsprojekten werden neben der Pflegepraxis auch Pflegemanagement, Geschichte der Pflege und Pflegepädagogik. Je nach Forschungsgegenstand werden unterschiedliche Forschungsansätze eingesetzt.

Wichtig ist, dass bei der Durchführung von Forschungsvorhaben zentrale ethische Prinzipien berücksichtigt werden.

Eine maßgebliche Funktion der Pflegeforschung besteht auch darin, sowohl den Professionalisierungsprozess der Pflege als auch die Pflegepraxis zu unterstützen.

Nationale Expertenstandards

Nationale Expertenstandards werden von ausgewiesenen Fachpersonen entwickelt, die auf dem jeweiligen Gebiet eine besondere (wissenschaftliche) Expertise besitzen. Die Standards werden auf der Grundlage einer kritischen Bewertung des momentanen Forschungsstandes entwickelt. Sie spiegeln den aktuellen Stand der Pflegewissenschaft zu zentralen pflegerischen Themen wider. Expertenstandards sind in drei Ebenen unterteilt.

1. **Strukturebene.** Welche Rahmenbedingungen sollten gegeben sein oder welche Arbeitsmittel sollten vorhanden sein? Auf dieser Ebene werden auch Aussagen über Verantwortungsbereiche in der Einrichtung und notwendige Kompetenzen des Personals gemacht.
2. **Prozessebene.** Was wird von wem wie getan?
3. **Ergebnisebene.** Wie ist der Ist-Zustand nach Durchführung geeigneter Maßnahmen? Welche Ziele wurden erreicht?

Praxisstandards. Praxisstandards dagegen, die von Pflegeteams für die eigene Einrichtung entwickelt werden, oder auch käuflich erwerbbar Standards (z.B. Stösser-Dekubitusprophylaxe-Standard) beschreiben das fachliche Qualitätsniveau, das in der jeweiligen Einrichtung tatsächlich umgesetzt werden soll. Sie enthalten meist detailliertere Handlungsanweisungen. Praxisstandards können auf der Grundlage von Expertenstandards entwickelt werden.

Wie werden Expertenstandards „gemacht“?

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP), ein Zusammenschluss von Pflegenden, die sich mit Qualitätsentwicklung in der Pflege befassen, leitet und begleitet die Entwicklung der Expertenstandards. Es unterstützt und moderiert ca. 10 bis 12 Fachexperten bei der Erstellung des Standards. Anschließend wird der Standard bei einer „Konsensuskonferenz“ mit ca. 450 Teilnehmern der Fachwelt vorgestellt, diskutiert und konsentiert, d.h. in einer Form, der alle zustimmen können, verabschiedet. Dies dauert ca. ein Jahr pro Standard. Nach Fertigstellung wird er vom DNQP im Internet und in Buchform veröffentlicht. Anschließend wird der neue Standard in ca. 20 Einrichtungen getestet, um zu sehen, ob er auch in der Praxis umgesetzt werden kann. Dies wird wissenschaftlich begleitet und ausgewertet.

D Evidence-based Nursing ist eine Methode, die sich mit der systematischen Umsetzung von Forschungsergebnissen in der Pflegepraxis beschäftigt.

M Expertenstandards sind offen formuliert, sodass sich Handlungsspielräume für Institutionen und Pflegenden ergeben, die individuell ausgestaltet werden können.

M DNQP = Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege

I Internet:
<http://www.dip-home.de>
<http://www.dv-pflegewissenschaft.de>
<http://www.dnqp.de>



Prävention. Der Begriff Prävention geht auf das lateinische Wort *praevenire* (zuvorkommen) zurück. Es ist der historisch ältere Begriff, der sich (seit dem 19. Jahrhundert) im Zuge der Entwicklung der sozialen Hygiene, der Volksgesundheitspflege und der späteren Sozialmedizin herausgebildet hat. Das Ziel der Prävention ist es, das Auftreten von Krankheiten zu vermeiden, ihre Verbreitung zu verringern und die Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung zu vermindern (Hurrelmann, Klotz, Haisch 2014 [4. Aufl.]).

Prävention versucht, eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern (Walter, Robra, Schwartz 2012). Dies geschieht durch ein Ausschalten oder Zurückdrängen von Risiken und Auslösefaktoren von Krankheiten.

Gesundheitsförderung. Der Begriff Gesundheitsförderung ist jünger. Systematisch entwickelt wurde er erst in den 1980er-Jahren als „Health Promotion“ im Zusammenhang der gesundheitspolitischen Programmatik der Weltgesundheitsorganisation (WHO – Gesundheit-für-alle-Politik). Seit der Konferenz von Ottawa (1986) und der dort erfolgten Zusammenfassung des Gesundheitsförderungskonzeptes in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung hat sich der Begriff etabliert (ausführlicher Kaba-Schönstein 2011, Kaba-Schönstein 2016; Altgeld, Kickbusch 2012). Er ist inzwischen zu einem Sammelbegriff geworden für gesundheitspolitische Interventionsformen und gesundheitsbezogene Maßnahmen, die bei der Förderung von persönlichen und sozialen Ressourcen und Potenzialen ansetzen und systematisch die ökonomischen, sozialen und kulturellen Bedingungsfaktoren für Gesundheit gestalten (Abb. 1.19).

Prävention und Gesundheitsförderung

Verhältnis zwischen Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung sind gesundheitspolitische Interventionsformen, die an unterschiedlichen Stellen eingreifen:

- Bei der Prävention besteht die Intervention im Verhindern und Abwenden von Bedingungen und Risiken für Krankheiten auf der Grundlage der Kenntnis pathogenetischer Prozesse.
- Bei der Gesundheitsförderung besteht die Intervention in der Förderung und Stärkung von persönlichen und sozialen gesundheitsrelevanten Fähigkeiten und Ressourcen und der systematischen politischen Gestaltung der ökonomischen, sozialen, kulturellen Bedingungen für Gesundheit auf der Grundlage der Kenntnis salutogener Ressourcen und Prozesse (Hurrelmann, Klotz, Haisch 2014).

Gesundheitsförderung und Prävention sind die beiden grundlegenden Strategien zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit, wobei sich

- Gesundheitsförderung auf die Erhaltung und Stärkung von Gesundheitsressourcen und
- Prävention auf die Reduzierung und Vermeidung von Gesundheitsrisiken bezieht (Waller 2006).

Gesundheitserziehung und -bildung, Gesundheitsaufklärung und -beratung, Gesundheitsselfhilfe und Gesundheitstraining sind in diesem Verständnis Methoden zur Umsetzung beider Strategien.

Prävention und Gesundheitsförderung ergänzen einander. In den letzten Jahren hat sich die Einschätzung durchgesetzt, dass es sinnvoll und notwendig ist, diese beiden Strategien und Orientierungen als ergänzend zu verstehen und bewusst zu kombinieren, da sowohl die krankheitsorientierte Herangehensweise der Prävention, als auch der salutogene Ansatz der Gesundheitsförderung letztlich beide aus unterschiedlicher Perspektive und mit unterschiedlichen Strategien auf die Verbesserung

der Gesundheit der Bevölkerung zielen und einander ergänzen (Sachverständigengutachten 2001; Walter, Robra, Schwartz 2012).

Prävention

Prävention lässt sich unterteilen:

- nach dem Zeitpunkt der Intervention in
 - Primärprävention,
 - Sekundärprävention,
 - Tertiärprävention.
- nach der Interventionsebene/dem Ansatzpunkt in
 - Verhaltensprävention,
 - Verhältnisprävention.
- nach Zielgruppenspezifität.

Prävention nach Interventionszeitpunkt

Primärprävention setzt vor einer Erkrankung ein, um exogene Schädigungen (Exposition) zu vermeiden oder um ein personengebundenes Risiko (Disposition, verhaltensorientierte Risikofaktoren) zu verhindern oder zu verringern. Sie umfasst alle spezifischen Aktivitäten vor Eintritt einer fassbaren biologischen Schädigung zur Vermeidung auslösender oder vorhandener Teilursachen. Das gesundheitspolitische Ziel der Primärprävention ist das Senken der Neuerkrankungsrate (Inzidenzrate) einer Erkrankung in einer Population oder der Erkrankungswahrscheinlichkeit bei einem Individuum.

Sekundärprävention versucht das Fortschreiten eines Frühstadiums von Krankheit zu verhindern durch Früherkennung und Frühbehandlung. Sie umfasst alle Maßnahmen zur Entdeckung von klinisch symptomlosen Krankheitsfrühstadien (Gesundheitscheck, Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennungsmaßnahmen) und deren Frühbehandlung. Auch das Vermeiden von Rezidiven wird teilweise als Sekundärprävention bezeichnet, z.B. die Verhütung eines Reinfarkts nach Herzinfarkt. Hier gibt es Überschneidungen zur Tertiärprävention.

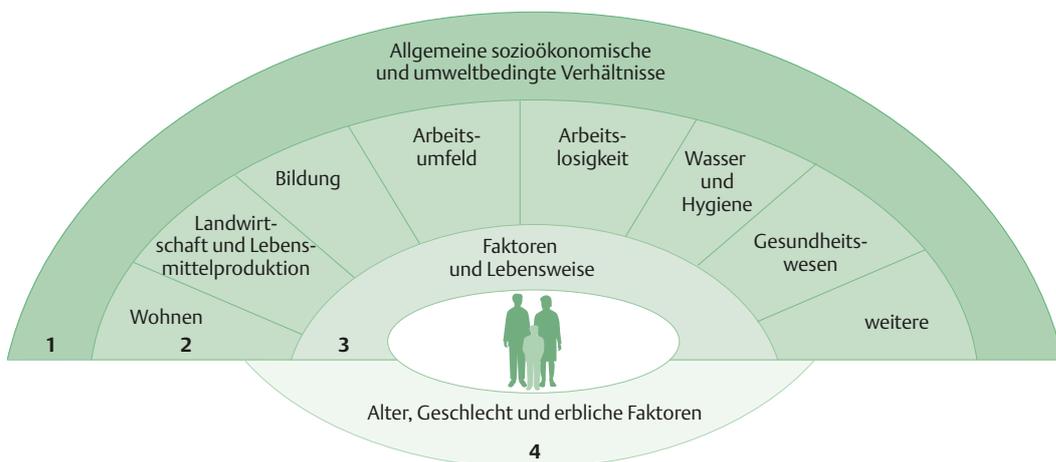


Abb. 1.19 Wichtigste Bedingungsfaktoren (Determinanten) der Gesundheit (nach Dahlgren/Whitehead in: WHO, 1998)

Das gesundheitspolitische Ziel der Sekundärprävention ist die Absenkung der Inzidenz von manifesten oder fortgeschrittenen Erkrankungen.

Tertiärprävention befasst sich mit der Vermeidung oder Milderung von Folgeschäden (Defekte, Behinderungen) einer bereits eingetretenen Erkrankung. Engere Konzepte ordnen die Behandlung manifester Erkrankungen der Kuration zu und bezeichnen lediglich spezielle Interventionen zur Verhinderung von bleibenden, insbesondere sozialen Funktionseinbußen als Tertiärprävention oder Rehabilitation. Das Ziel der tertiären Prävention ist die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit (so weit wie möglich) und die Absenkung der Inzidenz bleibender Einbußen und Behinderungen.

Prävention nach der Interventionsebene

Verhaltensprävention setzt am Verhalten von Individuen und Gruppen an.

Verhältnisprävention setzt an den Verhältnissen, bei sozialen Regeln, Gesetzen und Systemen an.

Prävention nach Zielgruppen

Strategien oder Maßnahmen der Prävention können sich an die gesamte Bevölkerung oder an Gruppen mit erhöhtem Risiko wenden. Zwischen diesen Extremen gibt es viele Zwischenstufen. Je früher Prävention ansetzt, desto unspezifischer ist ihre Zielgruppe.

- Primärprävention richtet sich an die Gesamtbevölkerung oder Risikogruppen,
- Sekundärprävention richtet sich eher an gefährdete Personen ohne bestimmte Krankheitssymptome,
- Tertiärprävention an Personen nach der Behandlung einer spezifischen Krankheit.

Die Übergänge sind auch hier fließend. Seit einiger Zeit wird die Trias von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention ergänzt durch ein Modell der Spezifizierung der Zielgruppen:

- Universale Prävention spricht die Gesamtbevölkerung und große Teilpopulationen an,
- selektive Prävention Zielgruppen mit vermutetem, evtl. überdurchschnittlichem Risiko,
- indizierte Prävention zielt auf Personen/Gruppen mit gesicherten Risikofaktoren bzw. Störungen (Walter, Robra, Schwartz 2012).

Gesundheitsförderung

Die **Ottawa-Charta** zur Gesundheitsförderung ist zu einem grundlegenden und wegweisenden, auch offiziellen Grundsatzdokument geworden, auf das sich Konzepte, Projekte und Netzwerke der Gesundheitsförderung beziehen (ausführlicher Kabaschönschein 2016). Nach der Ottawa-Charta zielt Gesundheitsförderung auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein

umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, sei es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen, sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.

Diese Definition ist in der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert (1997) weiterentwickelt worden. In ihr wird Gesundheitsförderung definiert als ein Prozess, der die Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern durch Beeinflussung der Determinanten (Bedingungsfaktoren) für Gesundheit (WHO, Jakarta-Erklärung).

Individuelle und strukturelle Ebene. Im Gegensatz zur Prävention als krankheits- und risikorientierter Vermeidungsstrategie geht es bei der Gesundheitsförderungsstrategie um die Analyse und Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potenzialen. Nach Altgeld, Kickbusch (2012) definiert sich Gesundheitsförderung durch das Zusammenführen von zwei strategischen Ansätzen: der Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz, verbunden mit einer systematischen Politik, die auf die Verbesserung von Gesundheitsdeterminanten und den Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit abzielt. Als strategische Schlüsselpunkte sieht sie

- Empowerment,
- Stärkung von Kompetenz und Selbstbestimmungsrecht über die eigene Gesundheit,
- Intersektoralität (Einbindung von Gesundheit als Handlungsziel in vielen Politikbereichen).

Handlungsebenen und Aktionsprinzipien

Die wichtigsten Aktionsprinzipien und Handlungsebenen der Gesundheitsförderung sind 1986 in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zusammengefasst worden. In einem Mehrebenen-Modell werden drei vorrangige Aktionsprinzipien und fünf vorrangige Handlungsebenen der Gesundheitsförderung unterschieden.

Handlungsebenen. Dazu gehören:

- gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln,
- gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen,
- gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen,
- persönliche Kompetenzen entwickeln,
- die Gesundheitsdienste neu orientieren (diese Handlungsebene wurde in der Folgezeit verallgemeinert zur Ebene der „Institutionen“).

Aktionsstrategien. Dazu gehören:

- Anwaltschaft/Interessenvertretung für Gesundheit (advocacy-Strategie),
- Befähigen und Ermöglichen (enable-Strategie),
- Vermitteln und vernetzen (mediate-Strategie).

B Bei der Sturzprävention sind die Maßnahmen auf den beiden Interventions-ebenen z. B.:

- Verhaltensprävention: Patienten über die Bedeutung einer realistischen Selbsteinschätzung informieren.
- Verhältnisprävention: Stolperfallen beseitigen.

D Empowerment. Strategien und Maßnahmen, die geeignet sind, das Maß an Selbstbestimmung und Autonomie im Leben der Menschen zu erhöhen und sie in die Lage zu versetzen, ihre Belange (wieder) eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten und zu gestalten.



Potenziale der Pflege

Das Mehrebenen-Modell der Gesundheitsförderung beruht auf einem sozialökologischen Gesundheitsverständnis und bedeutet für die Pflege, die Konzentration und Beschränkung auf die Pflege von kranken Individuen zu überwinden. Die o. g. Perspektiven und Handlungsebenen sind zu ergänzen um die Angehörigen, die Familie, die Netzwerke und Gemeinschaften, die Lebenswelten von gesunden und kranken Menschen und um die Ebenen der Institutionen und der gesundheitsfördernden (Gesamt-) Politik. Brieskorn-Zinke (1998) hat in Anlehnung an die Ottawa-Charta Interventionsmöglichkeiten der pflegerischen Gesundheitsförderung auf den folgenden Ebenen aufgezeigt (Abb. 1.20):

- Individualebene: Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung in der direkten pflegerischen Beziehung,
- Gruppenebene: Gesundheitsbildung mit pflegenden Angehörigen, mit Frauen, mit Kindern, mit chronisch kranken Menschen,
- Institutionenebene: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Krankenhäusern, Altenheimen und ambulanten Einrichtungen,
- Gemeindeebene: pflegerisches Case Management, Kooperationsprojekte der Gesundheitsförderung, Initiieren und Etablieren sozialer Netzwerkarbeit, ambulante gemeindeorientierte Gesundheitsberatung,
- Politikebene: Erarbeiten gesetzlicher Grundlagen für pflegerelevante gesundheitsförderliche Richtlinien im Bereich der Gesundheitspolitik durch Berufsverbände usw.

Der Setting-Ansatz

Eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung ist der Setting-Ansatz. Settings sind soziale Systeme, Lebensbereiche und Lebenswelten wie Kindertagesstätten, Schulen, Betriebe, Krankenhäuser, Stadt(-Teile). In ihnen verbringen Menschen einen großen Teil ihrer Lebenszeit.

Diese Settings beeinflussen deshalb über die in ihnen vorhandenen Risiken und Ressourcen, mit ihrem sozialen Gefüge und Organisationsstruktur die Gesundheit der Menschen. Gesundheitsförderung

nach dem Setting-Ansatz ist eng verbunden mit Organisationsentwicklung, da sie Prozesse der geplanten organisatorischen Veränderung von Settings und Systemen anregt und unterstützt. Im Gegensatz zur isolierten Beeinflussung einzelner (Risiko-)Verhaltensweisen, wie in der Verhaltensprävention, wird in einer komplexen sozialökologischen Perspektive die institutionelle oder sozialräumliche Lebenswelt, das Setting und der Alltag im Setting gesundheitsförderlich gestaltet (Kaba-Schönstein 2016).

Aktive Mitwirkung aller Beteiligten. Der Setting-Ansatz bietet daher auch Möglichkeiten, sozial und gesundheitlich benachteiligte Menschen und Bevölkerungsgruppen zu erreichen, ohne sie zu stigmatisieren. Für eine dauerhafte gesundheitsgerechte Gestaltung der Settings ist die aktive Mitwirkung (Partizipation) aller Beteiligten von zentraler Bedeutung. Für einige der genannten Settings gibt es nationale und internationale Netzwerke, z. B. das Europäische und Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung und das Internationale und Deutsche Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (weitere Informationen zu gesundheitsfördernden Krankenhäusern: www.dngfk.de). Es wird unterschieden zwischen dem

1. bescheideneren Ansatz der „Gesundheitsförderung im Setting“ und
2. dem eigentlichen Setting-Ansatz der Gestaltung eines „gesundheitsfördernden Settings“ (Kaba-Schönstein 2016).

Beispiel: Gesundheitsförderung in der Schule

In der Schule als Ort der Wissensvermittlung kann Gesundheitsförderung so gestaltet sein, dass Fähigkeiten erworben werden, die einer gesundheitsfördernden Lebensweise zuträglich sind. Darüber hinaus können im Schulalltag aber auch konkrete präventive und fördernde Maßnahmen im Sinne des Settingansatzes durchgeführt werden. Wirksame Gesundheitsförderung kann sich auch in der Schule nicht auf rein physische Aspekte, z.B. die Anschaffung ergonomischer Sitzmöbel, regelmäßigen Sportunterricht oder den Verkauf gesunder Pausensnacks beziehen und darf sich auch nicht in vereinzelt stattfindenden Projekten wie Anti-Drogen-Kampagnen erschöpfen.

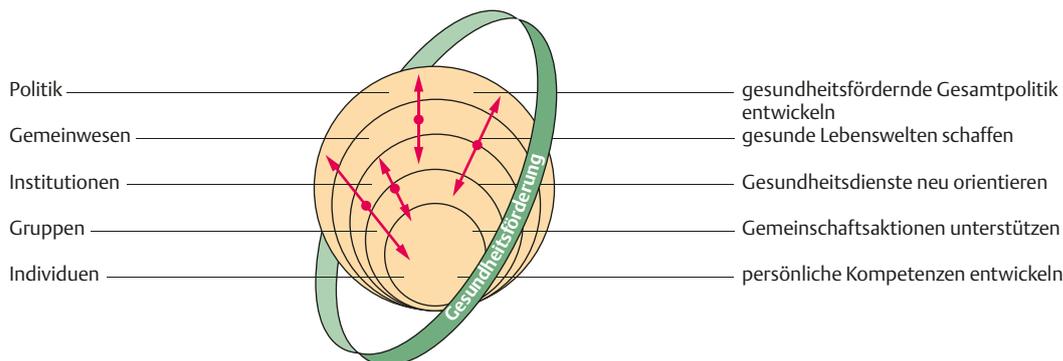


Abb. 1.20 Handlungsebenen und Aktionsstrategien der Ottawa-Charta (nach WHO, 1986).

B Wenn in einem „gesundheitsfördernden Krankenhaus“ gesundheitsfördernde Einzelprojekte und -maßnahmen durchgeführt werden, die z. B. Teilsysteme wie Pflege oder nur die Patienten betreffen, handelt es sich um Gesundheitsförderung im Setting Krankenhaus (1). Wenn die gesamte Organisation Krankenhaus gesundheitsförderlich umgestaltet wird, handelt es sich um ein gesundheitsförderndes Setting (2).

M Die Schule ist eine Institution, die Zugang zu fast allen Kindern bietet und daher für gesundheitsfördernde Maßnahmen sehr gut geeignet ist.

Die fächerübergreifende Förderung von Teamarbeit, Stressabbau und der Aufbau von Frustrationstoleranz sind neben der Förderung persönlicher und sozialer Kompetenzen wichtige Ansätze für eine „gesunde Schule“ als Gesamtkonzept.

Beispiel: Gesundheitsförderung im Beruf

Gestaltung der Arbeitsbedingungen durch den Arbeitgeber. Die Arbeitsbedingungen müssen so gestaltet werden, dass die Gesundheit der Berufstätigen möglichst geschützt und erhalten wird. Hierzu dienen eine Vielzahl von Vorschriften, deren Einhaltung die Gewerbeaufsicht und Unfallversicherungsträger kontrollieren und zu denen Arbeitgeber verpflichtet sind. Beispiele hierfür sind den Unfallverhütungsvorschriften, dem Arbeitszeitgesetz oder dem Mutterschutzgesetz zu entnehmen.

Auch gezielte Teamentwicklung und eine funktionierende Kooperation im Betrieb tragen viel zur Gesundheitsförderung von Mitarbeitern bei. Insgesamt lässt sich für eine wirksame Gesundheitsförderung im Betrieb sagen, dass sie nur dann erfolgreich sein kann, wenn sie auf Dauer im Unternehmensleitbild verankert ist und sich durch alle betrieblichen Strukturen hindurch zieht.

Erwerb von Fähigkeiten und Wissen zur Gesundheitsförderung durch die Beschäftigten. Gesundheitsförderung im Beruf bedeutet auch, dass die Berufstätigen selbst Wissen und Fähigkeiten erwerben, um die Anforderungen ihres Arbeitsalltags bewältigen zu können. Hierzu gehören konkrete Fähigkeiten wie rückschonende Arbeitsweise und die Durchführung von Entspannungstechniken.

Gesundheitsförderung in Kliniken und Pflegeeinrichtungen

Krankenhäuser und Pflegeheime sind Institutionen, in denen die Gesundheitsförderung eigentlich zu den wichtigsten Aufgaben gehören müsste:

- zum einen als gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitswelt für Mitarbeiter und Bewohner bzw. Patienten,
- zum anderen aber auch als Einrichtungen, die meist über geeignete Personen und Räumlichkeiten verfügen, um Gesundheitsförderungs-Präventionsmaßnahmen für die Bevölkerung initiieren zu können.

Einrichtungen der stationären Altenhilfe werden von vielen Menschen aus der jeweiligen Region aufgesucht, die über diesen Weg mit Präventionsprogrammen erreicht werden können. Beispiele hierfür wären die gezielte Ernährungsberatung bei speziellen Erkrankungen, Diabetikerschulungen, körperliches Funktionstraining und vieles mehr.

Pflegerische Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung als Inhalt und Aufgabe professioneller Pflege werden insbe-

sondere seit der Konferenz und Deklaration von Alma Ata (1978) ausdrücklich betont. Der International Council of Nurses (ICN) hat den Ansatz der dort formulierten „Gesundheit-für-alle“-Politik und der primären Gesundheitsversorgung aufgegriffen. Nach dem ICN-Ethikkodex für Pflegenden haben diese vier grundlegenden Aufgaben:

1. Gesundheit zu fördern
2. Krankheit zu verhüten
3. Gesundheit wiederherzustellen
4. Leiden zu lindern (www.icn.ch)

Einzigartige Rolle der Pflegenden. Nach der ICN-Definition umfasst Pflege „die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind:

- Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy),
- Förderung einer sicheren Umgebung,
- Forschung,
- Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung“ (www.icn.de).

Pflegerische Prävention und Gesundheitsförderung in der deutschen Gesetzgebung

Diese Einsicht wurde in Ansätzen auch in die deutsche Gesetzgebung übernommen. Sowohl im neuen Altenpflegegesetz von 2003 als auch im Krankenpflegegesetz zur „Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege“ von 2004 sind gesundheitsförderliche und präventive Aufgaben der Pflege festgeschrieben. Dies gilt auch für die entsprechenden Pflegeausbildungsverordnungen. Auch aus dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) lassen sich fördernde und präventive Aufgaben der Pflege ableiten. In der deutschen pflegerischen Versorgungsrealität zeigt sich allerdings, trotz einiger Ansätze des SGB XI (z.B. Beratungsbesuche und Schulungen für pflegende Angehörige), insgesamt ein sehr nachgeordneter Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung. Er wird sowohl auf die lange Zeit fehlende einschlägige Ausbildung und Zuständigkeit, als auch auf fehlende Finanzierung und Strukturen zurückgeführt. Prävention und Gesundheitsförderung werden eher als Nebenprodukt, denn als Ziel der pflegerischen Handlungen gesehen und finanziert, doch zunehmend in ihrer Bedeutung erkannt und gefordert. Dies gilt auch für das 2015 verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz).

M Gesundheitsförderung im Beruf umfasst zwei Aspekte:

- 1 Gestaltung der Arbeitsbedingungen durch den Arbeitgeber,
- 2 Erwerb von Fähigkeiten und Wissen.

I Literatur:
Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J.: Prävention und Gesundheitsförderung. Huber, Bern 2014

Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung I–V. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Neuaufgabe. Werbach-Gamburg: Conrad; 2011
Kuhlmey A: Prävention in der Pflege. Urban&Fischer bei Elsevier. München; 2012

Internet:
<http://www.forumpraevention.de>
<http://www.dngfk.de>
<http://www.bvpraevention.de>
www.leitbegriffe.bzga.de
www.bundesgesundheitsministerium.de



D Rehabilitation bezeichnet alle Bemühungen, eine Störung der Funktionsfähigkeit nicht zu einer dauerhaften Einschränkung bzw. Beeinträchtigung der persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensumstände werden zu lassen oder diese auf ein Minimum zu reduzieren.

M Therapiert wird nicht nur der (Organ-)Schaden beim Menschen, rehabilitiert wird der Mensch.

ICF (Internationale Klassifikation der WHO) s. a. S. 10

M Es wird zwischen drei Arten von Behinderung unterschieden:

- körperliche Behinderung,
- geistige Behinderung,
- seelische Behinderung.

Was ist Rehabilitation?

Ziel der Rehabilitation ist die Integration des Behinderten in die Gesellschaft, also die Teilhabe am sozialen Leben. Eine ausschließlich auf die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit ausgerichtete Definition von Rehabilitation würde alte und chronisch kranke Menschen von Rehabilitationsmaßnahmen ausschließen. Rehabilitation hat weiterhin das Ziel, Menschen zu befähigen, mit ihrer Krankheit oder Behinderung angemessen umzugehen. Der behinderte Mensch soll nicht nur an die Gesellschaft angepasst werden, sondern seine Umwelt so gestaltet werden, dass das Leben des Behinderten möglichst erleichtert wird.

Außer im Krankenhaus als Früh-Rehabilitation z. B. nach einem Schlaganfall und in speziellen Rehabilitationseinrichtungen findet Rehabilitation gerade auch in Einrichtungen der Altenhilfe und in der ambulanten Pflege statt. Besonders hier ist es das Ziel, gemeinsam mit dem pflegebedürftigen Menschen Wege zu einer möglichst weitreichenden Unabhängigkeit zu finden. Die Gestaltung der Wohnräume und die Versorgung mit adäquaten Hilfsmitteln tragen entscheidend zu einem alters- und fähigkeitsangepassten Leben in größtmöglicher Selbstständigkeit bei.

Behinderung

Menschen sind laut Definition im Sozialgesetzbuch IX § 2 behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Stand abweichen und daher ihre Teilhabe an der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

In Deutschland gelten Menschen, deren Behinderungsgrad von 50 beträgt, als schwerbehindert.

Behinderung ist bestimmt durch die Probleme des betroffenen Menschen, am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben, nicht aber durch ein gesundheitliches Problem an sich. Die Bezeichnung „Teilhabe“ bzw. „Partizipation“ findet sich auch als zentraler Begriff in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO. Teilhabe bzw. Partizipation bedeutet Dazugehörigkeit. Menschen mit Behinderung sollen die Möglichkeit haben, dazuzugehören, dabei zu sein und mitzuwirken.

Arten von Behinderung

Behinderungen können durch Krankheit, Unfälle oder ein angeborenes Leiden verursacht werden. Abhängig von der Ursache der Einschränkung können drei Arten von Behinderung unterschieden werden:

– Körperliche Behinderung ist charakterisiert durch Einschränkungen in der Bewegungsfähig-

keit, der Leistungsfähigkeit oder der Sinnesorgane.

- Geistige Behinderung ist gekennzeichnet durch Probleme, Zusammenhänge zu verstehen oder sich zu orientieren.
- Seelische Behinderung bedeutet, dass sich ein Mensch durch psychische Erkrankungen, z. B. Depression oder eine Suchterkrankung nicht mehr in der Gesellschaft zurechtfindet.

Im SGB IX § 1 ist festgelegt, dass Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen bestimmte Leistungen erhalten. Diese dienen als Hilfe zur Selbsthilfe, also um die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Auch das Behindertengleichstellungsgesetz (BGGL) hat zum Ziel, Benachteiligungen von Behinderten zu verhindern

Bedeutung der ICF für Rehabilitationsmaßnahmen

Mithilfe der ICF kann die Situation eines Menschen im Hinblick auf menschliche Funktionsfähigkeit und Beeinträchtigungen leicht und strukturiert beschrieben werden. Die ICF umfasst zwei Teile mit je zwei Komponenten:

- Funktionsfähigkeit und Behinderung:
 - Körperfunktionen und Körperstrukturen,
 - Aktivitäten und Partizipation bzw. Teilhabe.
- Kontextfaktoren:
 - Umweltfaktoren,
 - personenbezogene Faktoren.

Neben dem Ziel, eine einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes einer Person zur Verfügung zu stellen, ist die ICF auch für die Rehabilitation von Bedeutung. Eine zentrale Aufgabe von Rehabilitationsmaßnahmen ist die Wiederherstellung oder Besserung der funktionalen Gesundheit im Bereich der Aktivitäten und der Teilhabe. Weitere Ziele sind der Abbau von Barrieren und der Ausbau von Förderfaktoren. Infolgedessen kann die ICF verwendet werden für:

- die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs,
 - die Rehabilitationsdiagnostik,
 - den Rehabilitationsgesamtplan,
 - die Evaluation der Rehabilitationsmaßnahmen.
- Prävention und medizinische Rehabilitation sollen nach dem Pflegeversicherungsgesetz frühzeitig greifen, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder diese zu reduzieren. Der Leitsatz heißt „Rehabilitation vor Pflege“. Bei dieser Aussage wird allerdings außer Acht gelassen, dass es in der geriatrischen Rehabilitation die Aufgabe von Pflegenden ist, Rehabilitation durch Pflege zu leisten (§ 5, SGB XI).

Was ist geriatrische Rehabilitation?

Geriatrische Rehabilitation bedeutet, alte Menschen zu befähigen, größtmögliche Selbstständigkeit zu erhalten oder wiederzuerlangen. Rehabilitation wird dann nötig, wenn Krankheiten, Unfälle oder Nachlassen der Selbsthilfekräfte den älter werdenden Menschen vor eine grundlegende Veränderung seiner bisherigen Lebensgewohnheiten stellen. Oft ist ein Klinikaufenthalt unausweichlich. Dort werden die Weichen für das weitere Leben des Betroffenen gestellt.

Aufgabe der geriatrischen Rehabilitation

Bereits in der akuten Phase sollten durch rehabilitative Maßnahmen eingetretene oder sich entwickelnde Störungen behandelt werden. Angst und Schmerzen können sich dadurch reduzieren und einer Manifestation möglicherweise entgegen gewirkt werden.

Durch nicht rechtzeitig und konsequent eingeleitete rehabilitative Maßnahmen besteht die Gefahr, dass z. B. nicht physiologische oder schädliche Bewegungsmuster gebahnt werden. Je frühzeitiger und konsequenter die rehabilitativen Maßnahmen eingeleitet werden, desto größer sind die Erfolgsaussichten.

In der geriatrischen Rehabilitation heißt das, die Zielsetzung im besonders sensiblen Maß mit den Betroffenen abzugleichen. Alle Interventionen zwischen Betroffenen, Angehörigen und dem multidisziplinären Team in der geriatrischen Rehabilitation sind individuell auszuhandeln.

Voraussetzungen für geriatrische Rehabilitation

Leistungen der geriatrischen Rehabilitation bekommen i. d. R. multimorbide Personen, die älter als 70 Jahre sind. Das bedeutet, auch Gesundheitsprobleme sind durch mindestens zwei Erkrankungen verursacht. Bedingungen, die bei der Geriatrischen Rehabilitation erfüllt sein müssen (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2006):

Rehabilitationsbedürftigkeit. Diese besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Störung alltagsrelevante und nicht nur vorübergehend Beeinträchtigungen vorliegen, die in absehbarer Zeit zu Beeinträchtigungen der Teilhabe führen können. Oder wenn bei bestehenden Beeinträchtigungen zur kurativen Versorgung ein mehrdimensionaler und interdisziplinärer Ansatz erforderlich ist.

Diese Beeinträchtigungen müssen, unter Beachtung des sozialen Umfelds (z. B. häusliches Wohnumfeld), alltagsrelevant sein. Die Selbstständigkeit ist dabei in folgenden Bereichen gefährdet:

- Essen und Trinken



Abb. 1.21 Ziel der Pflege in der geriatrischen Rehabilitation ist die Wiedererlangung von Alltagskompetenz und Selbstständigkeit. (Foto: Stefan Oldenburg, Thieme)

- persönlichen Hygiene
- Mobilität
- Kommunikation
- Gestaltung und Aufrechterhaltung einer angemessenen Beschäftigung
- soziale Integration

Rehabilitationsfähigkeit. Diese setzt voraus, dass die körperliche Belastbarkeit die Rehabilitation ermöglicht. Begleiterkrankungen müssen vom Rehabilitationsteam behandelt werden können. Entscheidend ist auch, ob die Motivation (Wille und Bereitschaft) und die psychische Belastbarkeit Rehabilitationsmaßnahmen zulassen. Rehabilitation erfordert ein aktives „Mitmachen“ der Betroffenen und kann nicht passiv durch Dritte (z. B. Pflegende) geleistet werden. Allerdings wird von einer reduzierten körperlichen, psychischen oder kognitiven Belastbarkeit älterer Menschen ausgegangen.

Rehabilitationsziele. In der geriatrischen Rehabilitation sind dies: Wiedererlangung, Verbesserung oder Erhalt der Selbstständigkeit. Insbesondere gilt das für die Verbesserung der Aktivität, der Teilhabe und die Reduktion von Abhängigkeit und/oder Pflegebedürftigkeit.

Rehabilitationsprognose. Dies ist die Einschätzung darüber, ob durch eine Rehabilitationsmaßnahme in einem angemessenen Zeitraum ein realistisches Ziel erreicht werden kann.

Bei einem Antrag auf Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation erfolgt eine sozialmedizinische Begutachtung, die die Rehabilitationsbedürftigkeit, die -fähigkeit, die -ziele, sowie die umgebungsbedingten Faktoren und den bisherigen Verlauf berücksichtigt.

M Die Aufgabe der geriatrischen Rehabilitation ist es, alten Menschen Selbstständigkeit und Teilhabe zu erhalten oder wieder zu ermöglichen.

M Das Ziel der geriatrischen Rehabilitation ist die größtmögliche Wiederherstellung der Alltagskompetenz und der Selbstpflegefähigkeiten alter Menschen (Abb. 1.21).

M Bereits in der Akutklinik wird häufig der Grundstein dafür gelegt, dass der alte Mensch eine Rehabilitationsbehandlung als positiv oder negativ erlebt. Pflegende können hier unterstützen.

I Internet:
http://www.dggg-online.de/pdf/abgrenzungskriterien_geriatrie_v13.pdf
http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Geriatrie.pdf



Aufgabe und Ziele der Pflege in der Rehabilitation

Das Ziel der Rehabilitation ist die Integration des Behinderten in die Gesellschaft, also die Teilhabe am sozialen Leben. Eine ausschließlich auf die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit ausgerichtete Definition von Rehabilitation würde alte und chronisch kranke Menschen von Rehabilitationsmaßnahmen ausschließen. Rehabilitation hat weiterhin das Ziel, Menschen zu befähigen, mit ihrer Krankheit oder Behinderung angemessen umzugehen.

Grundsätze der Rehabilitation

Behinderung betrifft nicht nur die Körperfunktionen und -strukturen, sondern besonders hiervon betroffene Aktivitäten und die Teilhabe an allen Lebensbereichen, die für die betreffende Person wichtig sind. Deshalb setzt auch Rehabilitation auf verschiedenen Ebenen an und die Grundsätze der Rehabilitation, die sich in ähnlicher Form auch im SGB IX wiederfinden, müssen entsprechend ausgerichtet sein.

Körperliche Ebene: „Rehabilitation vor Immobilität und Invalidität“

Bei einem Menschen, der an einem Herzinfarkt erkrankt ist, wird es ggf. darum gehen, die körperliche Leistungsfähigkeit annähernd wiederherzustellen. Beim Querschnittgelähmten könnte das Ziel dagegen sein, die körperliche Einschränkung mit Hilfsmitteln wie einem Rollstuhl zu kompensieren. Mit der Vermeidung von Immobilität und Invalidität können Folgeerscheinungen und damit einhergehende Probleme auf den anderen Ebenen reduziert werden.

Psychische Ebene: „Rehabilitation vor Resignation, Depression und Angst“

Etliche Erkrankungen, die zur Behinderung führen, sind akut lebensbedrohend; Herzinfarkt, Schlaganfall und Tumorleiden sind hierfür Beispiele. Für viele Menschen führen solche Krankheiten zu psychischen Beeinträchtigungen, die mit Resignation, Depression und der Angst vor Rezidiven, also Rückfällen, einhergehen. Hier können psychotherapeutische Ansätze im Rehabilitationskonzept eingreifen, um Lebensmut und Lebensfreude zurückzugewinnen.

Berufliche Ebene: „Rehabilitation vor Rente“

Viele Behinderungen gehen mit reduzierter Belastungsfähigkeit im Hinblick auf die berufliche Tätigkeit einher oder führen dazu, dass eine berufliche Neuorientierung notwendig wird. Es muss stets geprüft werden, ob durch geeignete berufsfördernde Maßnahmen die Erwerbstätigkeit erhalten, verbessert oder wiederhergestellt werden kann. Nicht nur aus wirtschaftlichen Gründen, sondern auch,

weil Berufstätigkeit und soziale Integration häufig miteinander verknüpft sind, haben Leistungen zur Rehabilitation Vorrang vor Rentenleistungen.

Soziale Ebene: „Rehabilitation vor Pflege“

Viele behinderte Menschen sind bereits in fortgeschrittenem Lebensalter und können ihren Haushalt nicht mehr alleine versorgen. Die Einbeziehung von Angehörigen und die Organisation ambulanter Versorgungshilfen wie Essen auf Rädern, Haushaltshilfe oder ambulante Pflegedienste sind Bestandteile eines Rehabilitationskonzepts. Im Schwerbehindertengesetz sind finanzielle und steuerliche Vergünstigungen festgelegt, um durch die Behinderung entstehende Nachteile auszugleichen.

Selbstbestimmende Ebene: „Rehabilitation vor Abhängigkeit“

Rehabilitation muss Hilfe zur Selbsthilfe sein. Betroffene Menschen benötigen konkrete Informationen und nötigenfalls Motivationshilfe, um Integrationsmöglichkeiten angemessen nutzen zu können.

Handlungsprinzipien der Rehabilitation

Die Handlungsprinzipien der Rehabilitation orientieren sich an den oben genannten Grundsätzen. Alle Maßnahmen der Rehabilitation sind darauf ausgerichtet, Beeinträchtigungen zu verringern, ggf. eine Stabilisierung des gegenwärtigen Zustandes zu erreichen und das Leben des Behinderten zu erleichtern. An diesen Kriterien sollen die Einzelmaßnahmen des Rehabilitationsprozesses orientiert werden. Handlungsprinzipien der Rehabilitation sind:

- Normalisierungsprinzip,
- Prinzip „Ambulant vor Stationär“,
- Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“.

Normalisierungsprinzip

Das Normalisierungsprinzip muss gegen das notwendige Schutz- und Förderbedürfnis des Menschen abgewogen werden, d. h. es kann notwendig sein, zum Schutz der betroffenen Person einen Heimaufenthalt zu organisieren. Grundsätzlich soll der Behinderte während seiner Rehabilitation befähigt werden, möglichst aus eigener Kraft seinen Platz in der Gesellschaft wiederzuerlangen und am sozialen Leben teilzuhaben.

Prinzip „Ambulant vor Stationär“

In der Rehabilitation geht es nicht nur um eine Anpassung des Behinderten an die „Normalität“ der Gesellschaft, sondern auch darum, seine Umwelt derart zu gestalten, dass für die betroffene Person ein Leben mit der Behinderung ermöglicht wird.

M Rehabilitation hat zum Ziel, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu verhindern oder zu lindern bzw. die Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit zu verhindern.

M Rehabilitation hat zum Ziel, dem Behinderten ein selbstbestimmtes und möglichst unabhängiges Leben zu ermöglichen.

M Rehabilitation hat zum Ziel, körperliche Schädigungen zu beseitigen, zu lindern oder zu kompensieren.

M Rehabilitation hat zum Ziel, psychische Einschränkungen zu beseitigen oder zu lindern.

M Rehabilitation hat zum Ziel, berufliche Einschränkungen zu beseitigen, zu lindern, zu verhindern oder zu kompensieren.

D Als Normalisierungsprinzip wird der Leitgedanke der Rehabilitation, nämlich die Rückkehr des behinderten Menschen in seine gewohnte Umgebung bezeichnet.

M Vom Normalisierungsprinzip leiten sich alle konkreten Maßnahmen zur Rehabilitation ab.

Nur so kann das Normalisierungsprinzip Anwendung finden. Barrieren im Sinne der ICF sollen beseitigt sowie Förderfaktoren ermittelt und aktiviert werden. Hierzu ist es wichtig, soziale Ressourcen zu nutzen und eigene Fähigkeiten des Rehabilitanden zu stärken.

Ambulante oder teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen sind nicht nur aus Gründen der Wirtschaftlichkeit stationären Angeboten vorzuziehen. Gerade die Unterstützung in der sozialen Umgebung des behinderten Menschen kann ambulant besser genutzt werden als bei einem stationären Aufenthalt. Angehörige und Freunde haben im Sinne des ICF als „Förderfaktoren“ die Möglichkeit, positiv auf den Rehabilitationsprozess einzuwirken.

Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“

Nur mit der Befähigung zur Selbsthilfe kann das Ziel, dass der Rehabilitand möglichst aus eigener Kraft seinen Platz in der Gesellschaft wiedererlangt, erreicht werden. Dies beinhaltet aber auch, dass der Behinderte die Angebote und Chancen zu seiner Wiedereingliederung aktiv nutzen muss und gegebenenfalls aktivierende bzw. motivierende Maßnahmen erforderlich sein können. Hilfe zur Selbsthilfe als Rehabilitationsprinzip heißt auch aktive Nutzung angebotener Leistungen.

Individuelles Rehabilitationskonzept

Die Leistungen der Rehabilitation müssen individuell auf die konkrete Bedarfssituation des behinderten Menschen ausgerichtet sein. Die individuelle Abstimmung wird sichergestellt durch:

- Rehabilitationsdiagnostik und Sozialanamnese,
- Rehabilitationsgesamtplan,
- Stufenkonzept,
- Evaluation der Rehabilitationsergebnisse.

Rehabilitationsdiagnostik und Sozialanamnese

Vor der Erstellung des individuellen Rehabilitationskonzeptes müssen sowohl Funktionsfähigkeit und Behinderung als auch die Kontextfaktoren der betreffenden Person abgeklärt werden.

Rehabilitationsdiagnostik. Sie dient zunächst der Erfassung und Bewertung des aktuellen Krankheitsstadiums sowie der Feststellung von Fähigkeiten und Beeinträchtigungen.

Sozialanamnese. Sie ermittelt Daten aus dem sozialen Leben des betroffenen Menschen. Inhalte einer Sozialanamnese sind Familie und Freunde, die Arbeitssituation, die finanzielle Lage sowie Freizeitbeschäftigungen. Einen wichtigen Stellenwert haben auch besondere Lebensereignisse.

Mithilfe der Rehabilitationsdiagnostik und der Sozialanamnese können Einschränkungen in der

Funktionsfähigkeit im sozialen Kontext erkannt und die persönlichen Einschränkungen am gesellschaftlichen Leben eingeschätzt werden. Damit können die Leistungen individuell auf die konkrete Bedarfssituation des behinderten Menschen ausgerichtet werden.

Rehabilitationsgesamtplan. Rehabilitationsmaßnahmen können sich auf unterschiedliche Bereiche beziehen wie die körperliche oder psychische Gesundheit, die Wohnsituation und die Situation am Arbeitsplatz. Daher sind auch die Lerninhalte einer Rehabilitation sehr unterschiedlich und können sowohl kognitive als auch motorische oder soziale Bereiche betreffen. Einzelheiten hierzu ergeben sich im konkreten Fall aus der Rehabilitationsdiagnostik und aus der Sozialanamnese. Die Rehabilitation eines behinderten Menschen wird deshalb als interdisziplinärer Prozess in Form eines Rehabilitationsgesamtplans angelegt, in dem alle relevanten Probleme Berücksichtigung finden.

Stufenkonzept. Die Durchführung der einzelnen Rehabilitationsmaßnahmen aus dem Reha-Gesamtplan richtet sich am sog. Stufenkonzept aus. Entsprechend dem Stufenkonzept müssen auch die einzelnen Rehabilitationsmaßnahmen ohne zeitliche Verzögerung einsetzen und nahtlos ineinandergreifen. Dies erfordert vonseiten der Rehabilitationseinrichtung interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation zwischen den verschiedenen Kostenträgern der Rehabilitation.

Evaluation der Rehabilitationsergebnisse. Die Anpassung eines Menschen an eine veränderte Lebenssituation verläuft in einem zeitlich stark variierenden Prozess. Individuelle Faktoren vonseiten des Behinderten und der Therapieeinrichtungen bzw. der Therapeuten beeinflussen die Entwicklung des Rehabilitanden und mögliche Fortschritte (Abb. 1.22). Deshalb müssen im Verlauf der Rehabilitation stets die bisherigen Zielsetzungen überprüft und gegebenenfalls neue Ziele bestimmt werden.

Fallstudie

Herr Faller ist 78 Jahre alt und seit 13 Jahren Rentner. Seit seiner Pensionierung war Herr Faller im örtlichen Wanderverein aktiv und erster Vorsitzender im Obst- und Gartenbauverein. Seine Frau fand ihn gestern Morgen nach dem Aufwachen um 8 Uhr im Bad auf dem Boden liegend vor. Sie erinnerte sich, dass ihr Mann kurz nach Mitternacht zur Toilette aufgestanden war; sie selbst war jedoch sofort wieder eingeschlafen und hatte nichts bemerkt. Herr Faller war offensichtlich gestürzt, konnte nicht mehr klar sprechen und hatte eingenässt. Die Ehefrau alarmierte sofort den Notarzt, und Herr Faller wurde auf die Innere Abteilung eines Krankenhauses eingeliefert.

M *Besondere Lebensereignisse können einen wichtigen Einfluss auf die Lebenseinstellung und das Coping-Verhalten, also die Krankheitsbewältigungsstrategien eines Menschen haben.*

M *Stufenkonzept heißt, dass die Anforderungen an den Rehabilitanden allmählich gesteigert werden, bis die individuellen Rehabilitationsziele erreicht sind.*

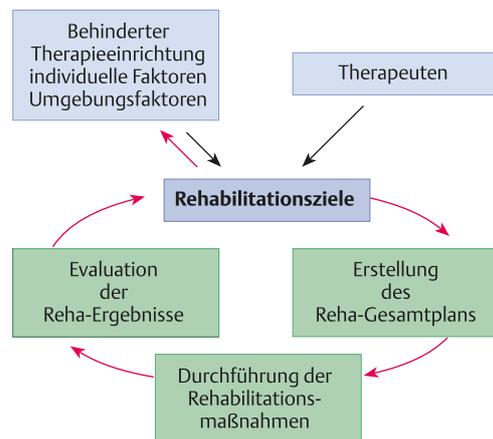


Abb. 1.22 Die Rehabilitationsziele werden durch verschiedene individuelle Faktoren beeinflusst und müssen im Laufe des Rehabilitationsprozesses evaluiert und ggf. angepasst werden

Mithilfe einer Computertomografie (CT) konnte eine zerebrale Blutung ausgeschlossen werden. Die neurologischen Untersuchungen ergaben bei Herrn Faller eine Hemiparese rechts, Inkontinenz und eine Störung im Sprachantrieb, verbunden mit einer abgehackten, undeutlichen Artikulation.

Akutphase und Frührehabilitation

Medizinische Versorgung. In der Akutphase wurde Herr Faller kreislaufüberwacht, sein Blutdruck, Blutzucker, Temperatur und Flüssigkeitshaushalt wurden stabilisiert. Eine Thrombolysetherapie wurde aufgrund des verstrichenen Zeitfensters von viereinhalb Stunden nicht durchgeführt.

Pflegerische Versorgung. Von pflegerischer Seite wurde Herr Faller spastikhemmend behandelt und nach dem Bobath-Konzept mobilisiert und gelagert. Weitere pflegerische Schwerpunkte lagen auf dem Kontinenztraining und auf der Durchführung von Pneumonie-, Dekubitus- und Kontrakturenprophylaxen. Des Weiteren erhielt Herr Faller Physiotherapie und logopädische Behandlung.

Anschlussheilbehandlung. Nach sechs Tagen wurde Herr Faller zur stationären Anschlussheilbehandlung (AHB) in eine neurologische Reha-Klinik in einem 20 km entfernten Kurort verlegt. Inzwischen war er wieder kontinent und seine Sprachstörung hatte sich deutlich verbessert. Als schwerste Einschränkung blieb die beinbetonte Hemiparese rechts. Frau Faller begleitete ihren Mann.

Neurologisch-geriatrische Rehabilitation

Da Herr Faller bereits 78 Jahre alt ist, müssen bei ihm neben den speziellen neurologischen Aspekten auch Gesichtspunkte in Betracht gezogen werden, die für eine geriatrische Rehabilitation gelten. Als übergeordnetes Ziel der Rehabilitation kann angesehen werden, dass Herr Faller möglichst unabhängig von der Hilfe anderer Personen wieder in seine gewohnte, häusliche Umgebung zurückkeh-

ren kann. Eine vollständige Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit kann nicht unbedingt erwartet werden; stattdessen müssen sich die Bemühungen auf subjektives Wohlbefinden und größtmögliche Selbstständigkeit konzentrieren.

Rehabilitationsdiagnostik und Sozialanamnese

Die rehabilitationsmedizinische Diagnostik dient dazu, neben den schlaganfallbedingten Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen auch Vorerkrankungen und Risikofaktoren zu erfassen.

Rehabilitationsdiagnostik. Bei Herrn Faller wird zusätzlich eine bisher unbehandelte arterielle Hypertonie festgestellt. Außerdem leidet er seit 15 Jahren an einem Diabetes mellitus Typ 2, der mit oralen Antidiabetika gut eingestellt ist.

Sozialanamnese. Die Sozialanamnese ergibt, dass Herr Faller mit seiner Frau gemeinsam in einer Wohnung im 2. Stock lebt und drei Kinder und fünf Enkelkinder hat, die regelmäßig zu Besuch kommen. Er selbst kann sich den Schlaganfall überhaupt nicht erklären, schließlich sei er noch nie krank gewesen. Seine Überlegungen kreisen um die Frage, wie es nach der Rehabilitation weitergehen soll und ob er wieder laufen können wird. Frau Faller macht einen sehr resoluten Eindruck und hat bereits im Krankenhaus die Pflege ihres Mannes tatkräftig unterstützt. Sie berichtet, dass ihre Kinder sie in einer vielleicht notwendigen späteren häuslichen Versorgung ihres Mannes unterstützen würden. Frau Faller ist sehr interessiert an allen Dingen, die ihren Mann betreffen und möchte in die Rehabilitation mit einbezogen werden.

Rehabilitationsziele

Der zuständige Arzt erstellt gemeinsam mit Herrn Faller die Rehabilitationsziele, um therapeutische Maßnahmen davon ableiten und den Rehabilitationserfolg daran kontrollieren zu können:

Mobilität. Die Funktion des rechten Arms und des Beins wird so weit wie möglich wiederhergestellt. Aufgrund des bisher positiven Verlaufs ist davon auszugehen, dass nur geringe Einschränkungen zurückbleiben werden. Die Funktion des Beins ist wahrscheinlich nicht vollständig wiederherzustellen. Deshalb wird zunächst als Ziel vereinbart, dass Herr Faller – ggf. mit Hilfsmitteln wie Unterarmstützen oder Rollator – wieder laufen kann.

Kommunikation. Herr Faller kann normal sprechen und ist in der Kommunikation mit der Umwelt nicht eingeschränkt.

Selbstständigkeit. Herr Faller ist in täglichen Verrichtungen, insbesondere in Körperpflege und An-

B

Ziele in der Akutphase eines Schlaganfalls sind:

- Sicherung des Überlebens des betroffenen Menschen,
- größtmögliche Minderung bleibender Hirnschäden,
- Vermeidung von Komplikationen.

kleiden, der Nahrungsaufnahme und der Mobilität innerhalb der Wohnung möglichst selbstständig.

Tertiärprävention. Herr Faller lernt, seine Risikofaktoren (Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2) im Sinne der Tertiärprävention positiv zu beeinflussen.

Soziale Integration. Herr Faller findet neue Möglichkeiten der Freizeitbeschäftigung, da er sein Hobby, das Wandern, mit hoher Wahrscheinlichkeit zukünftig nicht mehr ausüben kann.

Rehabilitationsplan

Folgender Rehabilitationsplan wird für Herrn Faller erstellt:

- Aufklärung von Herrn Faller über seine Erkrankung und deren Auswirkungen,
- Hilfe bei der rationalen und emotionalen Krankheitsverarbeitung,
- therapeutische Maßnahmen zur Begrenzung der Funktionsstörungen,
- Beeinflussung der Risikofaktoren,
- körperliche Remobilisierung mit steigender Belastung,
- Hilfe bei der sozialen Reintegration.

Der Therapieplan umfasst:

- pflegerische Versorgung,
- medikamentöse Therapie,
- Physiotherapie,
- Ergotherapie und Logopädie,
- psychologische Betreuung,
- Gesundheitstraining.

Pflegerische Versorgung. Als Pflegekonzept ist eine aktivierende, therapeutische Pflege geeignet. Schwerpunkte der Pflege sind die Motivation und Aktivierung von Herrn Faller, so viel wie möglich selbst durchzuführen. Eine antispastische Arbeitsweise sowie die Mobilisation und Lagerung nach dem Bobath-Konzept dienen dazu, physiologische Bewegungsmuster anzubahnen, die Körperwahrnehmung zu unterstützen und die Entstehung von Spastiken zu verhindern. Gleichzeitig müssen pflegerische Prophylaxen durchgeführt werden, um Folgeerkrankungen wie einen Dekubitus, Kontrakturen oder eine Pneumonie zu verhindern.

Medikamentöse Therapie. Bei Herrn Faller steht in der medikamentösen Therapie die Tertiärprävention im Vordergrund. Seine Hypertonie muss behandelt und die Diabetestherapie überprüft werden. Außerdem erhält Herr Faller einen Thrombozytenaggregationshemmer (ASS) zur Rezidivprophylaxe.

Physiotherapie. Auch die Physiotherapie orientiert sich am Bobath-Konzept. Herr Faller soll zunächst lernen, sich im Bett selbst zu drehen, sich aufzusetzen und das Gleichgewicht wiederzufinden. Es folgen Übungen zum Aufstehen, Stehen, Transfer

und Gehen. Ein weiterer Schwerpunkt der Physiotherapie sind Übungen für die Schulter, um eine schmerzhafte Subluxation der Schulter zu verhindern. Falls es sich als notwendig erweist, müssen orthopädische Hilfsmittel wie ein Rollstuhl angepasst und ein entsprechendes Rollstuhl-Training durchgeführt werden.

Ergotherapie. In der Ergotherapie werden Koordination und Bewegungsabläufe geschult. Hierzu gehören Übungen zur Feinmotorik und zur Handfunktion. Herr Faller soll lernen, ggf. mit Hilfsmitteln seine Mahlzeiten selbstständig einzunehmen, tägliche Handgriffe wie das Schließen von Reißverschlüssen und Knöpfen durchzuführen, Schnürsenkel an den Schuhen zu binden und falls möglich wieder zu schreiben.

Darüber hinaus werden Überlegungen zur Freizeitgestaltung von Herrn Faller getroffen und neue Interessen geweckt. Für die spätere Versorgung im häuslichen Bereich werden der Einbau eines Treppen-Lifters oder der Umzug in eine ebenerdige Wohnung gemeinsam mit Frau Faller diskutiert. Außerdem wird überlegt, welche Hilfsmittel notwendig sein werden.

Logopädie. Herr Faller leidet unter einer rückläufigen Broca-Aphasie, spricht spontan wenig und artikuliert teilweise undeutlich. Die logopädische Therapie findet täglich statt und ist darauf ausgerichtet, dass Herr Faller so schnell wie möglich wieder kommunizieren kann. Die Ehefrau und Angehörige werden einbezogen.

Psychologische Betreuung. Herr Faller benötigt Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung, um langfristig mit der Erkrankung und ihren Folgen umgehen zu können. Ziele sind die Akzeptanz der Krankheit, der Abbau von Angst, das Erkennen schädigender Verhaltensweisen sowie eine Neuorientierung im Freizeitbereich. Herr Faller soll lernen, seine Behinderung anzunehmen, sein Selbstwertgefühl zu erhalten und wieder Lebensmut zu schöpfen. Als psychotherapeutische Interventionen kommen aufgrund der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit von Herrn Faller zunächst Einzelgespräche und Angehörigenarbeit in Betracht. Weiterhin sollen Herr und Frau Faller motiviert werden, Kontakt zu Selbsthilfegruppen aufzunehmen.

Gesundheitstraining. Da Herr Faller nur eingeschränkt aufnahmefähig ist, kann er selbst nicht am Gesundheitstraining teilnehmen. Frau Faller wird jedoch motiviert, Seminare zu besuchen. Der Arzt empfiehlt ihr den Besuch eines Vortrags zu den Risikofaktoren des Schlaganfalls und einen Kochkurs mit dem Schwerpunkt Ernährung bei Diabetes mellitus Typ 2.



Die Grundlage für die gesamte Rehabilitationsmaßnahme ist die pflegerische Versorgung von Herrn Faller.



Leistungen und Leistungsträger der Rehabilitation

Leistungen der Rehabilitation

Entsprechend dem SGB IX werden folgende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen erbracht:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation soll auch Einschränkungen in der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit vermeiden, überwinden, mindern und eine Verschlimmerung verhüten. Zu den Leistungen zählen:

- Diagnostik und Therapie körperlicher, geistiger und seelischer Erkrankungen bzw. Behinderungen,
- Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
- Beratung,
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
- Belastungsproben und
- Arbeitstherapie.

Weiterhin soll der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch zur Inanspruchnahme der Leistungen motiviert werden, seine Selbsthilfepotenziale und Krankheitsbewältigungsstrategien sollen aktiviert und gefördert werden. Auch Partner und Angehörige können Beratung und Information in Anspruch nehmen.

Die medizinische Rehabilitation wird von Ärzten, Zahnärzten, Psychologen, Pflegepersonen, Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Diätassistenten und anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen durchgeführt.

Teilhabe am Arbeitsleben

Zu den Leistungen gehören Hilfen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes, z. B. durch die Bereitstellung von technischen Arbeitshilfen. Falls der alte Arbeitsplatz nicht erhalten werden kann, werden Umschulungen oder Weiterqualifizierung gefördert und ggf. ein Übergangsgeld gezahlt. Die Interessen und die Eignung des betreffenden Menschen sowie die Lage auf dem Arbeitsmarkt sollen hierbei angemessen berücksichtigt werden. Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation sind Berufsbildungs- und -förderungswerke, in denen Berufspädagogen, Lehrer und Psychologen tätig sind. Ist eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nicht mehr möglich, können auch Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen in Anspruch genommen werden.

Unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen

Zu den Leistungen zählen:

- Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletzungsgeld, Ausbildungsgeld, Unterhaltsbeihilfe,
- Beiträge zu Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung,
- Reisekosten,
- Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten.

Weiterhin gehören auch ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining zu den unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen.

Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Ein weiteres Ziel ist es, Behinderte so weit wie möglich von Pflege unabhängig zu machen. Zu den Leistungen zählen z. B.:

- die Versorgung mit Hilfsmitteln,
- heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind,
- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen,
- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,
- Hilfen bei der Beschaffung einer bedürfnisentsprechenden Wohnung,
- Hilfe zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten,
- Hilfe zur Teilnahme am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.

Träger der Rehabilitation

Im SGB IX Kap. 1, § 6 sind die sieben Träger der Rehabilitation aufgeführt, welche für die genannten Leistungen aufkommen. Es wird nach dem Subsidiaritätsprinzip verfahren, d. h. die Zuständigkeiten sind aufgeteilt, und ein Leistungsträger übernimmt nur dann die Kosten, wenn kein anderer zuständig ist. Die Rehabilitationsträger sind per Gesetz verpflichtet, ihre Aufgaben selbstständig und eigenverantwortlich wahrzunehmen. Träger sind:

- Träger der gesetzlichen Krankenkassen,
- Bundesagentur für Arbeit,
- Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- Träger der gesetzlichen Rentenversicherung u. Träger der Alterssicherung für Landwirte,
- Träger der Kriegsopferversorgung u. Träger der Kriegsopferfürsorge,
- Träger der öffentlichen Jugendhilfe,
- Träger der Sozialhilfe.

M Unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen vervollständigen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben.

M Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden erbracht, um Behinderungen und chronische Erkrankungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, zu kompensieren und deren Verschlechterung zu verhindern.

M Leistungen zur Teilhabe an der Gesellschaft werden erbracht, um den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen oder zu sichern.

M Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden erbracht, um die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.

Prägung durch die Biografie

Jeder Mensch trägt seine Lebensgeschichte mit sich, in sich – mit ihren Freuden und Leiden, Hoffnungen und Enttäuschungen.

Wie ein Mensch auf seine individuelle Weise ein Erlebnis bewertet und verarbeitet, hängt weitgehend davon ab, wie er von der bisherigen Lebensgeschichte geprägt ist. Deshalb soll im Folgenden der Blick auf die möglichen Erfahrungshintergründe der heute alten Menschen gerichtet werden.

Kindheit

Was dem Menschen „in die Wiege gelegt wurde“ und er vor allem bewussten Verarbeiten und Erinnern in sich aufgenommen hat, begleitet ihn durch sein Leben. Ob einer ein „sonniges Gemüt“ hat oder besonders verletzlich ist, dafür sind die Gründe in der Kindheit, z.T. auch schon im vorgeburtlichen Erleben während der Schwangerschaft der Mutter, zu suchen.

Seelische Verwundungen in der Kindheit hinterlassen ihre Spuren und können im späteren Leben wieder „hochkommen“. Sie können ein Verhalten zur Folge haben, das für Außenstehende schwer verständlich ist. So reagiert ein alter Mensch vielleicht bei kleinen Ungerechtigkeiten empfindlich – und hat im Hintergrund über 80 Jahre zurückliegende Erfahrungen, bei denen die Kinderseele durch Zurückgesetztwerden verletzt wurde.

Auch der Platz in einer Geschwisterreihe und die Rolle in der Familie können den ganzen Lebenslauf bestimmen, z.B.:

- die Rolle als ältestes Kind, das zwar beachtet und gefördert wurde, aber auch viel Verantwortung zu tragen hatte,
- die Rolle als das „Kleine“, das verwöhnt wurde oder immer „den Kürzeren“ zog,
- die Rolle als das „brave Kind“, das gelobt wurde für seine Fügsamkeit, aber schließlich selbst nicht mehr fühlte, was es wünschte und was ihm gut getan hätte,
- die Rolle als „Sündenbock“, die sich dann u.U. im Umgang mit den Schulkameraden und im späteren Leben fortsetzt.

Zeitgeschichte

Das Erwachsenenleben der jetzt alten Generation war geprägt von der Zeit des Nationalsozialismus, Erfahrungen des Krieges und der Nachkriegszeit. Bei den Männern kann das heißen: Front und Gefangenschaft, bei den Frauen: Bombennächte, Flucht, Vergewaltigungen, dann Flüchtlingsdasein, als „Eindringling“ unter fremden Menschen leben

müssen. Viele erlebten Hunger, die Schwierigkeiten der Nahrungsbeschaffung und vielleicht die Entnazifizierung, aber auch gegenseitige Hilfe und Zusammenhalten nach dem Krieg, Bedürfnislosigkeit und Wiederaufbau.

Verarbeitung von Erlebnissen

Bilanzieren. Um handeln zu können und etwas zu wagen, legen wir vor uns selbst laufend, mehr oder weniger bewusst, Rechenschaft ab und ziehen Bilanz. Wir reflektieren und verarbeiten das, was das Leben uns beschert. Das ist eine Aufgabe jeder Altersstufe. Es umschließt das, was uns ohne eigenes Zutun zufällt, ebenso wie das eigene Handeln. Es stellen sich Fragen wie:

- Was habe ich gewollt, wie habe ich mich verhalten, wie bin ich mit anderen umgegangen?
- Welche „Geschenke“ hat mir das Leben in den Schoß gelegt und was habe ich aus den erfreulichen und den belastenden Gaben gemacht?
- Was habe ich geschafft? Was ist gelungen, was ist misslungen?

Erfahrungsschatz. Bei der Verarbeitung von Krisen zeigt sich eine ausgeprägte Kontinuität. Menschen entwickeln im Lauf ihres Lebens ihren individuellen Stil, mit Belastungen umzugehen. Entsprechend sieht der Ertrag eines langen Lebensweges aus: Es können wertvolle Früchte sein, ein Schatz an Erfahrungen, der aus bitterem oder aus schönem Erleben gereift ist. Dieser Erfahrungsschatz trägt das Leben, macht die Persönlichkeit aus und hilft dem Menschen, sich im weiteren Leben zu orientieren und er selbst zu bleiben: ein enormes Potenzial für die Gestaltung des Lebens im Alter und für den Umgang mit schwierigen existenziellen Erfahrungen (Abb. 1.23).

Ballast. Es kann aber auch Schutt sein, den ein Mensch angesammelt hat, Steine statt reifer Früchte. Sie helfen nicht, sondern beschweren das Leben, z.B. harte Schicksalsschläge, verheimlichte Schuld oder aus einer strengen Erziehung übernommene Schuldgefühle. Auch Wohlergehen und alles ohne eigenes Zutun in den Schoß gelegt zu bekommen, kann das Reifen eines Menschen erschweren. Ereignisse und Gefühle, die nicht zu Erfahrungen verarbeitet wurden, die nicht wirklich Teil der Persönlichkeit wurden, behindern das Leben als schmerzende Fremdkörper.

D Biografie „bedeutet Lebensbeschreibung oder die Lebensgeschichte eines Menschen“ (Duden).



Abb. 1.23 Die heitere Gelassenheit eines alten Menschen wirkt wohltuend auf seine Umgebung. (Foto: Gilles Lougassi, Fotolia.com)

M Die Wissenschaft geht heute davon aus, dass z. B. besondere Sensibilität oder seelische Stabilität teilweise genetisch bedingt sind.

M Schon der kleine Mensch verarbeitet sein Schicksal. Es sind existenzielle Erfahrungen, die er mitnimmt in seine Jugend und sein Erwachsenenleben.

M Die Zeitgeschichte kann man als das Generationenschicksal dieser Menschen bezeichnen. Künftige Generationen alter Menschen werden durch andere, generationentypische Erfahrungen geprägt sein.

M Der Erfahrungsweg ist nie abgeschlossen. So lange das Leben dauert, wird das neue Erleben in die bisherigen Erfahrungen aufgenommen und mehr oder weniger gut verarbeitet.

Lebensgeschichte und Altenpflege

Einem Menschen Wertschätzung entgegenbringen heißt auch, sich für ihn, für seinen Lebensweg und seine heutige Lebenssituation und für die Fülle seiner Erfahrungen und Erinnerungen zu interessieren.

Die Bedeutung des Erinnerns *Erinnerung als einsamer Besitz*

Früher war biografisches Arbeiten nicht so notwendig wie heute. Wenn die, die in einem Dorf, in einer Straße wohnen, auch dort geboren sind und zusammen aufgewachsen und alt geworden sind, verbindet sie das „Weißt-du-noch?“, und viele Erinnerungen sind allen gemeinsam. Die u. a. durch den 2. Weltkrieg bedingten Wohnungswechsel haben dieser Stabilität ein Ende gesetzt. In den folgenden Jahrzehnten veränderte sich das Wirtschaftsleben, sodass wir heute eine mobile Gesellschaft haben. Wenn die Alten selbst nicht aus irgendwelchen Gründen ihre Wohnung wechseln, so verändert sich doch ihre Umgebung ständig und die Gesprächspartner, die die Lebensgeschichte kennen, werden rar.

Wenn durch einen Umzug in ein Pflegeheim nichts in der Umgebung und im Alltag mehr an früher erinnert, sind alte Menschen von ihrer Vergangenheit abgeschnitten. Das, was ihrem Leben Sinn gegeben hat, kommt ihnen abhanden. Ihr Leben und damit sie selbst sind entwertet. Eine demenzielle Entwicklung kann dadurch beschleunigt werden.

Erinnern regt an

Sich zu erinnern, belebt, es berührt alte Emotionen (Abb. 1.24). Dadurch kann der Lebenstrieb wieder geweckt werden, auch bei demenziell veränderten alten Menschen. „Ich finde, dass Emotionen (Liebe oder auch Zorn) ein wichtiges Mittel sind, Geistiges wieder regsam zu machen, um zu agieren und wieder mobil zu werden.“ (Böhm 1991) Die Hinwendung zur Lebensgeschichte „löst unter Umständen einen Gedankenfluss aus, eine Beschäftigung mit der Vielfalt des gelebten Lebens, von der wir vielleicht gar nichts oder nur [...] einen veränderten Gesichtsausdruck [...] wahrnehmen können“ (Blimlinger 1996).

Erinnern hilft verarbeiten

Schwierige Lebensabschnitte werden beim Erzählen (noch einmal) verarbeitet. Erinnern und darüber sprechen kann ein Weg sein, Frieden zu schließen mit dem, was gewesen ist. Findet der alte Mensch zu einem Einverständnis mit dem guten

Erleben und auch mit dem Misslungenen, so blickt er mit mehr Zuversicht auf die kommenden, auf seine letzten Tage (Kerkhoff 2002). Beim Erzählen und Zuhören rückt die Lebensgeschichte eines alten Menschen in den Blick: seine Lebensleistungen, sein früherer Status, seine Leiden und Verluste. Das hilft ihm, mit sich selbst eins zu sein und stärkt ihn für das, was noch kommt.

Der Nutzen des biografischen Interesses bei der Pflege

Weiß die Altenpflegerin etwas vom Lebenshintergrund eines Menschen, kann sie ihn besser verstehen. Auch Eigenheiten verlieren ihre Befremdlichkeit. Der alte Mensch, der mit seiner Lebensgeschichte respektiert wird, fühlt sich sicher und wohl. Es kommt zu einem guten Einklang bei der Pflege.

Insbesondere eine Tatsache kann uns im Alltag nützlich sein: viele alte Frauen hatten früher die Rolle des Helfens, sie dachten und handelten für ihre Familie und oft für einen weiteren Kreis von Menschen. Auf diese Denkgewohnheit können wir heute zurückgreifen: wenn wir bei zeitlichen Engpässen ihr Verständnis erbitten, begegnet uns oft wirkliches Mitgefühl. Alte Menschen nehmen auch von sich aus Anteil: „Wann haben Sie Feierabend?“ wird die Altenpflegerin in der häuslichen Pflege gefragt. Durch dieses Teilnehmen an der Schwere der Pflegearbeit sehen sich die alten Frauen wieder wie früher in der Helferrolle. Sie fühlen sich mit den Pflegenden verbunden und mit sich selbst identisch.

Gegenseitige Offenheit

Alte Menschen, die uns Anteil an ihrer Lebensgeschichte geben, schenken uns Vertrauen. Wenn auch wir offen sind und hin und wieder etwas aus unserem Leben mitteilen, zeigen wir dem alten Menschen, dass wir ihn als Mitmenschen ernst nehmen.

Schließlich kann uns das Zuhören auch eine direkte Hilfe sein: wir brauchen selbst die Auseinandersetzung mit unserer Geschichte. Auch wer jünger ist, muss sein Erleben verarbeiten, um daraus seine Erfahrungen zu ziehen. Was wir reflektiert haben, können wir beiseite legen, um wieder für Neues offen zu sein. Im Austausch zwischen Alt und Jung kommen wir in unserer persönlichen Biografiearbeit weiter. Denn die existenziellen Themen – Geburt, Beziehungen, Erfolg und Misserfolg, Krankheit, Verluste, Tod – sind uns gemeinsam (Blimlinger 1996).



M Professionelle Altenpflege orientiert sich an der Lebensgeschichte und an der Lebenswelt eines Menschen. Berücksichtigen wir bei unserer Pflegearbeit, was wir über sein Leben erfahren, so gehen wir anders mit ihm um, als wenn wir nur seine Krankengeschichte kennen.

M Eine echte Beziehung verlangt Gegenseitigkeit. Geben und Empfangen sollten keine Einbahnstraßen sein.



Abb. 1.24 Diese alte Frau erinnert sich an den Ausflug damals. (Foto: bilderstoeckchen, Fotolia. com)

M Sowohl bei den kleinen Rückbesinnungen im Alltag als auch bei der Biografiearbeit wird mehr erreicht, als im Moment erkennbar ist.

Biografische Haltung im Pflegealltag

Die „aufmerksame Begegnung“ (Matthes 1989) verhindert, dass wir einen Menschen nur als „Momentaufnahme“ mit seinen Einschränkungen und Krankheiten sehen. Das gelebte Leben wird gewürdigt.

Durch biografisches Interesse und teilnehmende Begleitung wird die Pflegebeziehung farbig und interessant. An die Stelle von unnötigen Machtkämpfen tritt Verstehen, und Widerstände lösen sich auf, wenn einem alten Menschen Respekt vor seinem Leben entgegengebracht wird. Er wird in seiner Existenz gestärkt.

Das offene Auge, das offene Ohr

Aus ihrer biografischen Haltung heraus nimmt die Altenpflegerin die Anlässe wahr, sich der Lebensgeschichte des alten Menschen zuzuwenden. Da sind die Gegenstände, mit denen sich ein Mensch umgibt. Er zeigt sie vor und möchte mit ihnen in Verbindung gebracht werden wie das Hochzeitsfoto, der Gesellenbrief usw. Anderes zeigt er ohne Absicht: seine Sprache, seine Art, sich auszudrücken, Sprichwörter und Redensarten. Sein Verhalten verrät etwas über ihn: Wirkt er eher, als habe er große Verantwortung getragen oder eher ängstlich?

Einige Leitlinien

Beginn mit stereotypen Fragen. Stereotype Fragen („Haben Sie gut geschlafen?“) leiten häufig die Kommunikation ein, sie sollte sich aber nicht darauf beschränken. Ein wenig Mut erfordert es, nach dem früheren Leben zu fragen und so in ein „unbekanntes Land“ einzudringen.

Anknüpfungspunkte. Unser Fragen sollte möglichst nicht zu einem „Ausfragen“ werden. Ein lockeres Erzählen erreichen wir, wenn wir an konkrete Gegenstände oder Bemerkungen anknüpfen, z. B.:

- Sofakissen: „Haben Sie das Kissen gestickt?“
- Landschaftsfoto: „Sind Sie dort gewesen?“
- alte Brosche: „Haben Sie die geerbt?“

Offenheit. Eine echte Beziehung verlangt Gegenseitigkeit, Geben und Empfangen dürfen keine Einbahnstraßen sein. Wenn alte Menschen uns Anteil an ihrer Lebensgeschichte geben, sollte uns bewusst sein, dass wir durch das Vertrauen alter Menschen beschenkt werden. Offenheit von unserer Seite, mit der wir hier und da auch etwas aus unserem Leben mitteilen, zeigt dem alten Menschen, dass wir ihn als Mitmenschen ernst nehmen.

Gewohnheiten. Auffällige Gewohnheiten können Hinweise auf Persönlichkeit und Lebensumstände sein.

Eigensinnigkeiten. Auch Eigensinn, sich nicht helfen lassen wollen oder Zwangshandlungen sind sol-

che Hinweise. Ein Beispiel: Jemand schließt regelmäßig seinen Kleiderschrank ab und versteckt den Schlüssel. Hinter solchem stereotypen „unsinnigen“ Verhalten können wir Verletzungen, Versagens- oder Verlusterlebnisse vermuten, die uns hellhörig machen sollten.

Belastendes. Auch das Misslungene gehört zum Leben, und es ist wertvoll, wenn es ausgesprochen wird. Vertraut uns ein alter Mensch etwas an, was ihn belastet, können wir manchmal dazu beitragen, dass er das Erleben besser akzeptieren kann, – durch das Aussprechen und die Resonanz darauf kann sich sogar seine eigene Bewertung ändern.

Belastungen in der biografisch orientierten Pflege

Erschütterndes. Die mitleidende Teilnahme an einem schwierigen Leben, an erschütternden Erlebnissen alter Menschen kann belasten. Es besteht die Gefahr, solche Nöte „mit nach Haus zu nehmen“, vielleicht auch Partei zu ergreifen, z. B. gegen die (angeblich?) „undankbaren Kinder“. Hier ist zu klären, ob uns die Klagen alter Menschen in unserer eigenen Lebensgeschichte berührt haben und ob wir deshalb so emotional reagieren. Wenn wir etwas Derartiges bei uns selbst beobachten, wäre es gut, das in einer Supervision zu besprechen.

Belastendes. Belastend ist es, mit Einstellungen wie Kriegsverherrlichung, Rassismus oder menschenverachtenden Sichtweisen konfrontiert zu werden. Ein alter Mensch gibt uns u. U. Einblicke in Gewalterlebnisse, an denen er als Täter beteiligt war. Auch hier gilt es, Distanz zu gewinnen. Darauf einzugehen, evtl. zu widersprechen würde den unerwünschten Äußerungen mehr Gewicht geben und es verstärken. Man schützt sich am besten durch schweigendes Anhören und damit, zur Tagesordnung überzugehen.

Uninteressantes. Es ist nicht möglich, allen Menschen und Lebensgeschichten das gleiche volle Interesse entgegenzubringen. Das ist ohne „schlechtes Gewissen“ hinzunehmen, und es ist nicht schädlich bei einer offenen Teamarbeit. Die Beziehungen der Teammitglieder zu den alten Menschen sind unterschiedlich. Wo ich mich zurückhalte, hat eine andere Altenpflegerin eine gute Beziehung.

Ständig Wiederholtes. Es gibt Geschichten, die manche alten Menschen ständig wiederholen, was schwer zu ertragen sein kann. Aber wenn wir einen Menschen nur ertragen und alles über uns ergehen lassen, drückt das gerade keinen Respekt für ihn aus. Hier kommt es darauf an, einen Einstieg in ein echtes Gespräch zu finden. Es könnte eine direkte Frage sein oder ein anderes Thema.

M *Nicht nur für die Tagesgestaltung, sondern auch für die tägliche Pflege ist das Interesse an der Lebensgeschichte des alten Menschen wichtig – als Haltung, die im Umgang miteinander ihren Ausdruck findet.*

M *Wer biografisch arbeitet, muss versuchen, Signale zu erkennen, aufzugreifen und zum Ansatzpunkt der Begegnung zu machen (Ruhe u. a. 2003).*

M *Nötig ist die professionelle Distanz, die zur Gestaltung der Pflegebeziehung gehört, damit unser Mitgefühl nicht eines Tages in Teilnahmslosigkeit umschlägt.*

P *Wie der alte Mensch auf unsere Frage eingeht, zeigt uns, ob er uns gern etwas von sich mitteilt.*

Biografiearbeit und biografisch orientierte Pflegeplanung

Professionelle Altenpflege ist an dem lebensgeschichtlichen Hintergrund eines Menschen orientiert. Dabei unterscheiden wir „biografisch orientierte Pflege“ von „Biografiearbeit“.

Biografiearbeit Ziele und Rahmen

Biografiearbeit spürt Lebensgeschichten und Lebenserfahrungen nach. Wer von seinem Leben spricht, lernt, seine Probleme besser zu verstehen. Wer von seinem Leben spricht, erlebt sich in der Erinnerung als der aktive Mensch, der er einmal war, und versinkt nicht so leicht in Passivität.

Die Erinnerungsarbeit wird geplant und vorbereitet. Sie findet in einem bestimmten, organisierten Rahmen statt: in der offenen Altenarbeit, in „Erzählcafés“ oder in Erinnerungsrunden in Einrichtungen der Altenhilfe. Oft werden sie von Sozialpädagogen moderiert, manchmal auch von Historikerinnen, die die Alltagsgeschichte des vorigen Jahrhunderts vor dem Vergessen bewahren wollen (Mötzing 2005).

Vorgehen in einer Erinnerungsrunde

Alle Arten der Biografiearbeit werden geplant und gründlich vorbereitet.

Inhalte. Wer heute jung ist, dem ist die Welt um 1930 oder 1940 fremd. Eine Vorstellung von den damaligen Lebensverhältnissen sollte man sich durch das Lesen von Erinnerungen verschaffen (Neulist 2005).

Organisation. Zeit und Ort werden festgelegt, der Raum freundlich hergerichtet. Die Menschen, die teilnehmen wollen, werden benachrichtigt. Eventuell wird eine Erfrischung bereitgestellt.

Beginn. Begrüßung und Einleitungsphase richten sich danach, ob es ein erstes Treffen ist oder die Teilnehmer schon miteinander vertraut sind. Wenn die erste Fremdheit überwunden ist, ist es gut, einige „Quasselminuten“ zuzulassen, die dem Anwärmen dienen. Dann aber muss ein klares Signal den Beginn ankündigen.

Abschluss. Ein Ritual signalisiert allen Teilnehmern den Abschluss. Das kann ein bekanntes Volkslied, das auswendig gesungen wird, ein Gedicht oder eine gemeinsame Tasse Kaffee sein – die gestalterische Fantasie kann sich hier entfalten.

Themen, Gegenstände und Bilder

Erinnerungsarbeit in Gruppen sollte nicht beim Persönlichen beginnen, sondern zunächst den Respekt vor dem Privaten wahren. Allgemeine zeitgeschichtliche Themen sprechen alle an. Die Teilnehmer können aber natürlich von sich aus auf Familiengeschichten und persönliche Erlebnisse zu sprechen kommen. Themen können z. B. sein:

- Erinnerungen an Tiere,
- Sparsamkeit früher – Konsumgesellschaft heute,
- Ernährung in Notzeiten (Abb. 1.25).

Ein Gegenstand aus alter Zeit kann zum Erzählen anregen: eine Handkaffeemühle, wenn vom Sonntagskaffee gesprochen werden soll, ein Waschbrett für das Thema „Waschtag“, ein Butterfass, eine Sense, Heu, wenn es um Landwirtschaft gehen soll (Abb. 1.26), eine alte Familienbibel. Ebenso eignen sich Fotos: eine Wiese mit aufgesetzten Heuhucken, am Straßenrand aufgestellte Milchkannen und alles, was einen Lebensausschnitt aus früheren Zeiten zeigt. Solche Gegenstände locken abgesunkene Erinnerungen aus dem Gedächtnis hervor. Auch ein kurzer Text kann das Erinnern und Erzählen anregen. Bei Erinnerungsrunden mit demenziell veränderten alten Menschen hilft gemeinsames Tun weiter.

An der Biografie orientierte Pflegeplanung

Pflegeplanung orientiert sich am lebensgeschichtlichen Hintergrund eines Menschen und an seiner aktuellen Situation, seiner „Lebenswelt“.

Informationssammlung

Bald nach dem Beginn einer Pflegebeziehung, nachdem eine Vertrauensbasis angebahnt ist, wird ein Gespräch mit dem Ziel geführt, die Lebensgeschichte und die Lebenswelt des alten Menschen kennenzulernen, um ihn besser zu verstehen. Falls er nicht ein Einzelzimmer bewohnt, lädt man ihn in einen ruhigen Raum ein. Man erklärt ihm das Ziel, bittet darum, dass er aus seinem Leben erzählt und dass man sich Notizen machen darf. Durch Nachfragen regt man weiteres Erzählen an. Ohne daraus ein punktuell Abfragen zu machen (Böhm 2003), versucht man Informationen zu den folgenden Themen zu bekommen:

- Geburtsort und -zeit,
- Stellung in der Herkunftsfamilie,
- Schulzeit,
- Ausbildung und beruflicher Weg,
- familiäre Entwicklung, Heirat, Kinder,
- Wohnorte und Wohnverhältnisse, regionale Besonderheiten seiner Wohnorte,
- gesundheitliche und sonstige Krisen,



Abb. 1.25 Ein paar schöne Birnen konnten in Notzeiten zum Festmahl werden. (Foto: Bert Bostelmann, Thieme)

D Unter Biografiearbeit verstehen wir Erinnerungsarbeit. In kleinen Gruppen tauschen sich ältere Menschen über das, was sie früher erlebt haben, aus. Biografiearbeit ist therapeutisch, prophylaktisch oder historisch ausgerichtet.

P Wer über längere Zeit eine Erinnerungsgruppe begleitet, sollte sich mithilfe von zusätzlicher Literatur oder in Fortbildungen mit sozialpsychologischem Krisenmanagement und Moderation vertraut machen.



Abb. 1.26 Das Spüren und Riechen von Heu weckt Erinnerungen. (Foto: PhotoDisc)

P Wenn die Stimmung gelockert ist und Lust zum Erzählen aufkommt, muss die Leiterin der Gruppe darauf achten, dass niemand übersehen wird und möglichst alle zu Wort kommen.

– Eingebundensein in Freundeskreis und Nachbarschaft.

Es bedarf einer sensiblen Gesprächsführung, weil ganz persönliche Fragen betroffen sind und u.U. heikle Punkte berührt werden. Wenn eine gute Beziehung besteht, geben trotzdem viele alte Menschen gern Auskunft (Abb. 1.27).

Weiter werden Vorlieben und Abneigungen eines Menschen, seine Interessen, Eigenheiten, Ressourcen und Bedürfnisse erfasst, die sich im Laufe seines Lebens herausgebildet haben: also seine aktuelle Situation. Zum Teil wird er selbst darüber Auskunft geben, anderes erfahren wir von den Angehörigen, manches klärt sich durch Beobachtungen bei der Pflege oder im Tageslauf.

B Frau Huber wirkt beim Waschen des Rückens unbehaglich. Auf Nachfragen stellt sich heraus, dass sie sich bisher immer mit eisig kaltem Wasser wusch und dass sie das auch weiter so haben möchte, weil sie davon munter wird.

Keine Festschreibung!

Die gesammelten Informationen werden im Stammblatt, im Biografieblatt und evtl. auf einem Zusatzblatt festgehalten. Dabei werden manche existenziell wichtigen Lebensereignisse auf knappe Stichworte für das Formular verkürzt. Das kann den negativen Effekt haben, dass die erfassten Daten zu Stereotypen gerinnen, auf die ein alter Mensch festgelegt wird.

Informationen dürfen nicht zu Festschreibungen werden:

- Die veränderte Lebenssituation im Heim kann einen Menschen verändern, sodass eine festgehaltene Aussage nach einiger Zeit überholt ist.
- Emotionale/soziale Belastungen und emotionale/soziale Ressourcen lassen sich nicht unbedingt schon beim ersten Gespräch und bei den ersten Kontakten erkennen.
- Für manche Menschen ist gerade ein neuer Impuls wichtig, der im Gegensatz zum bisher gelebten Leben steht: „Endlich einmal etwas Kulturelles! Dazu bin ich nie gekommen, als mein Mann noch lebte.“



Abb. 1.27 Ein Gespräch anhand von Familienfotos kann helfen, zu verstehen. (Foto: Thomas Stephan, Thieme)

Die Pflegeplanung muss offen sein für neue Entwicklungen und Informationen. Der Bestand an Wissen wird sich im Verlauf der Pflege anreichern, ergänzt oder korrigiert werden durch weitere Einblicke. Ob sie in die Dokumentation eingetragen werden oder auch nicht: Entscheidend ist nicht eine auf Vollständigkeit zielende Erfassung von Lebensdaten, sondern das Verstehen eines Menschen mithilfe der Biografiekenntnisse.

Planung von Aktivitäten

Besonders in der stationären Pflege sind die biografischen Informationen für die Pflegeplanung in den Bereichen „Sich beschäftigen“ und „Soziale Bereiche des Lebens sichern“ die wichtigste Grundlage. Welche bisherigen Hobbys können unterstützt werden? Welche Kontakte können gepflegt, wieder angeknüpft oder neu angebahnt werden? Was insgesamt macht Freude und übersteigt nicht die Fähigkeiten?

- B** Zwei Beispiele:
- Regelmäßige Aufenthalte im Garten werden für einen alten Landwirt wichtiger sein als für eine ehemalige Verwaltungsangestellte.
 - Beim Wäschelegen zu helfen, wird eine Hausfrau befriedigen; eine alte Lehrerin würde sich dabei vielleicht nicht ernst genommen fühlen.

Möglichst zusammen mit dem alten Menschen wird entschieden, welche Gruppenangebote er gerne annehmen würde. In der häuslichen Pflege hat der Pflegedienst i.d.R. wenig Einfluss auf die Tagesgestaltung. Umso wichtiger ist die biografische Haltung im pflegerischen Umgang.

„Jung gewohnt ist alt getan!“

Die stationäre Altenpflege entspricht nicht der Lebenswelt, aus der die alten Menschen kommen. Aber auch im Heim sind Elemente des „normalen“ Lebens möglich, z.B.:

- Nicht die Altenpflegerin richtet morgens das Bett, sondern sie regt den alten Menschen an, es selbst zu tun. Wie das Bett hinterher aussieht, wird nicht an einem Standard gemessen – die Vorstellungen, wie ein gemachtes Bett auszusehen hat, sind ja unterschiedlich.
- Geschirrspülen gehörte zum Alltag einer Hausfrau. Als regelmäßig zu wenig Löffel aus der Spülküche geliefert wurden, machte man aus der Not ein Konzept: Das Besteck wird nun in der Wohnbereichsküche von drei alten Damen gespült und abgetrocknet. Die Regelmäßigkeit dieser Pflicht ist keine geringe Anforderung, aber sie gibt ein wenig von dem Gefühl zurück, einen eigenen Haushalt zu versorgen (Abb. 1.29).

P Überlegen Sie, welche Angebote man alten Menschen machen könnte, die sich in jüngeren Jahren hauptsächlich mit technischen Dingen beschäftigt haben (Abb. 1.28).



Abb. 1.28 Als junger Mann war er mit seiner BMW verwachsen. (Foto: Thieme)



Abb. 1.29 Diese Frau arbeitet gerne in der Küche mit. (Foto: Monkey Business Images, Dreamstime.com)



Erhebung biografischer Informationen und Datenschutz

Dass alle Informationen, die wir über das Leben eines Menschen sammeln, dem Datenschutz unterliegen und nur denen zugänglich sein dürfen, die für die Pflege und für die Betreuung verantwortlich sind, ist selbstverständlich. Dennoch gibt es Situationen, in denen unklar ist, wie wir mit dem Anvertrauten umgehen sollen. Manchmal teilt uns ein alter Mensch aus einem besonderen Vertrauensverhältnis heraus „Herzenseheimnisse“ mit oder auch Geschehnisse, deren er sich heute schämt oder deren weiteres Bekanntwerden er fürchtet. Er tut das in der festen Überzeugung, dass das Gespräch unter vier Augen bleibt. Dann sollte man darauf verzichten, solche Informationen schriftlich zu fixieren.

B Frau Simon spricht über die schwierige Zeit vor dem Zweiten Weltkrieg und erwähnt, dass sie damals in Hamburg als Prostituierte gearbeitet habe, um ihre Kinder zu ernähren. Das dürfe aber niemand aus der Familie wissen.

Diese Mitteilung kann zum Verstehen von Zusammenhängen und Reflektieren des pflegerischen Handelns helfen. Sie ist aber nicht geeignet, als Charakteristikum der Person dokumentiert zu werden. Aus dem Zusammenhang gerissen, stempelt es Frau Simon ab und wird vielleicht von manchen Mitarbeitern moralisch gewertet.

Biografiebogen

Ein wesentlicher Bestandteil dieser Biografiearbeit ist der „Biografiebogen“ als Teil der Pflegeplanung oder -dokumentation. Hier werden relevante Daten erhoben und schriftlich fixiert. Der Biografiebogen ist aber nicht statisch zu sehen und nicht mit dem Tag des Einzuges abgeschlossen.

Zwar werden oft schon vor oder während des Einzuges durch Betroffene, Angehörige und Freunde Informationen beigesteuert. Diese gilt es dann während des Aufenthaltes zu ergänzen und weiter fortzuschreiben. Biografiearbeit geht über die abschließliche Erfassung von Daten hinaus.

Der Biografiebogen gibt erste Anknüpfungspunkte für die weitere Erhebung der individuellen Biografie. Kann der Betroffene selbst keine Angaben mehr machen und Angehörige oder Freunde ebenfalls nicht, beinhaltet das Biografieblatt oder der Biografiebogen oft nur wenige isolierte Informationen zum Lebenslauf und zur Lebensgeschichte. Gelegentlich gilt die Biografiearbeit sogar fälschlicherweise als abgeschlossen, wenn die Bewohner eingezogen sind und der Biografiebogen ausgefüllt ist.

Anspruch. „Der ‚Biografiebogen‘ ist eine Informationssammlung zu lebensgeschichtlichen Daten und Hintergründen des Klienten“ (Korcic 2003). Häufig wird die Biografieerhebung allerdings durch das reine Sammeln dieser Daten als erledigt angesehen.

Diese Verkürzung auf die reine Sammlung von Daten trägt allerdings nicht automatisch zur Integration der jeweiligen Lebensgeschichte in den pflegerischen Alltag bei. Die Lebensqualität einer Bewohnerin steigt nicht zwangsläufig, wenn Pflegenden wissen, ob sie in Hamburg geboren wurde, dass sie drei Kinder und eine bestimmte Religionszugehörigkeit hat. Fragen nach besonders sensiblen Daten wie der politischen oder der sexuellen Ausrichtung in der Jugend sind nicht zwingend erforderlich, um die Lebensgewohnheiten von Bewohnern zum heutigen Zeitpunkt zu erfassen.

Erst der sensible Umgang mit Daten und die Einbeziehung von für die heutige Lebenssituation relevanten Informationen in die Maßnahmenplanung macht die Biografiearbeit zum wertvollen Bestandteil pflegerischen Handelns. Besonders Informationen, die der Betroffene vertrauensvoll einer bestimmten Pflegeperson anvertraut hat, dürfen nicht „Allgemeingut“ werden (Abb. 1.30).

Möchte der Betroffene nicht über einen bestimmten Angehörigen sprechen, so ist es oft wichtiger, dies zu wissen und zu akzeptieren, als Informationen darüber einzuholen, warum das so ist oder welche Begebenheiten dazu führten. Hier sollte nicht unbedingt an hohen Feiertagen, wie z. B. Weihnachten, nach dem Verbleib dieses Angehörigen gefragt werden, sondern Biografiearbeit heißt hier, zu wissen, es gibt zwar eine Disharmonie in der Familie, aber man kann auf andere Familienangehörige Bezug zu nehmen, diesen speziellen Angehörigen sollte man aber nicht erwähnen.



Abb. 1.30 Anvertraute Informationen dürfen nicht Allgemeingut werden. (Foto: Frank Kleinbach, Thieme)

Anvertrautes Geheimnis s. a. S. 60.

M Die gewonnenen Informationen zur Biografie unterliegen dem Datenschutz und dürfen nicht autorisierten Personen nicht zugänglich sein.

Psychobiografisches Modell nach Böhm

Bereits 1965 entwickelte Erwin Böhm in Österreich einen rehabilitativen Ansatz in der Pflege. Dieser fokussierte nicht, wie damals üblich, auf die bloße Versorgung der Menschen. Stattdessen liegt der Pflege nach Böhm ein „Reaktivierungsmodell“ zugrunde, das an die z.T. verschütteten Fähigkeiten der Betroffenen anknüpfen will. Es sollen nicht alle Tätigkeiten durch die Pflegenden übernommen, sondern vielmehr mit der „Hand in der Hosentasche“ Unterstützung geleistet werden. Die Menschen sollen in die Lage versetzt werden, früher gewohnte und vertraute Tätigkeiten wieder selbst auszuführen. Durch die „Reaktivierung“ der Fähigkeiten soll eine intensivere Teilhabe am Leben möglich werden.

Elementare Voraussetzung für die Pflege nach Böhm ist dabei die Arbeit mit der Biografie der Betroffenen. Nach Böhm erfolgt die Prägung eines Menschen insbesondere in den ersten fünf- bis zwanzig bis dreißig Lebensjahren.

Wenn Menschen, die unterschiedlich alt sind, zusammenleben, ist neben der persönlichen Prägung (z.B. durch unterschiedliche soziale Stellungen oder regionale Herkunft) auch die prägende Generation zu beachten. Nicht für alle Bewohner eines Bereiches ist z.B. die Musik aus der Kriegs- oder Vorkriegszeit angemessen. Inzwischen leben in stationären Einrichtungen auch Menschen aus der Generation, deren Musikgeschmack durch die Rolling Stones oder die Beatles geprägt wurde. Auch ein Interieur, das sich ausschließlich an den fünfziger Jahren ausrichtet, ist nicht für alle angemessen. Vielmehr werden auch in naher Zukunft die siebziger Jahre in der Umgebungsgestaltung ihre Berechtigung finden.

Ziel der Pflege nach Böhm ist die Wiederbelebung der menschlichen Seele. Auch Pflegenden sollen von diesem Ziel profitieren, sie sollen durch Fachlichkeit ihre Tätigkeit als belebend erfahren. Von Erwin Böhm stammt das Zitat: „Vor den Beinen muss die Seele bewegt werden“ (Prell 2002). Dabei wird in der Pflege nach Böhm die Thymopsyche und die Noopsyche (Prell 2002) unterschieden.

Mit der „Wiederbelebung der Altersseele“ nach Böhm verbindet sich auch der Anspruch, die Selbstständigkeit alter Menschen mit Demenz so lange wie möglich zu erhalten und ggf. wieder zu reaktivieren. Menschen mit herausforderndem Verhalten werden besser verstanden, wenn die Pflegenden wissen, was diese meinen und was sie bewegt.

Adaptionszeit. In der Pflege und Begleitung bezeichnet Böhm die nicht angemessen berücksichtigte Adaptionszeit der Betroffenen als Problem. Die Adaptionszeit bezeichnet die Zeitspanne, die zwischen einer Aufforderung oder dem auslösenden Impuls zu einer Handlung und der Reaktion darauf besteht. Pflegenden gewähren nach Böhm nicht immer eine ausreichend lange Adaptionszeit und

reagieren meist nach ihrer eigenen Adaptionszeit (Prell 2002).

Erreichbarkeits- bzw. Interaktionsstufen

Dem Modell nach Böhm liegt die Annahme zugrunde, dass Menschen im Alter regredieren. Demnach fällt der Betroffene je nach Regressionsstufe in eine frühere Entwicklungsstufe zurück. Böhm entwickelte vor diesem Hintergrund sieben Erreichbarkeits- oder Interaktionsstufen (Böhm 1999a). Je nachdem, in welcher Erreichbarkeitsstufe sich ein Mensch befindet, sind unterschiedliche Zugänge in der Kommunikation erforderlich. Von der Stufe hängt es ebenfalls ab, ob eine aktivierende oder re-aktivierende Pflege zum Einsatz kommt.

Stufe 1 Sozialisation. Diese Stufe entspricht der eines Erwachsenen. Die Kommunikation mit dem Betroffenen verläuft auf der Inhalts- und Sachebene.

Stufe 2 Mutterwitz. In dieser Stufe ist die verbale Kommunikation noch möglich. Der Betroffene ist in der Entwicklungsstufe eines Jugendlichen. In dieser Stufe ist ebenfalls eine Aktivierung angemessen.

Stufe 3 seelische soziale Grundbedürfnisse. Der Betroffene ist in einer Interaktionsstufe, in der „re-aktivierende“ Pflege erforderlich ist. Unterschieden werden die primären Bedürfnisse wie Hunger, Durst oder Schlaf und die sekundären oder reaktiven Bedürfnisse wie ein Zuhause haben und sich auch zu Hause fühlen. In dieser Phase ist es wichtig, diese sekundären Bedürfnisse zu berücksichtigen.

Stufe 4 Prägungen. Die Namensgebung dieser Stufe sieht Böhm als „volkssprachlich“ an. Er beschreibt als Prägung sich wiederholende, eingespielte Verhaltensnormen und Sicherheit gebende Rituale.

Stufe 5 höhere Antriebe. Hier kommen Triebe und Triebwünsche zum Tragen. Triebe beschreibt Böhm als Antriebserlebnisse, die auf etwas Bestimmtes gerichtet sind. Sie werden differenziert in allgemeine, leibliche und seelische Triebe.

Stufe 6 Intuition. In dieser Stufe ist analytisches Denken nicht mehr möglich, und der Betroffene wird durch ihm vertraute Mythen, magisches Denken, Aberglauben und Mystik beeinflusst.

Stufe 7 Urkommunikation. Hier ist die Kommunikation zwischen Betroffenen und Pflegenden durch nonverbale Zugänge (z.B. Berührungen) möglich.

Die Pflege nach Böhm wird in lizenzierten Kursen durch das Europäische Netzwerk für Psychobiografische Pflegeforschung nach Prof. Böhm vermittelt.

M Die Pflege nach Böhm ist ein Ansatz in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz, der sich in besonderem Maße auf die Biografie stützt.

Normalität für Menschen mit demenziellen Erkrankungen ist das, was sie in dieser Lebensphase als normal erlebt haben und sie geprägt hat. Das bedeutet aber auch, dass die Prägung eines Menschen, der heute 97 Jahre alt ist, eine andere als bei einem heute 77- oder 67-jährigen ist.

D **Thymopsyche:** Gemeint ist hier der gefühlsmäßige Anteil der Seele. Gerade dieser thymopsychische Anteil kommt in der Pflege nach Böhm mit den Bereichen Stimmung, Befindlichkeit, Trieb und Gefühlsausbrüchen zur Anwendung.

D **Noopsyche:** Im Böhm-Modell sind hiermit die rationalen und kognitiven Anteile sowie die Gedächtnisleistung gemeint.



D Altersbilder sind allgemeine Vorstellungen über das Alter und dessen Prozess, aber auch Mutmaßungen über die charakteristischen Eigenschaften.



Abb. 1.31 Viele ältere Menschen betätigen sich auch im Alter gerne noch sportlich. (Foto: C. Götz, Thieme)

B In der Werbung werden Alte oft als gebrechlich (Treppenlift, Inkontinenzmittel) oder zurückgeblieben (Großvater schenkt Enkelin Sparbuch anstatt Investmentfond) dargestellt.

I **Literaturtip:**
"Neue Bilder vom Alter"
www.bmfsfj.de

Altersbilder

Das Altersbild setzt sich zusammen aus den persönlichen Erfahrungen im Umgang mit alten Menschen, den Meinungen innerhalb des eigenen Umfeldes und dem Ansehen des Alters in der jeweiligen Gesellschaft. Es wird beeinflusst von dem Bild, das die Menschen einer Gesellschaft von alten Menschen haben (Fremdbild) und durch die Art und Weise, wie sich alte Menschen selber sehen (Selbstbild). Deshalb ist das Altersbild im Laufe der Geschichte ständigen Veränderungen unterworfen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2011).

Das Altersbild im Verlauf der Geschichte

Antike. Zumindest in der Oberschicht der Antike galten die Alten als Weise. Sie hatten hohes Ansehen und waren in entsprechend hohen Ämtern tätig. Im Mittelalter wurden viele Alte, die nicht mehr arbeiten konnten, in Sozialasyle zu Kranken und Armen abgeschoben. Der alte Mensch galt als unnützlich, weil er mitversorgt werden musste.

16.–17. Jh. Im 16.–17. Jahrhundert bedeutete Alter Jammer, Bürde, Makel, Zerfall, Vorstufe des Todes. Griesgrämige, kranke Alte störten die Lust zum Leben (Elias 1978). In der Literatur wurden die Qualen geschildert, mit denen der Mensch im Alter geplagt wird: Alter bedeutete Leiden.

18. Jh. Ab der 2. Hälfte des 18. Jahrhunderts änderte sich die Sichtweise des Alters. Die Alten wurden geachtet, Alter galt als erstrebenswert. Viele Schriftsteller rühmten die Weisheit des alten Menschen. Die Medizin dachte erstmals über lebensverlängernde Möglichkeiten nach. Man begann, die heilbar Kranken von den Alten und Siechen zu trennen.

19. Jh. In der Biedermeierzeit wurde das Alter verherrlicht. Der körperliche Abbau verlor an Bedeutung, dafür wurden das Wissen und die Erfahrung des Alters geschätzt. Dies führte dazu, dass junge Männer mit Bart, Spitzbauch und Kneifer ihr Äußeres veränderten, um älter zu wirken.

20. Jh. Ab dem 20. Jahrhundert wurden junge, sportliche Körper und eine körperbezogene Mode zum Ideal. Der weise, alte Mensch mit Erfahrung musste dem leistungsfähigen, starken und dynamischen Jungen Platz machen. Für die Medizin wurde das Alter gleichbedeutend mit Krankheit und Verschleiß. Sie suchte nach Möglichkeiten, dies zu verhindern oder zu beseitigen. Es entstand der Begriff „anti-aging“. Schönheitschirurgie wurde zu einem boomenden Teil der Medizin (Borscheid 1992).

Positive und negative Altersbilder heute

Altersbilder waren immer einem Wechsel zwischen negativ oder positiv unterworfen. Heute bestehen das negative und das positive Altersbild nebeneinander. Das negative Altersbild ist daran zu erkennen, dass der Begriff „alt“ negativ benutzt wird, z. B.: altmodisch, altbacken, alter Zopf, aber auch daran, dass Alte als Menschen im reiferen Alter, Senioren, Ruheständler, Rentner usw. umschrieben werden. Daneben existiert ein positives Altersbild. Die „neuen Alten“ werden als gesunde, aktive Menschen wahrgenommen, die fest im Leben stehen und ohne finanzielle Probleme daran teilhaben (Abb. 1.31).

Menschen zwischen 20 und 35 sehen im Älterwerden insbesondere die positiven Aspekte: Mit dem Alter gewinnt man an Persönlichkeit und Lebensqualität. 41 Prozent gaben an, ihr Altersbild sei „sehr positiv“ oder „eher positiv“, während nur 24 Prozent eine insgesamt negative Sicht äußerten. Die Übrigen urteilten ausgeglichen. Jüngere beurteilen die Lebensqualität der Älteren als sehr gut. Negative Aspekte nehmen sie weniger wahr als die Älteren selbst.

Das eigene Altersbild hat Auswirkungen auf die Akzeptanz des eigenen Alters. Ein positives Altersbild hilft, das eigene Altern zu akzeptieren. Ein negatives Altersbild schürt die Angst vor dem Älterwerden.

Altersbilder von Pflegekräften

Verschiedene Studien über Altersbilder bei Pflegepersonal brachten folgende Ergebnisse:

- Insgesamt überwiegen negative und neutrale Einstellungen zum Alter.
- Eine positive Einstellung gegenüber Älteren kann bei Verschlechterung deren gesundheitlichem Zustand sinken. Jedoch werden pflegeleichte, abhängige Alte positiver erlebt, als selbstständig denkende und kritische.
- Jemand mit niedrigem Einfühlungsvermögen hat ein schlechteres Altersbild, als der mit großer Empathie.
- Professionell Pflegende haben ein neutrales bis positives Altersbild. Es bestehen jedoch Vorurteile bei ausschließlicher Arbeit mit älteren oder chronisch kranken Menschen.
- Altersbilder eines Teams wirken sich genauso auf Pflegekonzepte und Pflegehandeln aus, wie das institutionelle Umfeld. Pflegekräfte in geriatrischen und rehabilitativen Einrichtungen haben eine positivere Einstellung, als Pflegekräfte in unspezifischen Einrichtungen.

Menschenbilder

Es gibt fast so viele Menschenbilder, wie es Menschen gibt, denn jeder betrachtet den anderen aus seinen individuellen Erfahrungen heraus aus einem anderen Blickwinkel. Manchmal ist es eine Frage des Landes, der Gesellschaft oder des Zeitalters, in dem man aufwächst.

Die Generation unserer Großeltern hat z. B. eine andere Einstellung zum Alter, zur Gleichberechtigung, zur Rolle der Frau usw. Einige Grundansichten haben Menschenbilder jedoch gemeinsam. Anhand dieser Grundansichten lassen sie sich einteilen in:

- naturwissenschaftliche Menschenbilder (organbezogen, funktional),
- ganzheitliche Menschenbilder (Zusammenhang zwischen Körper, Geist, Seele).

Die Beantwortung folgender Frage ist Voraussetzung für das Menschenbild: Was ist der Mensch? Unter anderem macht die individuelle Beantwortung dieser Frage eine Pflegeperson zu der, die sie ist. Sie ist die Grundlage für die Interpretation von Situationen und dem daraus resultierenden Verhalten.

Naturwissenschaftliches Menschenbild

Lange Zeit hatte auch in der BRD die naturwissenschaftliche Sicht des Menschen ebenso wie in der Medizin starken Einfluss auf das Menschenbild in der Pflege. Übertrieben ausgedrückt kann man sagen, dass aus dieser Sicht heraus Krankheit als Versagen der komplizierten „Maschine“ Körper gesehen wurde: Der „Fehler“ muss diagnostiziert, die „Maschine“ repariert, verschlissene Körperteile ausgewechselt werden.

Die Leistungs- und Funktionsbereitschaft des Körpers steht im Vordergrund. In den 80er-Jahren vollzog sich ein Wandel hin zum ganzheitlichen Menschenbild. Das ist beim Pflegeprozess deutlich zu sehen. Nicht nur die Probleme des Patienten sind die Grundlage für die Pflegeplanung, sondern auch seine Ressourcen.

Ganzheitliches Menschenbild

Beim ganzheitlichen Menschenbild steht der Mensch im Mittelpunkt (Abb. 1.32). Schwerpunkt ist die ganzheitliche Betrachtung: Körper, Seele und soziales Umfeld sind eine Einheit. Pflege nach dem humanistischen Menschenbild nimmt Rücksicht darauf, was der Mensch zum Menschsein benötigt.

- Abhängigkeit und Selbstbestimmung,
- Gegenseitigkeit und Anerkennung mittels Kommunikation.

Abhängigkeit und Selbstbestimmung

Die Menschen sind in unterschiedlichem Maß voneinander abhängig. Auf die Pflege übertragen bedeutet dies z. B.:

- Der Patient ist abhängig von mir. Er ist auf mein Fachwissen und meine Fähigkeiten angewiesen.
- Ich bin abhängig vom Patienten. Ohne seine Zustimmung, Mithilfe und seinen Willen kommen wir nicht weiter.

Die Einsicht in die Abhängigkeit ist tief in uns verankert. Sie ergibt sich aus der langen Zeit der Entwicklung vom Säugling bis zum Erwachsenen. Dennoch will jeder auch er selber sein. Anschaulich wird das bei der natürlichen Trotzreaktion eines kleinen Kindes. Je nachdem wie die Umgebung reagiert, lernen Kinder, wie viel Selbstbestimmung erlaubt ist.

Um die Balance zwischen Abhängigkeit und Selbstbestimmung geht es weiterhin im menschlichen Leben, in Gruppen, in Zweierbeziehungen, in Institutionen und Organisationen. Um diese Balance geht es vor allem auch in der Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient.

Junge Menschen wollen nicht mehr abhängig sein von ihren Eltern, sie wollen endlich selbst bestimmen. Ein kranker oder alter Mensch will unabhängig bleiben, vielleicht unabhängig sein von den betreuenden oder anderen kranken Menschen um ihn herum. Er will Freiräume, will selbst über sich, seinen Aufenthaltsort, seine Zukunft entscheiden können.

M Das Menschenbild gibt Antworten auf die Frage: „Wer ist der Mensch und was charakterisiert ihn?“ Es beinhaltet individuelle Einstellungen zu sich und zu anderen. Diese werden geprägt durch die eigene Entwicklung und durch die Gesellschaft und Kultur, in der man aufwächst.

M Mensch wird man trotz aller genetischen Anlagen nur mit und durch Menschen.

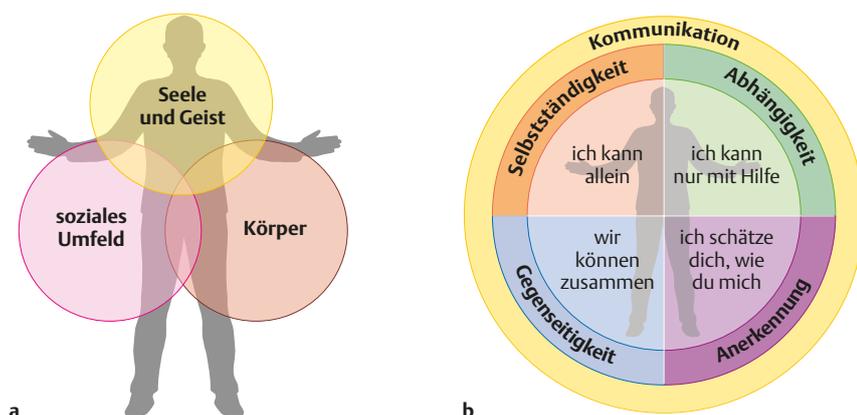


Abb. 1.32 Das ganzheitliche Menschenbild stellt den Menschen in den Mittelpunkt und betrachtet ihn in seiner Gesamtheit (a). Im Umgang wird berücksichtigt, was der Mensch benötigt, um sich als Mensch zu fühlen (b).



1

Vorstellungen vom Altsein und von alten Menschen

Alte Menschen – wer sind sie?

In keinem anderen Lebensabschnitt finden wir solch eine Bandbreite von Eigenschaften und Lebenssituationen: Alte Menschen sind rüstig, klug, hilflos, hilfsbedürftig, großzügig, weise, dankbar, unglücklich, schwierig, unausstehlich, götig, vereinsamt, geizig, gesellig, verwirrt, geschäftstüchtig, interessiert, kompetent, überlegen, kleinlich, unbeweglich, aktiv, hilfsbereit, ohne Initiative, passiv, hektisch, korpulent, hager, egoistisch, schwerfällig oder begeisterungsfähig.

Alte Persönlichkeiten sind von ihrem langen Leben geprägt

Sie, die Jüngeren, begegnen alten Menschen. Oft sind es ausgeprägte Persönlichkeiten, die auf Sie interessant, anziehend oder unsympathisch wirken. Welche Erlebnisse und innere Entwicklung einen Menschen zu dem gemacht haben, was er heute darstellt, das ist auch bei einer lange währenden Beziehung nur zu ahnen (Abb. 1.33).

Bei einem Kind zum Zeitpunkt des Schulbeginns gibt es noch sehr viel Gemeinsames mit den Gleichaltrigen. In ihrer lebenslangen Entwicklung bilden Menschen jedoch ihre ganz eigene Art aus. Erlebnisse und Erfahrungen prägen sie, dadurch vergrößern und verfestigen sich die Unterschiede, die sich in der Jugend andeuten.

Hinter der alten Persönlichkeit, ihre Erfahrungsschätze zu erkennen und etwas von den Schicksalsschlägen, inneren und äußeren Kämpfen zu erfahren, kann eine Bereicherung für jüngere Menschen sein (Neulist 2005).

Alte Menschen kommen aus einer anderen Welt

Die vergangenen 100 Jahre sind eine Zeit rasanter Entwicklung. Wir kennen die Welt nicht mehr, in der die Menschen, die heute alt sind, aufgewachsen sind. Vieles, was sie in ihrer Jugend erlebt haben, findet sich nur noch in wenigen abgelegenen Winkeln, und der heutige Alltag in Mitteleuropa ist für viele von ihnen, schwer zu verstehen (Abb. 1.34).

Vorurteile – Klischees – Stereotype

Vorurteile sind verbreitet und spielen auch beim Bild vom Alter eine Rolle. Durch Werbung, Fernseh- und Rundfunksendungen, durch Zeitungsartikel und Bücher werden Bilder vom Alter vermittelt. Sie beeinflussen das Verhalten gegenüber alten Menschen, aber oft entsprechen sie nicht der Wirklichkeit des Alters.

Die Begriffe Klischee und Stereotyp kommen aus dem Druckereigewerbe: Sie betonen das unverän-

derliche, formelhafte einer Vorstellung wie etwa bei einem Stempel.

Früher gab es das Klischee vom alten weisen Menschen, der in allen Lebenslagen Rat und Hilfe weiß, oder das Bild von der götigen Großmutter, die ihren Enkeln Geschichten erzählt. Heute sind gegensätzliche Klischees verbreitet. Wir kennen die negativen Stereotype vom Alter, wie krank und hässlich, arm, hilflos, nicht anpassungsfähig oder eigensinnig. Andererseits fördert die Rolle alter Menschen als Kunden das Bild vom „jungen Alten“, der kompetent und selbstbestimmt, kreativ und dynamisch, von einer gewissen Wohlhabenheit ist und gut aussieht.

Stereotyp und Selbstbild

Ein Problem sind stereotype Vorstellungen vom Alter deshalb, weil sich Menschen häufig so fühlen und verhalten, wie es von ihnen erwartet wird. Stereotype beeinflussen das Selbstbild und das tatsächliche Verhalten alter Menschen.

B Herr Boltes widmete sein ganzes Interesse und seine gesamte Energie seinem Beruf als Verwaltungsbeamter. In seiner Familie und in seinem Umfeld gilt der Übergang in den Ruhestand als Ende des aktiven Lebens. So sieht er den Tag der Pensionierung mit Bangen herankommen. Als es dann soweit ist, sucht er sich zwar Beschäftigung in Haus und Garten, lehnt aber ab,



Abb. 1.33 Welche Lebensereignisse ein alter Mensch hinter sich hat, ist oft nur schwer vorstellbar. (Foto: Lori Carpenter, Fotolia.com)

M Nicht das Alter hat einen Menschen zu dem gemacht, was er ist, sondern sein Leben, seine Erlebnisse und Erfahrungen haben ihn dazu gemacht.

D Ein Vorurteil ist eine nicht sachlich begründete, dauerhafte, meist negative Einstellung gegenüber Personen oder Gruppen.



Abb. 1.34 Kindheit vor 100 Jahren (a) und heute (b). (Fotos: Thiemme und LuckyImages, Fotolia.com)

als er gebeten wird, im Schrebergartenverein eine Aufgabe zu übernehmen. Beschwerden mit den Hüften sind für ihn ein Grund, sich aus seiner Kegelgruppe zurückzuziehen.

Alter: kein beliebtes Thema

In privaten Gesprächen kann man bemerken, dass das Thema Alter möglichst vermieden wird. Der Frage, wie man sich den eigenen Ruhestand vorstellt, weicht man aus. Alter und Altern sind für viele Menschen keine beliebten Themen; es wird in unserer Gesellschaft lieber die jugendlich strahlende, tüchtige Seite hervorgekehrt. Gegenüber diesem „Jugendwahn“ wird die Realität des Alterns als Bedrohung oder Verunsicherung empfunden – sie erinnert Jüngere daran, dass auch sie unweigerlich älter werden. Besonders dann wird mit Abwehr reagiert, wenn ein alter Mensch in seiner Orientierung gestört oder verwirrt ist. Das wird als peinlich empfunden und löst Verlegenheit aus.

Über hochbetagte Menschen, die ihr Leben selbstständig führen, reisen, vielleicht mit über 90 Jahren noch Vorträge halten, spricht man mit einer Mischung von Hochachtung und Verwunderung, ähnlich vielleicht wie von Zirkusakrobaten: eine offenbar mögliche, aber fast unglaubliche Ausnahme. Wenn ein alter Mensch seine Gewohnheiten beibehält, eigenwillig ist und sich nicht bereitwillig dem heutigen Lebensstil anpasst, wird das von vielen als störend empfunden und kann verächtliche Reaktionen hervorrufen.

So, wie sich der Aufbau unserer Gesellschaft wandelt, ist auch das Bild vom Alter in Bewegung gekommen. Die Berliner Altersstudie (BASE) hat eine Fülle an Beweisen erbracht, dass die Vorstellung vom Alter als einer insgesamt negativen Lebensphase der Lebenswirklichkeit sehr vieler alter Menschen nicht entspricht. Viele ältere und alte Menschen erleben ihr Alter als Chance. Die Wirtschaft stellt sich auf die Alten als Kunden ein (Gassmann 2006). Das bürgerschaftliche Engagement alter Menschen und ihr Einsatz in familialen Netzen sind gefragt (Rosenmayr 2005).

Im Laufe der Ausbildung haben Sie unterschiedliche Kontakte zu alten Menschen und machen Erfah-

rungen mit ihnen. Sie werden sich gerontologische Kenntnisse aneignen. All dies wird dazu führen, dass Sie unkritisch übernommene Ansichten über alte Menschen (Vorurteile, Klischees) selbst überprüfen können. Sie werden am Ende Ihrer Ausbildung ein genaueres und besser begründetes Bild vom Leben im Alter und von alten Menschen haben.

Fakten zum Altsein

Einige Fakten zum Altsein und alten Menschen (nach Lepenies 1997, Destatis 2015, ergänzt):

- 29% der 70- bis 100-Jährigen beurteilen ihre körperliche Gesundheit allgemein als sehr gut bis gut, 38% als befriedigend, 3% als ausreichend oder mangelhaft.
- Die Demenzhäufigkeit steigt mit dem Alter stark an. Altersgruppe 70–74 Jahre: 4%, Altersgruppe 90 Jahre und darüber: etwa 41% sind von Demenz betroffen.
- Die Rekonstruktion der Tagesabläufe zeigt, dass nur etwa 20% der Wachzeit mit Ruhephasen verbracht werden. Bei den 70- bis 84-Jährigen sind es sogar nur 10%.
- 2010 regelten in Deutschland 18% der Bevölkerung zwischen 65 und 74 Jahren ihre Geldgeschäfte per Online-Banking.
- Auf Befragen entwerfen etwa 90% selbst bis ins hohe Alter Zukunftsszenarien.
- Etwa 40% geben an, dass sie meistens über die Gegenwart nachdenken, 30% berichten v.a. von Gedanken über die Vergangenheit und 25% von Gedanken über die Zukunft.
- Fast 50% der 70- bis 100-Jährigen geben an, dass sie niemanden haben, mit dem sie über schwierige Probleme reden können.
- Viele Ältere sind noch im hohen Alter an Sex interessiert, wenn auch Geschlechtsverkehr nicht mehr so häufig ist. Manche Frauen erleben noch mit 85 einen Orgasmus.
- 71% aller Pflegebedürftigen wurden 2013 zu Hause betreut. 29% wurden in Pflegeeinrichtungen vollstationär versorgt. Ab 90 Jahren leben immerhin noch die Hälfte nicht im Heim.

Ethische Grundrichtungen und Prinzipien

Ethisches Handeln

Da sich die Ethik als Wissenschaft systematisch mit der Untersuchung menschlichen Handelns hinsichtlich seiner moralischen Qualität auseinandersetzt, kann sie wertvolle Hilfen bereitstellen. Vor allem wenn es darum geht, für moralische Aspekte pflegerischen Handelns sensibel zu werden und in der Pflege moralisch verantwortlich und begründet zu handeln. Dies gilt hauptsächlich für den Bereich des unmittelbaren Pflegehandelns mit und am pflegebedürftigen Menschen.

Ethische Kompetenz

Darüber hinaus fordern auch Veränderungen im beruflichen Selbstverständnis der Pflegeberufe und die verstärkten Professionalisierungsbestrebungen von den Pflegepersonen neben Pflegewissen auch ethische Kompetenz und folglich auch die systematische Auseinandersetzung mit den Werten und Normen, auf denen pflegerisches Handeln basiert. Dabei müssen alle Bereiche der Pflege (z. B. Pflegeforschung, Pflegelehre, Pflegepraxis) der ethischen Reflexion (Überlegung, Betrachtung) unterzogen werden, wenn die Pflegeberufe ihrem gesellschaftlichen Auftrag verantwortungsvoll nachkommen wollen.

Zentrale Begriffe der Ethik

Wie jede Wissenschaft hat auch die Ethik ihre spezifischen Vokabeln, d. h. Begriffe, die immer wieder verwendet werden, um Situationen zu beschreiben und zu analysieren.

Werte

Werte sind ein wesentlicher Bezugspunkt für menschliches Handeln. Entscheidungen für oder gegen eine Handlung werden, bewusst oder unbewusst, beeinflusst von Dingen, die einem Menschen wichtig bzw. wertvoll erscheinen. Diese Aussage gilt für alle Menschen und in nahezu allen Situationen.

Für jeden Menschen ergeben sich persönliche Werte, d. h. Aspekte, die ihm als wesentlich für ein gutes und richtiges Leben erscheinen.

Entstehung von Werten. Die Entwicklung persönlicher Wertvorstellungen ist stark abhängig vom soziokulturellen Umfeld, in dem ein Mensch aufwächst. Eltern, Freunde und andere wichtige Bezugspersonen sind ausschlaggebend dafür, für welche Werte sich ein Mensch entscheidet und welche Werte er für sich als wichtig definiert. Werte haben ihren Ursprung darüber hinaus häufig in der Zugehörigkeit zu einer kulturellen oder religiösen Gruppe.

Persönliches Wertesystem. Alle Werte, die ein Mensch für sich und sein Handeln als wichtig er-

kennt, werden in einem persönlichen Wertesystem geordnet. Das Wertesystem ist hierarchisch angeordnet, d. h. die Werte werden nach ihrer Wichtigkeit und Bedeutung für den jeweiligen Menschen in einer Rangliste angeordnet. Diese Rangliste wird auch als Werteskala bezeichnet. Die Wertesysteme der einzelnen Menschen können sich stark voneinander unterscheiden.

Wertekonflikte. Ein Mensch, der Klarheit über sein persönliches Wertesystem hat und sich in seinen Handlungen ausdrücklich auf bestimmte Werte beruft, muss damit rechnen, dass andere Menschen in derselben Situation völlig anders handeln. Sie berufen sich auf ihr eigenes Wertesystem, welches in einer anderen Hierarchie gegliedert ist. Die Freiheit bei der Gestaltung eines Wertesystems bringt also auch die Problematik eines möglichen Wertekonflikts mit sich.

Besonders deutlich werden Wertekonflikte häufig zwischen den Generationen, da sich die Wertvorstellungen der heute älteren Menschen oft nicht mehr mit denen der Jugendlichen decken.

Werthaltung. Werte motivieren menschliches Handeln. Um die als wichtig erkannten persönlichen Werte zu verwirklichen, handeln Menschen entsprechend. Die Werthaltung wird zu einer inneren Haltung des Menschen und verläuft größtenteils unbewusst. Dies hat den Vorteil, dass nicht in jeder neuen Situation über die beteiligten Werte nachgedacht werden muss. Entscheidungen für oder gegen Handlungen können schneller getroffen werden.

Normen

Die Ethik macht Aussagen zu dem, was gut und richtig ist, d. h. sie beschäftigt sich u. a. mit Normen menschlichen Handelns.

Normen haben einen verbindlichen Charakter. Der Vorteil beim Umgang mit ihnen liegt darin, dass alle Menschen, die damit arbeiten, genau wissen, was sich hinter einer bestimmten Norm verbirgt. Normen gibt es in der Industrie aber auch im zwischenmenschlichen Bereich. Sie erfüllen die wichtige Funktion, die ihnen zugrunde liegenden Werte zu schützen. Normen sollen menschliches Handeln koordinieren und ermöglichen auf diese Weise eine soziale Ordnung.

Das Nichtbefolgen von Normen hat innerhalb einer Gesellschaft in der Regel für den jeweiligen Menschen nachteilige Konsequenzen. Das Verletzen der Norm kann zu einem Tadel oder einer juristischen Bestrafung führen.

Allgemeine Normen. Allgemeine Normen werden auch als handlungsleitende Prinzipien bezeichnet. Sie werden unabhängig von einer konkreten



1

M Überall dort, wo Menschen mit anderen Menschen in Kontakt kommen, stellt sich die Frage nach gutem und richtigem Handeln. Sie stellt sich auch und gerade in der beruflich ausgeübten Pflege.

M Zentrale Begriffe der Ethik sind:

- Werte,
- Normen,
- Gewissen.

D Werte sind bewusste oder unbewusste Orientierungsstandards und Leitvorstellungen, die menschliches Handeln beeinflussen oder Entscheidungen leiten.

M Die Werte werden geprägt durch die:

- persönliche Lebensgeschichte,
- Erziehung,
- Zugehörigkeit zu einer kulturellen oder religiösen Gruppe.

D Unter Normen werden verbindliche Leitlinien oder Regeln verstanden, die das moralische Handeln von einzelnen Menschen oder Gruppen leiten, ohne dass diese in jeder Situation erneut über grundlegende Werte nachdenken müssen.

M Normen können unterschieden werden in:

- allgemeine Normen,
- konkrete Normen.

Situation formuliert und gelten für alle Menschen gleichermaßen. Aus diesem Grund können sie auch keine genauen Angaben dazu machen, wie in einer konkreten Situation gehandelt werden soll. Sie fungieren vielmehr als eine Art Kompass, der die Richtung für gutes und richtiges Handeln vorgibt. Beispiele für Prinzipien sind z. B.:

- Gerechtigkeit,
- Autonomie,
- Aufrichtigkeit.

Konkrete Normen. Konkrete Normen beziehen sich auf Handlungen in Abhängigkeit von bestimmten Situationen, d.h. sie wenden allgemeine Normen auf eine konkrete Situation an. Die Einhaltung vieler konkreter Normen ist durch gesetzliche Bestimmungen geregelt.

B In vielen Ländern wird die Beteiligung an der aktiven Sterbehilfe strafrechtlich verfolgt. Die allgemeine Norm „Du sollst das Leben achten“ wird hier in der konkreten Situation zu „Es darf keine aktive Sterbehilfe geleistet werden“, einer konkreten Norm, die sich auf eine bestimmte Situation, in diesem Fall auf die Beteiligung an und die Durchführung von aktiver Sterbehilfe bezieht.

Moral

Entsprechend der Definition werden für die Beschreibung bzw. Bewertung konkreten menschlichen Handelns die Adjektive *sittlich* bzw. *moralisch* verwendet. Die Moral innerhalb einer Gesellschaft zeigt sich nicht nur in persönlichen Verhaltensweisen und Überzeugungen, sondern u. a. in der sozialen, politischen und kulturellen Ordnung.

Gewissen

Das Gewissen fungiert als persönliche und moralische Instanz, die Menschen dazu auffordert, sich in konkreten Situationen für gutes und richtiges Handeln zu entscheiden. Die Entwicklung des Gewissens setzt voraus, dass Menschen eine Vorstellung davon oder ein Gefühl dafür haben, was als gut und richtig gilt. Die Vorstellung davon bildet sich im Laufe der Entwicklung eines Menschen in der Auseinandersetzung mit bzw. der Kenntnis von geltenden Werten und Normen heraus.

Beispiel ICN-Code

Ethische Überlegungen in der Pflege haben zum Ziel, für moralische Aspekte pflegerischen Handelns zu sensibilisieren und gutes und richtiges Handeln in der Pflege zu begründen. Auch in der Pflege kommt der Ethik die wichtige Aufgabe zu, u. a. in Form von Theorien und Prinzipien moralisches Handeln in der Pflege zu begründen und Hilfestellung zur Entscheidungsfindung bei moralischen Problemen zu geben. Dabei liegt der Schwerpunkt der pflegeethischen Diskussion aktuell auf

den moralischen Aspekten der Beziehung zwischen Pflegepersonen und pflegebedürftigen Menschen, Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen sowie deren Angehörigen.

Mitte des 20. Jahrhunderts erhob die Pflege zunehmend Anspruch auf die Anerkennung als eigenständiger, von der Medizin weitgehend unabhängiger Beruf. Diese Entwicklung wurde von den pflegerischen Berufsverbänden maßgeblich durch die Erarbeitung und Verbreitung sog. Berufskodizes für Pflegepersonen unterstützt.

Berufskodizes

Das persönliche Wertesystem und die in einer Gesellschaft geltenden Normen bestimmen zum großen Teil das Handeln der Menschen. Neben diesen persönlichen Werten und Normen spielen im Zusammenhang mit der beruflichen Arbeit auch berufliche Werte und Normen eine wichtige Rolle.

Berufliche Werte und Normen ergeben sich für den einzelnen Menschen aus der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe. Sie sind Leitvorstellungen und Orientierungsstandards für berufliches Handeln, die innerhalb einer Berufsgruppe als wichtig erachtet werden. Der Schutz dieser Werte und Normen wird durch einen Berufskodex, der auch als Ethik-Kodex bezeichnet wird, für die jeweilige Berufsgruppe festgeschrieben.

Die Berufskodizes enthalten Prinzipien und Regeln für berufliches Handeln und machen deutlich, welche Ziele eine Berufsgruppe mit ihrer Arbeit verfolgt. Hierdurch geben sie die Richtung beruflichen Handelns an und verpflichten einerseits die Berufsangehörigen, sich bei der Berufsausübung an diesen Regeln zu orientieren, geben andererseits aber auch eine Entscheidungshilfe für moralische Probleme im beruflichen Handeln.

Berufskodizes in der Pflege

Bezogen auf die Pflege beschäftigen sich Berufskodizes für Pflegepersonen mit denjenigen Werten und Normen, die für das pflegerische Handeln maßgeblich sind. Berufskodizes beschreiben berufliche Werte und Normen und geben Berufsangehörigen eine Orientierungshilfe für berufliches Handeln.

Da Berufskodizes versuchen, möglichst viele ethische Aspekte pflegerischen Handelns zu erfassen, können sie konsequenterweise keine konkreten Handlungsanweisungen für spezifische Situationen geben. Es ist nicht möglich, alle Aspekte und Umstände, die in einer konkreten Pflegesituation zum Tragen kommen, in einem Ethik-Kodex abzubilden.

Ein Berufskodex benennt allgemeine Prinzipien bzw. Richtlinien, nach denen Pflegepersonen ihr berufliches Handeln ausrichten sollen. Da der berufliche Alltag jedoch nicht aus allgemeinen, sondern aus spezifischen Pflegesituationen besteht, in denen sehr viele unterschiedliche Umstände und Aspekte zu berücksichtigen sind, können Berufs-

M Allgemeine und konkrete Normen schützen die ihnen zugrunde liegenden Werte. Darüber hinaus fungieren sie als verbindliche Regeln im menschlichen Zusammenleben und ermöglichen so eine soziale Ordnung.

Berufskodizes sollen einen gewissen moralischen Standard für die pflegerische Berufsausübung sicherstellen und anderen Berufsgruppen und vor allem der Gesellschaft verdeutlichen, was sie von den Berufsangehörigen der Pflegeberufe erwarten können.

D Moral ist das geltende Verständnis und das Befolgen bzw. die tatsächliche Umsetzung von Werten und Normen eines Einzelnen oder einer Gruppe von Menschen in praktisches Handeln.

D Als Gewissen wird die Fähigkeit bezeichnet, die Menschen dabei unterstützt, Gutes von Bösem bzw. Werte von Nichtwerten zu unterscheiden.

D Pflegeethik wird definiert als „Untersuchung von moralischen Aspekten im Zusammenhang mit der Ausübung des Pflegeberufs“ (van der Arend u. Gastmans 1996).



kodizes die eigenständige Auseinandersetzung von Pflegepersonen mit moralischem Handeln im Beruf nicht ersetzen. Für das moralisch kompetente und verantwortliche Handeln im Pflegealltag ist das Wissen über Theorien und Prinzipien der Ethik eine wichtige Hilfestellung.

ICN-Kodex

Heute gibt es eine Reihe von Berufskodizes für Pflegepersonen, die zumeist von den verschiedenen Berufsverbänden herausgegeben werden. Viele der aktuellen Berufskodizes orientieren sich am bekanntesten Ethik-Kodex für Pflegepersonen, der 1953 vom ICN (International Council of Nurses – Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger) verfasst worden ist. Die letzte Überarbeitung dieses Berufskodex hat 2012 stattgefunden.

Der ICN-Kodex beschreibt die grundlegenden Aufgaben der Pflegepersonen, grundlegende Werte und Normen der Berufsangehörigen (z. B. die Achtung vor dem Leben, der Würde, den Grundrechten des Menschen) und die Beziehung der Berufsangehörigen (Abb. 1.35):

- zu ihren Mitmenschen,
- zur Berufsausübung,
- zur Profession,
- zu Kollegen.

Der 2014 ins Deutsche übersetzte ICN-Kodex ist von den pflegerischen Berufsverbänden in Österreich, Schweiz und Deutschland anerkannt. Mit dem Begriff „Pflegerische“ sind Gesundheits- und Kranken- bzw. Kinderkrankenschwestern/-pfleger sowie Altenpfleger/-innen gemeint.

Pflegerische haben vier grundlegende Verantwortungsbereiche: Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern. Es besteht ein universeller Bedarf an Pflege. Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich des Rechts auf Leben, auf Würde, auf Entscheidungsfreiheit und auf respektvolle Behandlung. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt. Die Pflegerische übt ihre berufliche Tätigkeit zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus; sie koordiniert ihre Dienstleistungen mit denen anderer beteiligter Gruppen.

Elemente des Kodex

Der ICN-Ethikkodex für Pflegerische umfasst vier Grundelemente, die den Standard ethischer Verhaltensweise bestimmen.

1. Pflegerische und ihre Mitmenschen

Die grundlegende professionelle Verantwortung der Pflegerischen gilt dem pflegebedürftigen Menschen. Bei ihrer professionellen Tätigkeit fördert die Pflegerische ein Umfeld, in dem die Menschenrechte, die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der Glaube des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert werden. Die Pflegerische gewährleistet, dass die pflegebedürftige Person zeitgerecht die richtigen und ausreichenden Informationen auf eine kulturell angemessene Weise erhält, auf die sie ihre Zustimmung zu ihrer pflegerischen Versorgung und Behandlung gründen kann. Die Pflegerische behandelt jede persönliche Information vertraulich und geht verantwortungsvoll mit der Weitergabe von Informationen um. Die Pflegerische teilt mit der Gesellschaft die Verantwortung, Maßnahmen zugunsten der gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Bevölkerung, besonders der von benachteiligten Gruppen, zu veranlassen und zu unterstützen. Die Pflegerische setzt sich für Gleichheit und soziale Gerechtigkeit bei der Verteilung von Ressourcen, beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu anderen sozialen und ökonomischen Dienstleistungen ein. Die Pflegerische zeigt in ihrem Verhalten professionelle Werte wie Respekt, Aufmerksamkeit und Eingehen auf Ansprüche und Bedürfnisse, sowie Mitgefühl, Vertrauenswürdigkeit und Integrität.

2. Pflegerische und die Berufsausübung

Die Pflegerische ist persönlich verantwortlich und rechenschaftspflichtig für die Ausübung der Pflege, sowie für die Wahrung ihrer fachlichen Kompetenz durch kontinuierliche Fortbildung. Die Pflegerische achtet auf ihre eigene Gesundheit, um ihre Fähigkeit zur Berufsausübung zu erhalten und sie nicht zu beeinträchtigen. Die Pflegerische beurteilt die Fachkompetenzen der Mitarbeitenden, wenn sie Verantwortung delegiert. Die Pflegerische achtet in ihrem persönlichen Verhalten jederzeit darauf, ein positives Bild des Pflegeberufs zu vermitteln sowie das Vertrauen der Bevölkerung in die Pflege zu stärken. Die Pflegerische gewährleistet bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit, dass der Einsatz von Technologie und die Anwendung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse vereinbar sind mit der Sicherheit, der Würde und den Rechten der Menschen. Die Pflegerische strebt danach, in der beruflichen Praxis eine Kultur ethischen Verhaltens und offenen Dialogs zu fördern und zu bewahren.

3. Pflegerische und die Profession

Die Pflegerische übernimmt die Hauptrolle bei der Festlegung und Umsetzung von Standards für die Pflegepraxis, das Pflegemanagement, die Pflegeforschung und Pflegebildung. Die Pflegerische beteiligt sich an der Entwicklung forschungsbasierter beruflicher Kenntnisse, die eine evidenzbasierte Berufsausübung unterstützt. Die Pflegerische beteiligt sich an der Entwicklung und Aufrechterhaltung von zentralen beruflichen Werten. Über ihren Berufsverband setzt sich die Pflegerische für die Schaffung einer positiven Arbeitsumgebung und für den Erhalt von sicheren, sozial gerechten und wirtschaftlichen Arbeitsbedingungen in der Pflege ein. Die Pflegerische handelt zur Bewahrung und zum Schutz der natürlichen Umwelt und ist sich deren Bedeutung für die Gesundheit bewusst. Die Pflegerische trägt zu einem ethisch verantwortlichen Arbeitsumfeld bei und engagiert sich gegen unethisches Handeln und unethische Rahmenbedingungen.

4. Pflegerische und ihre Kollegen

Die Pflegerische sorgt für eine gute Zusammenarbeit mit ihren Kolleg/-innen und mit den Mitarbeitenden anderer Bereiche. Die Pflegerische greift zum Schutz des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft ein, wenn deren Wohl durch eine Pflegerische oder eine andere Person gefährdet ist. Die Pflegerische ergreift geeignete Schritte, um Mitarbeitende bei der Förderung ethischen Verhaltens zu unterstützen und zu leiten.

Abb. 1.35 ICN-Ethikkodex für Pflegerische (DBfK 2014).

Werteorientierte berufliche Beziehungsgestaltung

Ohne Autonomie hätte Moral letztlich keine Bedeutung. Denn moralisches Handeln kann sich nur dort zeigen, wo ein Mensch in freier Entscheidung und ohne Zwang unter einer Vielzahl von Möglichkeiten das Gute und Richtige wählen kann. Aus diesem Grund kann er auch für sein Handeln verantwortlich gemacht werden.

Verantwortung in der Ethik

Der Begriff der Verantwortung gehört darüber hinaus auch zu den grundlegenden Begriffen der Ethik. Verantwortung besteht immer:

- von jemandem (z. B. von Pflegepersonen),
- für etwas oder jemanden (z. B. für Pflegehandlungen),
- vor einer Instanz (z. B. vor pflegebedürftigen Menschen, vor dem Gericht),
- nach Maßgabe bestimmter Kriterien (z. B. Fachwissen der Pflegewissenschaft).

Wer anders hätte handeln können, ist für sein Handeln voll verantwortlich. Jeder Mensch muss damit rechnen, erklären und begründen zu müssen, warum er so und nicht anders handelt. Er steht für sein Handeln sich selbst oder anderen Menschen gegenüber Rede und Antwort und legt Rechenschaft darüber ab.

Verantwortliches Handeln in der Pflege

Diese besonderen Situationen und Bedürfnisse, aus denen die Fragen an die Pflegeperson gestellt werden, sind von Mensch zu Mensch verschieden. Die „Antworten“ auf die „Anfragen“ des pflegebedürftigen Menschen müssen zwangsläufig so vielfältig und unterschiedlich wie die Situationen der pflegebedürftigen Menschen sein.

Individuelle Entscheidungen. Verantwortliches Handeln in der Pflege muss an der individuellen Situation und den Bedürfnissen des pflegebedürftigen Menschen orientiert sein. Geplante Pflege nach dem Pflegeprozess kann letztlich nur dann verantwortlich sein, wenn sie am pflegebedürftigen Menschen und seinen Ressourcen und Problemen orientiert ist.

Konfliktsituationen und Lösungsmöglichkeiten. Dennoch wird es in einzelnen Fällen nicht immer möglich sein, allen Wünschen und Bitten pflegebedürftiger Menschen nachzukommen. Die Verantwortlichkeit der Pflegeperson zeigt sich darin, dass sie ihr Handeln gegenüber dem pflegebedürftigen Menschen rechtfertigt. Sie kann auch Alternativen aufzeigen, unterstützt durch reflektiertes Handeln und pflegerisches Fachwissen.

Ethische Prinzipien für die Pflegepraxis

Aus der Verantwortlichkeit als Grundhaltung für Pflegenden ergeben sich einige Anforderungen, denen pflegerisches Handeln als Antwort auf die Situation des pflegebedürftigen Menschen entsprechen muss. Verantwortliches Handeln ist begründetes und begründbares Handeln. Ethische Prinzipien leisten hier einen Beitrag.

Theoretische Werkzeuge. Ethische Prinzipien bzw. allgemeine Normen sind theoretische Werkzeuge der Ethik. Diese Prinzipien sind Richtlinien für menschliches Handeln. Sie können wesentlich dazu beitragen, moralisches bzw. gutes und richtiges Handeln zu begründen und den Prozess der moralischen Entscheidungsfindung unterstützen.

Rechtfertigungshilfen. Prinzipien geben die Richtung an, die menschliches Handeln nehmen sollte, um gut und richtig zu sein. Sie dienen der Rechtfertigung bzw. Begründung von konkreten Normen oder Handlungsregeln. Viele in der pflegerischen Berufsausübung geltende Regeln bei der Pflege von Menschen lassen sich auf ethische Prinzipien zurückführen.

Argumentationshilfen. Prinzipien bieten eine Argumentationshilfe beim Austausch über ethische Probleme und tragen so dazu bei, einerseits die eigene Entscheidung zu begründen, andererseits im gemeinsamen Austausch mit anderen zu einer ethisch vertretbaren Entscheidung zu kommen.

Konkrete Anwendung von Prinzipien

Da Prinzipien jedoch sehr allgemein formuliert sind, machen sie keine Aussagen darüber, wie eine Handlung in einer konkreten Situation aussehen sollte, deshalb muss in der konkreten Situation jeweils geprüft werden, welches Prinzip auf welche Art und Weise zur Anwendung kommen kann. Die konkrete Anwendung von Prinzipien kann zwischen den einzelnen Kulturen stark variieren. Auch sind Situationen denkbar, in denen Prinzipien konkurrieren. Hier muss dann entschieden werden, welches Prinzip in dieser Situation größere Bedeutung hat.

Die amerikanische Pflegewissenschaftlerin Sara T. Fry (1995) erachtet folgende Prinzipien als wichtig und hilfreich für die Pflege.

Autonomie

Das Prinzip der Autonomie bezieht sich auf die Freiheit des Menschen, willentlich zu denken und zu handeln. Die zwei Aspekte der Autonomie sind:

D Autonomie ist die grundsätzliche Freiheit des Menschen, willentlich zu denken und zu handeln.

Ethische Probleme s. a. S.870.

M Ethische Prinzipien dienen als:

- theoretische Werkzeuge,
- Rechtfertigungshilfen,
- Argumentationshilfen.

M Wer zu einer Handlung gezwungen wird hat keine Wahl, sich anders zu entscheiden. Er muss seine Handlung deshalb auch nur begrenzt verantworten.

M Verantwortliches Handeln in der Pflege ist die Antwort auf die individuelle Situation des zu Pflegenden.

Für die pflegerische Berufsausübung hilfreiche ethische Prinzipien:

- Autonomie,
- Wohltätigkeit,
- Gerechtigkeit,
- Aufrichtigkeit,
- Loyalität.



1

M Ein autonomer Mensch trifft freie Entscheidungen bezüglich des eigenen Lebensweges und nimmt dabei Rücksicht auf die autonomen Entscheidungen anderer Menschen.

D Unter Benefizienz werden Handlungen verstanden, die auf das Wohlergehen anderer Menschen abzielen. Unter Nonmalefizien wird das Bewahren vor Schaden verstanden.

B Ein aktuelles Problem, das unter dem Prinzip der Gerechtigkeit diskutiert wird, ist z. B. die Verteilung von Organen zur Organtransplantation.

M Die Wahrung des Berufsgeheimnisses und der Schweigepflicht wird als grundlegende Pflicht in vielen pflegerischen Ethik-Kodizes beschrieben. In der Bundesrepublik Deutschland werden in § 203 des Strafgesetzbuches das Berufsgeheimnis und die Schweigepflicht geregelt.

Willensfreiheit. Unter Willensfreiheit wird dabei die innere Fähigkeit des Menschen verstanden, überhaupt wählen zu können. Der Mensch hat die Freiheit, sich in einem Prozess der Reflexion mit den Gegebenheiten auseinanderzusetzen und sie entweder gutzuheißen oder sie zu verwerfen. Die Handlungsfreiheit ist immer dann gegeben, wenn unter mehreren Möglichkeiten eine gewählt werden kann. In diesem Zusammenhang gilt auch Nicht-Handeln als Handeln.

Respekt vor der Autonomie anderer Menschen heißt, den Willen des anderen bei Entscheidungen einzubeziehen und zu respektieren. Grundsätzlich bedeutet die Achtung des Prinzips auch, dass vor jeder Handlung, die Auswirkungen auf einen anderen Menschen hat, dieser Mensch darüber informiert und sein Einverständnis eingeholt wird.

Handlungs- und Entscheidungsfreiheit. Besondere Relevanz für die Pflege hat das ethische Prinzip der Autonomie u. a. deshalb, weil Pflegenden in ihrer pflegerischen Praxis häufig mit Situationen konfrontiert werden, in denen die Willens- und Entscheidungsfreiheit von pflegebedürftigen Menschen eingeschränkt sein kann. In diesem Fall erfährt das Prinzip der Autonomie Grenzen.

Wohltätigkeit

Das Prinzip der Wohltätigkeit definiert Fry (1995) als „die Verpflichtung, Gutes zu tun und Leiden zu verhüten“. Streng genommen fallen hierunter die ethischen Prinzipien der Benefizienz und der Nonmalefizien. Beide Prinzipien, sowohl das der Benefizienz als auch das der Nonmalefizien, verlangen von Pflegepersonen u. a., dass sie ihre Fachkenntnisse auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft halten. Nur so können sie zum größtmöglichen Wohl des pflegebedürftigen Menschen beitragen und Schaden durch wissenschaftlich überholte Pflegehandlungen vermeiden.

Gerechtigkeit

Das Prinzip der Gerechtigkeit geht zurück auf Aristoteles, der den Satz prägte: Gleiches muss gleich, Ungleiches ungleich behandelt werden. Diese Aussage ist eine formale Bestimmung der Gerechtigkeit, denn sie macht keine genauere Angabe dazu, unter welchen Umständen zwei oder mehr Menschen als gleich oder ungleich gelten. Es lässt sich jedoch ableiten, dass Menschen nicht ungleich behandelt werden sollten, es sei denn, dass es wichtige Aspekte einer Situation gibt, die dies rechtfertigen.

Bezogen auf die pflegerische Berufsausübung geht es bei der Diskussion über Gerechtigkeit um die gerechte „Verteilung“ pflegerischer Dienstleistung. Fry hält hierfür die Zuteilung von pflegerischen Leistungen entsprechend der individuellen Bedürfnisse eines Menschen für angebracht. Sie interpretiert das Prinzip Gerechtigkeit so, dass Men-

sch, die gleiche Pflegebedürfnisse haben, auch gleiche Pflegeleistungen erhalten sollten. Ebenso sollten diejenigen, die größere Bedürfnisse haben, entsprechend mehr Pflegeleistungen erhalten.

Zu diesem Prinzip gehört auch, dass alle Menschen den gleichen Zugang zu pflegerischen Leistungen haben sollten. Der Zugang und der Anspruch soll unabhängig sein von ihrer Rasse, Kultur, oder Hautfarbe.

Aufrichtigkeit

Das Prinzip der Aufrichtigkeit verpflichtet dazu, die Wahrheit zu sagen, nicht zu lügen bzw. andere zu hintergehen. Es bezieht sich auf die Kommunikation zwischen Menschen und damit natürlich auch auf die Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen.

Pflege als Beziehungsprozess. In der beruflich ausgeübten Pflege treten Menschen auf einer beruflichen bzw. professionellen Basis miteinander in Beziehung. Der Pflegeprozess als methodisches Handeln ist neben einem Problemlösungs- auch ein Beziehungsprozess.

Authentizität der Beziehungspartner. Der Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung ist wiederum untrennbar verbunden mit der Aufrichtigkeit und Authentizität der Beziehungspartner, denn Vertrauen kann nur dort entstehen, wo sich die beteiligten Personen gegenseitig auf die Ehrlichkeit des anderen verlassen können.

Anspruch auf Information. Das Prinzip der Aufrichtigkeit ist darüber hinaus eng mit dem Prinzip der Autonomie verbunden. Pflegebedürftige Menschen haben ein Recht darauf, umfassend über die sie betreffenden Dinge informiert zu werden, da das Treffen von Entscheidungen Information voraussetzt.

Loyalität

Das Prinzip der Loyalität beschreibt die Verpflichtung, sich selbst oder anderen Menschen gegenüber treu zu bleiben. Loyalität kann z. B. gefordert sein gegenüber einer Regierung, einem Vorgesetzten oder auch Berufskollegen gegenüber. Sich loyal gegenüber Berufskollegen zu verhalten, zeigt sich konkret z. B. in der Tatsache, dass vor pflegebedürftigen Menschen, Angehörigen oder Mitarbeitern anderer Berufsgruppen nicht schlecht über diese Kollegen gesprochen wird.

In der Pflege geht es aber auch um die Verpflichtung zur Treue dem pflegebedürftigen Menschen gegenüber. Diese Verpflichtung ergibt sich aus der pflegerischen Beziehung und umfasst z. B. den vertraulichen Umgang mit Informationen von und über den pflegebedürftigen Menschen. Die Pflicht, solche Informationen vertraulich zu behandeln, wird auch als Berufsgeheimnis oder berufliche Schweigepflicht bezeichnet.

Was ist Wahrnehmung?

Die Wahrnehmung von Reizen über die Sinne ist ein komplexer und prozesshaft ablaufender Vorgang, der sowohl bewusst als auch unbewusst geschieht. Hierbei werden sowohl angenehme als auch unangenehme Reize wahrgenommen und verarbeitet. Sie erzeugen vielfältige Reaktionen im emotionalen Bereich und auf der Handlungsebene und sind eng verbunden mit dem eigenen Empfinden und Erleben. Ohne die Wahrnehmung von Reizen ist weder Wachstum und Entwicklung noch Leben möglich. Sie unterliegt jedoch einer Reihe von beeinflussenden Faktoren, die zu Wahrnehmungsverzerrungen führen können.

Eine besondere Problematik ergibt sich hieraus für die Wahrnehmung anderer Personen, die sog. soziale Wahrnehmung, bei der verzerrte Wahrnehmungen zu vorschnellen und falschen Urteilen über andere Menschen führen können.

Wahrnehmungsprozess

Die klassische Definition von Wahrnehmung ist die Aufnahme von Reizen aus der Umwelt mithilfe der Sinnesorgane. Prof. Dr. A. D. Fröhlich definiert Wahrnehmung als sinngebende Verarbeitung von inneren und äußeren Reizen unter Zuhilfenahme von Erfahrung und Lernen. Dadurch entsteht für den Menschen Bedeutung. Diese Bedeutung unterliegt individuellen Einflüssen und schließt dabei soziale, emotionale und andere Faktoren ein.

Die Wahrnehmungsreize der Sinnesorgane sind zunächst unspezifisch und werden unsortiert zum Gehirn (Thalamus) geleitet. Der Thalamus filtert die aktuell benötigten Informationen heraus und sperrt den Rest aus der bewussten Verarbeitung aus. Die

se Filterung ist notwendig und bewahrt vor einer Reizüberflutung.

Die so gefilterten Informationen werden zu den spezifischen Gehirnzentren weitergeleitet, dort verarbeitet und z.T. mit anderen Hirnzentren verknüpft sowie nachfolgender Reaktion.

Diese Verarbeitung des über die Sinnesorgane gewonnenen Informationsmaterials wird als Wahrnehmungsprozess bezeichnet (Abb. 1.36).

Prinzipiell lässt sich die Wahrnehmung äußerer Reize von der Wahrnehmung innerer Reize abgrenzen. Während die äußeren Reize direkt über die Sinnesrezeptoren in den Körper einströmen, gehen innere Reize von den Rezeptoren innerer Organe wie Darm oder Magen aus.

Physiologische Grundlagen der Wahrnehmung

Der ungestörte Ablauf des Wahrnehmungsprozesses ist an intakte und funktionierende Sinnesorgane und -zellen, beteiligte Nerven und Gehirnzentren gebunden. Die Wahrnehmungen sind komplex und die Empfindungen sehr vielseitig. Sie können sowohl körperlicher oder psychischer Art sein als auch eine Kombination aus beidem darstellen.

In der traditionellen Vorstellung wird mit 5 Sinnesorganen wahrgenommen: Auge, Ohr, Nase, Zunge, Haut. Heute ist bekannt, dass Rezeptoren in Muskeln, Gelenken und inneren Organen ebenfalls Reize aufnehmen und weiterleiten (Tab. 1.1).

Die einzelnen Sinneserregungen werden in den spezifischen Hirnarealen verarbeitet und mit anderen Hirnzentren derart verknüpft, dass die vielen Einzelwahrnehmungen wie zu einem Mosaik

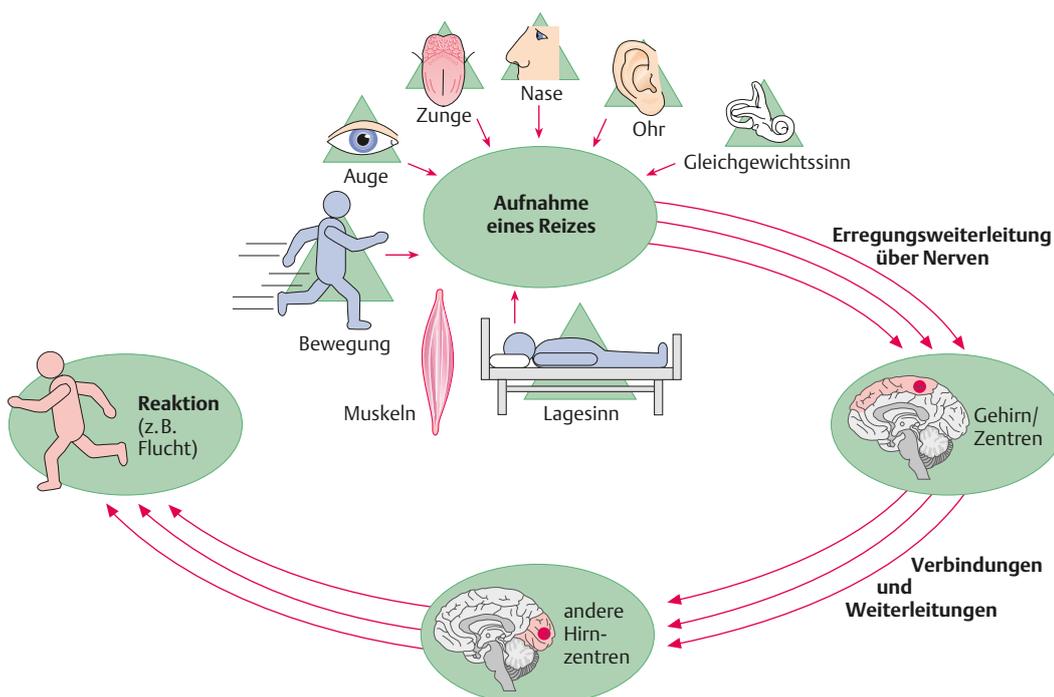


Abb. 1.36 Wahrnehmungsprozess

M Zur Ausübung der Pflege ist der bewusste Umgang mit der eigenen Wahrnehmung und der Wahrnehmung anderer Menschen unerlässlich.

D Wahrnehmung ist die Aufnahme von Reizen aus der Umwelt mithilfe der Sinnesorgane.



M Augen und Ohren sind die wichtigsten Schnittstellen zwischen Außen- und Innenwelt. Für Pflegende hat diese Erkenntnis eine zentrale Bedeutung in der Wahrnehmung und Beobachtung des Menschen.

D Die Nahsinne vermitteln dem Körper Informationen aus dem eigenen Körper, der Eigenwahrnehmung. Sie werden auch als propriozeptive Rezeptoren bezeichnet.

D Unter viszeraler Wahrnehmung wird die Wahrnehmung der inneren Organe bezeichnet, die entsprechenden Rezeptoren als Viszerorezeptoren.

M Für die Pflegekraft ist die Kenntnis von Anatomie und Physiologie der Sinnesorgane wichtig, um Wahrnehmungsverluste bei Menschen gezielt einschätzen zu können.

B Auf Intensivstationen werden diese Wahrnehmungen durch Elektroden ersetzt und die Ergebnisse auf Monitoren sichtbar gemacht. Diese Form der Patientenüberwachung, auch Monitoring genannt, hat seine Stellung in der modernen Medizin etablieren können, ist aber für die Gesamteinschätzung der Patientensituation nicht ausreichend. Stattdessen ist die Nutzung mehrerer Wahrnehmungskanäle notwendig, z. B. zusätzlich der Hör-, Geruchs- und Tastsinn. Es genügt nicht, die Fieberhöhe lediglich anhand des Fieberthermometers zu ermitteln. Vielmehr muss auch die rote Hautfarbe gesehen, die heiße, evtl. schweißige Haut gefühlt, eine beschleunigte Atmung gehört und eine gesteigerte Pulsfrequenz getastet werden.

zusammengesetzt werden und eine Gesamtempfindung erlebbar wird. Man spricht daher auch von einem Wahrnehmungssystem.

Die einzelnen Sinne werden unterschieden in Nahsinne und Fernsinne.

Visuelle und auditive Wahrnehmung

- 90% aller Informationen erreichen über Auge und Ohr das Gehirn und die restlichen über die anderen Wahrnehmungskanäle.
- Zur Patientenüberwachung ist neben dem Sehsinn auch die Nutzung von Hör-, Geruchs- und Tastsinn notwendig.
- Für die visuelle Wahrnehmung genügen Schlüsselkonturen, der Rest wird vom Gehirn aus Erfahrung und Fantasie hinzugefügt.

- Akustische Reize werden wie alle anderen Reize gefiltert. Im Gegensatz zum räumlichen Sehen ist die akustische Raumwahrnehmung jedoch zu jedem Zeitpunkt aus allen Richtungen möglich.

Olfaktorische, gustatorische und haptisch-taktile Wahrnehmung

- Durch Geruchsstoffe erregte Reize werden über den Riechnerv zum Hypothalamus und zu Nervenkerne des limbischen Systems geleitet. Dadurch erklärt sich die emotionale Bedeutung des Geruchs.
- Gerüche besitzen einen hohen Wiedererkennungswert, der Geruchssinn unterliegt einem starken Gewöhnungseffekt.

Tab. 1.1 Wahrnehmungsmöglichkeiten

Wahrnehmungsmöglichkeit	Organ und Rezeptor	Funktion und Wirkung
1. Sehsinn: visuelles System	Auge: Fotorezeptoren	- Raumorientierung und Sicherheit - Mitwirkung am Bewegungssinn - positive und negative visuelle Erlebnisse
2. Hörsinn: auditives System	Ohr: akustische Sensoren in Form von Haarzellen	- Raum- und Richtungsorientierung - Gefahrererkennung - positive und negative Hörerlebnisse
3. Gleichgewichtssinn: vestibuläres System	Gleichgewichtsorgan: vestibuläre Sensoren in Form von Haarzellen	- Raum- und Richtungsorientierung - Mitwirkung an der Bewegungswahrnehmung
4. Geruchssinn: olfaktorisches System	Riechschleimhaut der Nase: olfaktorische Sensoren in Form von Zilien (fadenförmige Ausläufer)	- Kontrolle der Einatemluft - Schutz und Orientierung - positive und negative Geruchsempfindungen
5. Geschmackssinn: gustatorisches System	Zunge: Chemorezeptoren der Geschmacksknospen auf der Zunge	- Kontrolle der Nahrung - Schutz und Orientierung - positive und negative Geschmacksempfindungen
6. Berührungssinn: haptisch-taktil System	Haut: a. Mechanorezeptoren b. Nozizeptoren c. Thermorezeptoren	a. Druck und Vibrationen: Orientierung u. Körper-eigenwahrnehmung b. Schmerzregistrierung: Schutz, Vorbereitung zur Flucht c. Temperaturwahrnehmung Wärme und Kälte: Schutz, Orientierung, positive und negative Empfindungen
7. Muskel- und Gelenksinn: kinästhetisches System	Muskeln, Sehnen und Gelenke: a. Propriozeptoren b. Nozizeptoren	a. Körpereigenwahrnehmung, Beteiligung am Gleichgewichtssinn und Bewegungssinn, Tonusregulation b. Schmerz-wahrnehmung: Schutz, Flucht
8. Bewegungssinn: kinästhetisches System	Gleichgewichtsorgan, Muskeln, Sehnen, Gelenke und Augen sowie deren Rezeptoren (s. o.)	- Wahrnehmung von Beschleunigung - Orientierung und Abschätzungsmöglichkeiten bei Bewegung - Tonusausgleich - positive und negative Empfindungen durch Beschleunigung
9. Innerer Organsinn: viszerales System	Organe des Brust- und Bauchraumes: Viszerorezeptoren, Nozizeptoren	- Vegetative Regulation der Organfunktionen

- Bei der Geschmackswahrnehmung gibt es unterschiedliche Wahrnehmungsqualitäten und Wahrnehmungsschwellen.
- Die Haut ist besonders empfindlich für mechanische Reize. Nach unterschiedlichen Rezeptortypen wird haptisch-taktile Wahrnehmung, Temperatur- und Schmerzempfindung unterschieden.
- Die Wahrnehmung durch Mechanorezeptoren muss durch im Gedächtnis gespeicherte Informationen vervollständigt werden.

Temperaturwahrnehmung, Schmerzempfindung und Bewegungssinn

- Temperaturempfindungen können sehr wechselhaft sein und schnell adaptieren.
- Schmerzrezeptoren sind lebensnotwendig, um den Körper vor schädigenden Einflüssen zu schützen.
- Die Mechanorezeptoren der Tiefensensibilität, Schmerz- und Thermorezeptoren in Muskeln, Sehnen und Gelenken ermöglichen die Eigenwahrnehmung des Körpers.
- Ein Großteil der Motorik dient der Haltung, nicht der Bewegung des Körpers.
- Die Wahrnehmung eigener Bewegungsabläufe ist bei der Mobilisation bewegungsgestörter Menschen wichtig.
- Die „Kinästhetik in der Pflege“ ermöglicht kräfteschonendes und rückschonendes Arbeiten.

Wahrnehmung über innere Organe (viszerale Sensibilität)

- Ähnlich wie die Haut, Skelettmuskeln, Sehnen und Gelenke enthalten auch die inneren Organe im Brust- und Bauchraum Rezeptoren, die Viszerorezeptoren.
- Die viszerale Sensibilität dient in erster Linie der Homöostase, d. h. dem Gleichgewicht der physiologischen Körperfunktionen.
- Die über die Viszerorezeptoren kommenden Informationen werden hauptsächlich über das vegetative Nervensystem geleitet und dazu genutzt, Abweichungen von Sollwerten des Körpers zu erkennen und Gegenmaßnahmen einzuleiten.
- Die Vorgänge der viszeralen Sensibilität werden meist gar nicht oder nur zu einem geringen Teil bewusst wahrgenommen.

Psychologische Grundlagen der Wahrnehmung

Der Wahrnehmungsprozess beginnt mit dem physiologischen Vorgang der Reizübermittlung. Aus den Reizinformationen entstehen subjektive Wahrnehmungserlebnisse. Da der Organismus nicht in der Lage ist, alle angebotenen Reize verarbeiten zu können, greifen auch psychologische Einflüsse in den Wahrnehmungsprozess ein.

Selektion. Auf der Ebene der Sinnesangebote besteht ein ständiges Überangebot an sensorischen Informationen. Die beteiligten Organe sind nicht in der Lage diese Reizflut zu bewältigen und zu verarbeiten. Die Folge ist, dass nicht alles bewusst wahrgenommen werden kann.

Es ist notwendig, dass einige Informationen ausgeblendet werden zugunsten anderer bewusster Wahrnehmungsinhalte. Bei diesem Vorgang der Reduktion und Auswahl der Informationen setzen wir gezielt unsere Aufmerksamkeit ein und orientieren uns an entsprechenden Notwendigkeiten oder Interessen. Das Gehirn kann über das Großhirn zu einem Teil mitbestimmen, wie viel Reize es zulässt.

Ergänzung. Der Wahrnehmende fügt seiner tatsächlichen Wahrnehmung neue Informationen hinzu. Dies geschieht, weil ihm die tatsächliche Wahrnehmung zu wenig Informationen liefert, und das Wahrgenommene als unvollständiges oder lückenhaftes Element erlebt wird. Diese Lücken werden durch zusätzliche Informationen nach dem Prinzip des Vertrautseins ergänzt. Die Informationen stammen aus vertrauten Bildern und Vorstellungen.

B Wenn zur Einschätzung einer Person die Merkmale „Übergewicht“ und „langsam“ nicht ausreichen, sie aber eingeschätzt werden soll, werden u. a. die Eigenschaften „gemütlich“ und „geduldig“ ergänzt, um den Menschen ganzheitlicher erleben zu können.

Organisation und Strukturierung. Die einzeln aufgenommenen Informationen werden organisiert und strukturiert, damit sie als zusammengehörig wahrgenommen werden können. Der Wahrnehmende strebt ein einheitliches Bild an.

B Der Reiz „rot“ kennzeichnet noch kein Blut. Erst das Verarbeiten der einzelnen Reize Farbe, Konsistenz, Menge, Hintergrund, Lokalisation usw. sowie Synthese der Einzelinformationen ermöglicht die Wahrnehmung einer Blutung.

Interpretation. Die strukturierten Informationen werden an verschiedene Instanzen weitergeleitet und erkannt. Das Erkennen eines Gegenstandes erfordert nicht nur das Sehen oder Fühlen, sondern auch eine Vielzahl von Verknüpfungen im Gehirn, damit die Bedeutung klar wird.

B Das Sehen einer pulsierenden Blutung am Unfallort allein bedeutet noch keine Gefahrenerkennung, sondern erst die Verknüpfung mit dem Bewusstsein und das Wissen der Folgen, die eine pulsierende (arterielle) Blutung nach sich ziehen kann.

M Das Zusammenspiel aus vestibulärem, visuellem und auditivem Sinn ermöglicht eine relativ genaue Orientierung innerhalb eines Raumes.

M Psychologische Einflüsse auf die Wahrnehmung:

- Selektion,
- Ergänzung,
- Organisation und Strukturierung,
- Interpretation.

D Selektion bedeutet, dass bestimmte Reize gezielt ausgeblendet werden, um andere Wahrnehmungsinhalte bewusst wahrnehmen zu können.

B Pflegekräfte, die auf einer dermatologischen Station arbeiten, werden verstärkt Hautveränderungen bei Menschen wahrnehmen. Sind sie hingegen in der Psychiatrie eingesetzt, ist die Wahrnehmung besonders hinsichtlich Haltung, Gang, Mimik, Sprache und Verhalten sensibilisiert.



Beeinflussung der Wahrnehmung

Die Wahrnehmung kann sowohl physisch als auch psychologisch mehr oder weniger stark beeinflusst werden. Auf der einen Seite setzt der menschliche Körper den Sinnesorganen Grenzen, innerhalb derer Reize aufgenommen und weitergeleitet werden können. Auf der anderen Seite gelingt es dem Gehirn bei der Reizverarbeitung nicht, ein ganz genaues Abbild entsprechend den aufgenommenen Reizen zu reproduzieren. Es entstehen lediglich ähnliche Abbilder, die zudem mehr oder weniger stark von der wahrnehmenden Person samt ihrer Befindlichkeit beeinflusst werden.

Physische Einflussfaktoren

Physiologisch-physische Einflussfaktoren

Zu den allgemeinen physiologischen Einflussfaktoren auf die Wahrnehmung gehören folgende.

Gewöhnungseffekt. Mit Ausnahme des Schmerzes kann eine Adaption bei allen Sinnesorganen beobachtet werden, wobei das Ausmaß und der Zeitfaktor unterschiedlich ausfallen. Manche Sinne adaptieren rasch, z. B. die Tastempfindung der Haut, manche langsamer, z. B. das Ohr.

Entfaltung der Sinne. Genauso wie sich Sinne an bestimmte Reize „gewöhnen“ können, ist eine Entfaltung bestimmter Sinne möglich. Die Hirnzellen brauchen offensichtlich eine Aufgabe. Fällt ein Wahrnehmungsbereich im Gehirn aus, bilden sich unter den Nervenzellen, je nach Anforderung, neue Verknüpfungen mit einem neuen Informationsfluss. Untersuchungen haben ergeben, dass z. B. Hirnzellen im Sehzentrum bei Blindheit keineswegs verkümmern, sondern Höreindrücke verarbeiten.

Wahrnehmungsschwelle. Die Wahrnehmungsschwelle wird beeinflusst durch das Verhältnis von Reizstärke zum Ausgangsreiz. Ist der Ausgangsreiz niedrig, wird der hinzukommende Reiz stärker wahrgenommen, und umgekehrt.

Verschmelzung. Viele Reize hintereinander werden nicht einzeln wahrgenommen, sondern verschmelzen zu einer Ganzheit. Auf diese Art können Verfälschungen entstehen, da einzelne Reize überdeckt werden oder eine neue „Ganzheit“ entsteht.

Assimilation. Assimilation bedeutet Angleichung bzw. Anpassung. Assimilation findet ebenso in psychologischen Bereichen bzw. in der Lerntheorie statt. Hier werden neue Situationen mit bekannten verglichen und angeglichen.

Kontrastierung. Die Kontrastierung ist das Gegenteil der Assimilation.

Spezielle pathologisch-physische Einflussfaktoren

Viele körperliche Erkrankungen greifen beeinflussend in den Wahrnehmungsprozess ein. Neben speziellen Erkrankungen des Nervensystems sind es vor allem Begleitsymptome allgemeiner Erkrankungen, die die Sensibilität verändern, z. B. fieberhafte Infekte, Brechdurchfälle mit Exsikkose, Stoffwechselentgleisungen usw.

Eine Besonderheit der Wahrnehmungsveränderungen stellen die Synästhesien dar. Betroffene hören oder riechen Farben, andere wieder fühlen Geräusche. Ähnliche Wahrnehmungsveränderungen können durch Einnahme von Drogen entstehen.

Die Einschränkung eines Wahrnehmungskanals zieht häufig komplexe Veränderungen anderer Wahrnehmungen nach sich.

Psychische Einflussfaktoren

Wahrnehmung ist ein bewusster Prozess und von Empfindungen begleitet. Sie ist individuell und abhängig von Erfahrungen und Erlebnissen in der Vergangenheit. Eine Pflegekraft kann z. B. ausgeruht und ausgeglichen oder müde und überreizt sein, und entsprechend unterschiedlich wird sie Menschen oder Situationen wahrnehmen. Auch im psychischen Bereich finden unterschiedliche Filtervorgänge bzw. Wahrnehmungsverstärker statt.

Aktuelle Bedürfnisse. Je nach Intensität der eigenen aktuellen Bedürfnislage wird die Aufmerksamkeit auf das entsprechende Bedürfnis gelenkt. Je stärker das Bedürfnis wächst, desto mehr rücken andere Wahrnehmungen in den Hintergrund oder werden gar nicht mehr wahrgenommen.

Aktueller emotionaler Zustand. Stimmungen wie Wut, Depression, Freude und Sorgen haben einen ganz erheblichen Einfluss auf die Wahrnehmung.

Motivation. Die Aufmerksamkeit wird auf bestimmte Reize, die zum Erfolg führen, gelenkt und stärker wahrgenommen. Motivationsgeleitete Aufmerksamkeit kann zu einer Wahrnehmungsverzerrung führen, weil viele Reize neben dem Erfolg nicht wahrgenommen bzw. herausgefiltert werden.

Interesse. Interessen und Vorlieben greifen in die Wahrnehmung lenkend ein.

Biografie und Lebenserfahrung. Die Wahrnehmung wird beeinflusst durch erlebte Ereignisse und bewusst in eine bestimmte Richtung gelenkt.

Persönliche Charaktereigenschaften. Je nachdem, welche Eigenschaft sich ein Mensch wünscht oder welche er besitzt, wird er diese verstärkt bei ande-

M Den physischen Einflussfaktoren der Wahrnehmung liegen physiologische oder pathologische Ursachen zugrunde.

D Der Gewöhnungseffekt wird auch als Adaption bezeichnet und ist von den Eigenschaften der Sensoren eines Sinnesorgans abhängig.

M Physiologisch-physische Einflussfaktoren sind:

- Gewöhnungseffekt
- Entfaltung der Sinne
- Wahrnehmungsschwelle
- Verschmelzung
- Assimilation
- Kontrastierung

M Psychische Einflussfaktoren:

- aktuelle Bedürfnisse,
- aktueller emotionaler Zustand,
- Motivation,
- Interesse,
- Biografie und Lebenserfahrung,
- persönliche Charaktereigenschaften,
- Einstellungen und Wertvorstellungen,
- Reizentzug (Reizdeprivation),
- Reizüberflutung,
- Habituation.

D Motivation ist die Summe der Beweggründe, die das menschliche Handeln hinsichtlich Inhalt, Intensität und Richtung zum Erfolg beeinflusst und kontrolliert.

ren wahrnehmen. Ein extrovertierter Mensch, der sich lieber ruhiger erleben möchte, wird bevorzugt ruhige Menschen wahrnehmen. Demgegenüber achtet ein introvertierter Mensch, der gerne mehr aus sich herausgehen möchte, eher auf Menschen, die temperamentvoller sind.

Einstellungen und Wertvorstellungen. Werte und Normen sind für unsere Sozialisation wichtig, um uns in der Gesellschaft, in der wir leben, zurechtzufinden und orientieren zu können. Sie sind je nach Kultur unterschiedlich.

Reizentzug (Reizdeprivation). Eine reizarme Umgebung lässt im Lauf der Zeit Trugwahrnehmungen und Halluzinationen entstehen. Die Menschen sehen Bilder oder Situationen, die nicht real vorhanden sind. Auch Umdeutungen von vorhandenen Gegenständen sind möglich. Diese Reaktionen stellen eine Art Selbstreizung des Gehirns dar.

Zu ähnlichen Reaktionen kann es auch in Situationen extremer Monotonie kommen. Pflegebedürftige, bettlägerige Menschen sind gezwungen, überwiegend an die weiße Decke oder an die Wand zu starren. Das Auge erlebt zu wenig Stimulation. Das Gehirn produziert eigene Impulse, z.B. Bildung von schwarzen, sich bewegenden Pünktchen. Patienten können diese auch mit Insekten verwechseln. Dies ist zu beachten, bevor Menschen als verwirrt oder psychotisch behandelt werden.

Reizüberflutung. Offensichtlich funktionieren die Filtermechanismen ankommender Reize nicht oder nicht ausreichend. Die Folge einer Reizüberflutung reicht von Nervosität, Aggressivität über gestörte Orientierung bis hin zum sozialen und psychischen Rückzug.

Habituation. Informationen über die körperliche Beschaffenheit erhält das Gehirn durch Bewegung. Verminderte Bewegung oder Bewegungslosigkeit, z.B. durch Immobilität verursacht, reduziert den Informationsfluss mit Auswirkung auf die körperliche Wahrnehmung. Gleichermaßen nimmt die Aufmerksamkeit für andere, z.B. visuelle oder akustische Reize, ab. Bei bewegungseingeschränkten, bettlägerigen Menschen führen lange Liegezeiten demzufolge zu Störungen des Körperbildes und veränderter Koordinationsfähigkeit. Auch räumliche und zeitliche Desorientiertheit, beeinträchtigte intellektuelle Fähigkeiten und Kommunikationsstörungen können u.a. Folgen der Habituation sein.

In einigen Fällen werden Geräusche und Stimmen fehlinterpretiert und auch die eigene Identität verwechselt. Diese Zustände der Verwirrtheit, unter dem Aspekt der Habituation betrachtet, können durch Anwendung der Basalen Stimulation, Lagerung und Bewegung gemindert, beseitigt oder vermieden werden.

Soziale Wahrnehmung

Die soziale Wahrnehmung wird wesentlich geprägt durch die Persönlichkeitsentwicklung, individuelle Eigenschaften und kulturelle Besonderheiten. Auch die oben genannten psychologischen Faktoren beeinflussen die Wahrnehmung unseres sozialen Umfeldes. Wir machen uns ein Bild von einem Menschen, welches die weitere Umgangsweise und Beziehung beeinflusst.

In den Wahrnehmungsprozess fließen Bewertungen ein; entsprechend sind uns Personen sympathisch oder unsympathisch. Auf der anderen Seite können wir uns Bewertungen anderer nicht entziehen.

Das Problem des ersten Eindrucks

I.d.R. reichen wenige Informationen aus, um sich ein Bild über einen fremden Menschen zu machen. Es sind meist einzelne Eigenschaften, die häufig unbewusst wahrgenommen werden, z.B. die äußere Erscheinung, Körperbau, Mimik usw. Immer wieder nehmen wir Eindrücke von Personen auf und vergleichen sie mit Personen, die wir schon kennen, oder mit uns selbst. Die Erfahrungen, die wir mit den bereits bekannten Personen gemacht haben, fließen in den ersten Eindruck ein. Entsprechend dem eigenen Wertemaßstab werden Menschen bereits im Rahmen des ersten Eindrucks als ungepflegt, intelligent usw. bewertet.

Der erste Eindruck bestimmt, obwohl er zufällig und mit vielen Verfälschungen zustande gekommen ist, die weitere Verhaltensweise und Wahrnehmung und lenkt den Beziehungsaufbau in eine Richtung. Das Problem des ersten Eindrucks ist die zunächst fehlende Bereitschaft zur Korrektur. Menschen neigen dazu, an einmal gebildeten Beurteilungen und Bewertungen festzuhalten.

Neben dem Anfangseffekt des ersten Eindrucks spielt auch der Endeffekt eine besonders prägende Rolle. Genauso wie die ersten Informationen besonders gut im Gedächtnis haften, ist auch das Erinnerungsvermögen für die letzten Informationen besonders gut ausgebildet.

Wahrnehmungsverzerrungen

Während des Wahrnehmungsvorganges gehen uns bereits viele Informationen durch physiologische und psychische Mechanismen verloren bzw. werden ergänzt. Die restlichen Informationen, die dann noch psychologischen Einflussfaktoren unterliegen, können die Wahrnehmung erheblich verändern. Auch bei noch so intensiver Anstrengung ist es nicht möglich, ein wahres Abbild der Wirklichkeit eines anderen Menschen zu erhalten. Es entstehen Wahrnehmungsfehler, deren Auswirkungen die gesamte Interaktion dynamisch beeinflussen, im Sinne von Wirkung und Wechselwirkung.

Normen s. a. S. 56.

D Soziale Wahrnehmung bedeutet die Wahrnehmung von Personen aus der Umgebung in Abhängigkeit von der Selbstwahrnehmung, von sozialen Vergleichsprozessen und Faktoren aus der Umgebung.

D Reizentzug bedeutet, dass der Mensch nur sehr wenig bis gar keine Reize von außen empfängt.

D Reizüberflutung ist das Gegenteil vom Reizentzug.

D Mit Habituation wird eine fortschreitende Abnahme motorischer und sensorischer Reaktionen sowie das veränderte Körpergefühl auf einen gleich bleibenden Reizzustand bezeichnet.

Was ist Beobachtung?

Beobachtung ist im Gegensatz zur bloßen Wahrnehmung von Situationen und Gegebenheiten ein bewusster, systematischer und zielgerichteter Vorgang, bei dem die Aufmerksamkeit auf einzelne Phänomene gerichtet wird. Durch ihn werden Informationen gewonnen, die eine Anpassung des Handelns an aktuelle Situationen ermöglichen.

Beobachtung erfordert neben theoretischem Wissen und praktischen Fähigkeiten auch Einfühlungsvermögen, Kombinationsfähigkeit und Erfahrung.

Bei der speziellen Beobachtung in der Pflege richtet sich die Aufmerksamkeit insbesondere auf die gesunden und beeinträchtigten Anteile eines Menschen. Dabei werden Krankheitssymptome, Verhaltensweisen sowie das Befinden mit einbezogen. Außer der Wahrnehmung mit unseren Sinnesorganen ist der Einsatz spezifischer Methoden wie z. B. das Benutzen von Messinstrumenten, Befragungen der Betroffenen und Angehörigen oder weiterer Pflegekräfte notwendig. Bei der speziellen Beobachtung in der Pflege beginnt die Suche nach vergleichbaren Merkmalen, Interpretationsmöglichkeiten und Bewertungen.

Beobachtung als Prozess

Beobachtung ist kein starrer Vorgang, sondern vollzieht sich, ähnlich wie die Wahrnehmung, dynamisch und prozesshaft. Das bedeutet, dass die Ergebnisse der Beobachtung neue Fragen aufwerfen, nach denen weiter gezielt beobachtet wird.

Innerhalb des Beobachtungsprozesses verändern sich die Daten und das Befinden der Pflegebedürftigen, z.B. in Notfallsituationen oder während der Genesung. Diese Veränderungen erfordern eine flexible Gestaltung der Arbeitsabläufe bzw. eine Anpassung an die Bedürfnisse des Menschen innerhalb des Pflegeprozesses.

B Abb. 1.37 verdeutlicht die Struktur des Beobachtungsprozesses:

- 1. Selektion:** Einer Pflegekraft fällt das stark gerötete Gesicht eines spielenden Kindes auf; sie lenkt ihre Aufmerksamkeit auch auf die Haut weiterer Körperteile. Dabei rücken andere Wahrnehmungen, wie beispielsweise das Schreien und Toben anderer Kinder oder das Verhalten beim Spiel, in den Hintergrund.
- 2. Vergleich:** Die rote Gesichtshaut kann Aufregung, Freude, Hitze durch Fieber oder Anstrengung, aber auch einen hohen Blutdruck, einen allergischen Hautausschlag oder einen Sonnenbrand bedeuten.
- 3. Interpretation:** Fühlt sich die gerötete Haut heiß und/oder feucht an? Ist die Hautoberfläche verändert? Wie ist der Bewusstseinszustand? War das Kind intensiver Sonnenstrahlung ausgesetzt? Wie ist die Atmung usw.?
- 4. Überprüfung:** Die Pflegekraft wird entsprechende Maßnahmen ergreifen wie Hauttemperatur fühlen, Messen der Körpertemperatur mit einem Fieberthermometer, Hautoberfläche genauer betrachten,

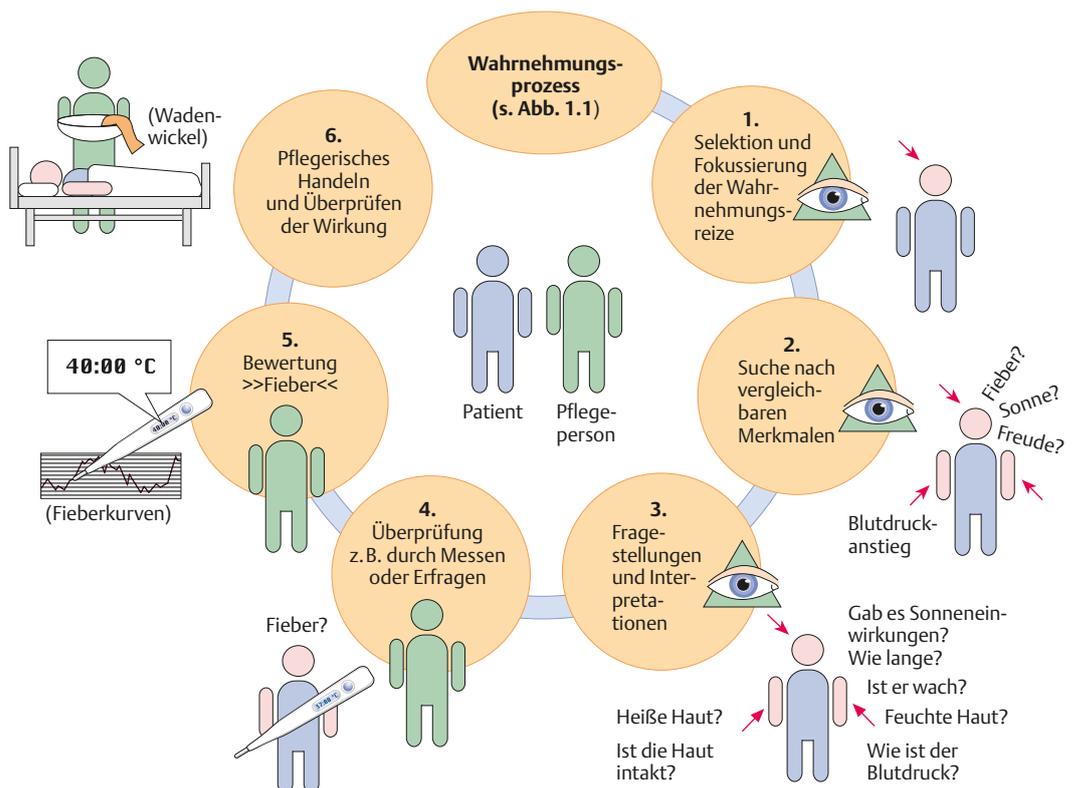


Abb. 1.37 Beobachtungsprozess



M Die Beobachtung pflegebedürftiger Menschen gehört zu den wichtigsten pflegerischen Aufgaben, da die hierbei gewonnenen Informationen die Basis für alle weiteren Schritte im Pflegeprozess darstellen.

D Beobachten entsteht, wenn die zunächst unspezifische Wahrnehmung in untersuchendes und auf Veränderung hin gerichtetes Betrachten übergeht.

M Beobachten ist eine systematische und planmäßige Form der Wahrnehmung mit dem Ziel, neue Erkenntnisse zu gewinnen und Entscheidungen zu treffen.

Atemfrequenz und -tiefe messen, Bewusstsein und Reaktion beobachten usw.

5. Bewertung: Die Überprüfung hat ergeben, dass die Körpertemperatur 39,5° C rektal beträgt, das Kind schläfrig wirkt, die Atmung und der Puls beschleunigt sind, die Haut feucht, aber glatt ist. Die daraus resultierende Bewertung stellt Fieber fest, begleitet von einer Tachykardie und Tachypnoe.

6. Pflegemaßnahmen: Der Arzt ordnet die Gabe eines fiebersenkenden Medikamentes und Wadenwickel an. Die Pflegekraft wird die Wirkung der fiebersenkenden Maßnahmen überprüfen, indem sie in angemessenen Abständen die Körpertemperatur nachmisst. Sie wird weiterhin auf zusätzliche fiebersenkende (Neben-)Wirkungen achten. Schwitzt das Kind sehr stark, wird die Pflegekraft für einen Flüssigkeitsausgleich sorgen und genügend zu trinken anbieten oder auf die Anordnung einer Infusionstherapie achten.

Beobachtungsarten

Die Beobachtung kann auf unterschiedliche Art und Weise geschehen.

Subjektive Beobachtung

Subjektive Beobachtung bedeutet, dass einseitig aus dem Blickwinkel der eigenen Person beobachtet und beurteilt wird, d. h., eine einzige Person beobachtet eine andere.

Objektive Beobachtung

Letztlich können Menschen nicht vollständig objektiv beobachten, weil ihre Wahrnehmung kontinuierlich beeinflussenden Faktoren unterliegt; messbare und nachprüfbar Beobachtungen erreichen jedoch eine größtmögliche Objektivität. Objektive Beobachtungsergebnisse können durch Messen bestimmter Beobachtungsmerkmale ermittelt werden.

Eine annähernde objektive Beobachtung von menschlichem Verhalten und Reaktionen kann erreicht werden, wenn mehrere Personen, unabhängig voneinander, aufgrund eindeutiger Kriterien zum gleichen Ergebnis kommen.

Fremdbeobachtung

Pflegende sollten bemüht sein, ihre Beobachtungsergebnisse so objektiv wie möglich darzustellen. Es gestaltet sich häufig schwierig, Reaktionen und Verhaltensweisen zu beobachten und wertfrei zu dokumentieren oder im Team zu besprechen, da Wahrnehmungseinflüsse und -verzerrungen die Beobachtung beeinflussen und die Ergebnisse nicht selten wenig über die tatsächliche Befindlichkeit des Pflegebedürftigen aussagen.

Selbstbeobachtung

Wissenschaftlich betrachtet bietet die Selbstbeobachtung keine genauen Ergebnisse. Ursache dafür

sind die vielen psychischen Einflüsse und die unterschiedlichen Darstellungen von Erlebnissen, die eine objektive Überprüfung verhindern.

Im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen bildet die Selbstbeobachtung jedoch eine elementare Basis für den Aufbau einer pflegerischen Beziehung sowohl für die Pflegekraft als auch für den Pflegebedürftigen. Der Pflegebedürftige trägt durch die bewusste Wahrnehmung und Darstellung seiner Empfindungen zur Ermittlung seiner individuellen Bedürfnisse und Befindlichkeit bei. Die Pflegekraft ist folglich in der Lage, notwendige Pflegemaßnahmen unter der Berücksichtigung der individuellen Situation zu planen. Diese Vorgehensweise hilft, Missverständnisse zwischen der Pflegekraft und dem Pflegebedürftigen zu vermeiden und die Zufriedenheit der Beteiligten zu steigern.

Für die Pflegekraft stellt die Selbstbeobachtung eine notwendige Voraussetzung dar, ihr pflegerisches Handeln zu reflektieren. Je differenzierter sie ihre positiven und negativen Gefühle im Umgang mit hilfsbedürftigen Menschen und ihren individuellen Reaktionen wahrnehmen und zulassen kann, desto gründlicher lernt sie, sich mit ihnen auseinanderzusetzen und sie zu verarbeiten.

Die Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen ist erforderlich, um psychische Einflussfaktoren und Wahrnehmungsverzerrungen zu erkennen sowie deren Beeinflussungen zu mindern. Daraus folgend kann sich eine solide Grundlage entwickeln, in der eine empathische und offene Begegnung zwischen Pflegepartnern, d. h. Pflegekraft und Pflegeperson, möglich wird.

Beobachtung in der Pflege

Die Beobachtung in der Pflege stellt eine der wichtigsten pflegerischen Aufgaben dar. Der Pflegealltag bietet vielfältige Möglichkeiten. Die systematische Beobachtung in der Pflege richtet sich nach bestimmten Kriterien und Fragestellungen wie Zeitpunkt, Hilfsmittel und Systematik.

Zeitpunkt

Beobachtung in der Pflege erfolgt im Rahmen des Pflegeprozesses. Sie beginnt mit dem Erstkontakt und wird intensiviert während der Informationssammlung bzw. der Pflegeanamnese.

Spezielle Beobachtung von pflegebedürftigen Menschen ist normalerweise eine kontinuierliche, in den Pflegealltag integrierte Maßnahme, z. B. während der Körperpflege oder der Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme. Im Lauf dieser komplexen Pflegehandlungen lenkt die Pflegeperson ihre Aufmerksamkeit gleichzeitig auf mehrere Merkmale wie z. B. den Bewusstseinszustand, die Sprache, die Haut, die Körperhaltung usw. Beobachtung kann aber auch planmäßig auf einzelne Kriterien gerichtet sein, wie z. B. die halbstündliche Blutdruckkontrolle bei einer Bluthochdruckkrise.

M Je nachdem, aus welchem Blickwinkel Beobachtung stattfindet, handelt es sich um:

- subjektive Beobachtung,
- objektive Beobachtung,
- Selbstbeobachtung,
- Fremdbeobachtung.

D Eine objektive Beobachtung ist im Gegensatz zur subjektiven Beobachtung sachlich, d. h. nicht von Gefühlen und Vorurteilen beeinflusst.

M Standardisierte Überwachungsbögen helfen, einen angeordneten Zeitrhythmus korrekt einzuhalten, den Verlauf der Beobachtung zu dokumentieren und den gesetzlichen Forderungen nachvollziehbar zu machen.

D Fremdbeobachtung ist die Beobachtung eines anderen Menschen, seines Verhaltens und seiner Äußerungen.

D Die Selbstbeobachtung ist im Gegensatz zur Fremdbeobachtung auf den eigenen Bewusstseinsablauf gerichtet. Sie wird auch als Introspektion bezeichnet.



1

Hilfsmittel

An der Beobachtung in der Pflege sind in erster Linie unsere Sinnesorgane beteiligt, die jedoch häufig durch Hinweise von Betroffenen oder durch Benutzen von Hilfsmitteln komplettiert werden müssen. Eine umfassende Beobachtung kann durch folgende Maßnahmen erreicht werden.

Einsatz der Sinnesorgane. Es sind primär die Fernsinne, die bei der Beobachtung in der Pflege von Bedeutung sind, besonders die Augen, Ohren, Nase und Haut. Die Augen nehmen eine dominante Stellung ein, da sie für fast alle Beobachtungsbereiche benötigt werden. Aufmerksames Hören wird erforderlich bei der Beurteilung von Sprache und Stimme und bei der Unterscheidung verschiedener Geräusche. Die Nase hilft uns, Veränderungen bei Ausscheidungen und Atmung näher zu differenzieren. Die Haut ist in ihrer Funktion als Tastorgan fähig, den Spannungszustand eines Muskels zu fühlen und Bewegungen zu spüren. Tasten, Berühren und Bewegen ermöglichen zudem einen Wechsel von der verbalen auf die nonverbale Kommunikationsebene. Der Geschmackssinn spielt bei der Beobachtung in der Pflege heute nahezu keine Rolle mehr.

Informationen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Gewöhnlich wird der pflegebedürftige Mensch im Rahmen des Pflegeprozesses kontinuierlich nach seinen Bedürfnissen sowie seiner Befindlichkeit befragt. Durch den häufigen Kontakt der Pflegekräfte zum Pflegebedürftigen entwickelt sich nicht selten eine intensive Kommunikation mit entsprechendem Informationsaustausch. Dabei fließen wesentliche Anhaltspunkte in die bereits ermittelten Beobachtungsergebnisse ein und vervollständigen das Gesamtergebnis. Bei Menschen, die sich nicht oder kaum mitteilen können, stellen Informationen von begleitenden Angehörigen bzw. Einweisungsberichte/Übergabeberichte von betreuenden Einrichtungen oder einweisenden Ärzten eine wertvolle Hilfe dar.

Anwendung spezifischer Instrumente. Bestimmte Messkriterien, die durch die Sinne nicht oder nur ungenau erfasst werden, machen den Einsatz von Hilfsmitteln oder Instrumenten erforderlich. Diese dienen der annähernd objektiven Sicherung von Beobachtungsergebnissen. Instrumente, die häufig eingesetzt werden, sind das Blutdruckmessgerät, eine Uhr mit Sekundenzeiger, das Fieberthermometer oder die Waage.

Anwendung spezifischer Teststreifen. Mittels Teststreifen können hauptsächlich Blut und Ausscheidungen untersucht werden. Sie geben Auskunft über die Mengen an physiologischen und pathologischen Inhaltsstoffen. Von den Normwer-

ten abweichende Ergebnisse müssen zusätzlich im Labor überprüft werden.

Anwendung von Skalen. Skalen erleichtern die objektive Einschätzung individuell und subjektiv ermittelter Beobachtungsdaten. Sie kommen häufig bei der Einschätzung eines Risikos für bestimmte Veränderungen zum Einsatz, z. B. die Braden-Skala zum Einschätzen des Dekubitusrisikos.

Informationen aus dem Team und der Dokumentation. Die Ergebnisse der Beobachtung müssen dokumentiert und im Team ausgetauscht und besprochen werden. Erst die Auswertung aller Beobachtungsdaten führt zu einem annähernd objektiven Gesamtbeobachtungsergebnis. Die Dokumentation sollte so genau und wertfrei wie möglich sein, damit jeder einen ungefähr gleichen Informationsstand besitzt.

Systematik

Beobachtung bedeutet Selektion und Sortieren von wahrgenommenen Informationen kranker Menschen. Damit die Ergebnisse der Beobachtung sinnvoll verarbeitet werden können, ist eine Systematisierung notwendig. Es gibt verschiedene Möglichkeiten der Systematisierung, die je nach Bedarf angewendet werden.

„Von Kopf bis Fuß“. Bei der „Von-Kopf-bis-Fuß“-Methode wird der gesamte Körper des Menschen abschnittsweise inspiziert und untersucht, und auf diese Art werden sämtliche Teile des Körpers gezielt beobachtet. Kein Körperteil wird übersehen oder vergessen. Es besteht allerdings die Gefahr der verminderten Gesamteinschätzung.

Körperorgane. Ein anderes Beobachtungsschema orientiert sich an einzelnen Körperorganen oder Organsystemen. Da die Organsysteme in vielen Fällen der äußerlichen Inspektion nicht zugänglich sind, werden andere diagnostische Möglichkeiten herangezogen. Die Anordnung und Auswertung dieser Untersuchungen unterliegen überwiegend dem ärztlichen Bereich wie Röntgen- und Laboruntersuchungen. Die derart ermittelten Beobachtungs- und Untersuchungsergebnisse können nur einen Ausschnitt der ganzheitlichen Betrachtungsweise des Menschen darstellen, denn der Mensch in seiner körperlich-geistig-seelischen Gesamtsituation rückt in den Hintergrund.

Pflegetheorien. Die Orientierung an Pflegetheorien bzw. Pflegemodellen bietet eine weitere Möglichkeit, Beobachtung zu systematisieren. Ein besonders im deutschsprachigen Raum bekanntes und angewandtes Modell ist das von Nancy Roper, Winifred Logan und Alison Tierney.

M Die nonverbalen Äußerungen können besonders bei bewusstseinseingeschränkten Menschen als wertvolle Informationsquelle genutzt werden.

M Apparate können einzelne Beobachtungsmerkmale exakter messen und die Pflegekräfte entlasten, den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit erfassen können sie allerdings nicht.

Pflegemodell von Roper, Logan, Tierney s. a. S. 20

Klassifikationssystem der Pflegediagnosen. Die Analyse aus den Informationen der Pflegeanamnese sowie der Beobachtung führt zur Problemformulierung bzw. Pflegediagnosestellung. Pflegediagnosen dienen dazu, gesundheitliche Probleme von Menschen zu erkennen, zu benennen und Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Gleichzeitig stellen sie auch eine Abgrenzung zu medizinischen Diagnosen dar. Je systematischer und klarer die Ergebnisse der Informationssammlung und der Beobachtung sind, desto einfacher und zuverlässiger kann eine Pflegediagnose gestellt werden.

Beobachtungsbereiche. Beobachtung kann nach Beobachtungsbereichen und deren Kriterien regelrecht systematisch abgearbeitet werden. Durch Beobachten weiterer, ergänzender Beobachtungspunkte erfolgt eine zunehmende Abgrenzung und Eingrenzung. Je sorgfältiger und exakter sowohl die Ergebnisse einzelner und ergänzender Beobachtungsbereiche zusammenhängend ausgewertet werden, desto leichter und transparenter gestaltet sich auch hier die Problemformulierung und Pflegediagnosestellung.

Beeinflussende Faktoren bei der Beobachtung

Wie die Wahrnehmung wird auch die Beobachtung durch physische und psychische Faktoren beeinflusst, die sowohl physiologischen als auch pathologischen Ursprung haben können. Bei vielen Pflegepersonen wird die Beobachtung beeinflusst durch die eingeschränkte eigene körperliche Verfassung, oftmals bedingt durch Müdigkeit, Kräftemangel, zu lange Dienstzeiten und eigene Schmerzen. Der Beobachtungsradius kann durch die geistige Verfassung z.B. aufgrund fehlender Motivation und Stress ebenfalls erheblich eingeschränkt sein. In

vielen Fällen entstehen aus diesen Gründen nicht nur Wahrnehmungsverzerrungen, sondern auch Beobachtungsfehler.

Um Beobachtungsdaten exakt auswerten und beurteilen zu können, sollten sie möglichst objektiv sein. Dieser Vorgang erfordert oftmals ein hohes Maß an Eigenreflexionsfähigkeit. Besonders schwierig sind Beobachtungen zu objektivieren und zu bewerten, die das Verhalten von Menschen oder ihre Stimmungslage sowie die Selbstbeobachtung betreffen. Nicht selten bestimmen Sympathie oder Antipathie zwischen den Pflegepartnern die Blickrichtung.

Es empfiehlt sich, die subjektiven Daten auf Gültigkeit (Validität) und Zuverlässigkeit (Reliabilität) zu überprüfen.

Die tatsächliche Befindlichkeit kann durch ein Gespräch zwischen den Pflegepartnern herausgefunden werden. Das setzt jedoch voraus, dass der beobachtete Mensch über seine Gefühle reden kann und dies auch tun möchte.

Selektion und Fokussierung

Wie in **Abb. 1.37** dargestellt, wird bei der Beobachtung aus der Fülle der Wahrnehmungsreize die Aufmerksamkeit auf einzelne beobachtbare Merkmale gerichtet. Das bedeutet, dass einige Wahrnehmungsreize aussortiert (selektiert) und die Aufmerksamkeit auf besondere Beobachtungsschwerpunkte gelenkt (fokussiert) wird.

Die Fokussierung der Beobachtung auf ganz bestimmte Beobachtungsmerkmale ist in vielen pflegerischen Situationen notwendig und zeichnet die Professionalität einer Pflegekraft aus. Damit wichtige Informationen nicht verloren gehen, sollten sie zu einem späteren Zeitpunkt erfragt werden. Hilfreich ist deshalb die Durchführung der Beobachtung anhand einer Systematik.

D Pflegediagnosen sind feststehende, standardisierte Begrifflichkeiten und national einheitlich verwendbar.

M Ein Austausch innerhalb des Pflereteams zur Verminderung von Beobachtungsverzerrungen ist bei der Auswertung subjektiver Daten unbedingt notwendig.

Pflegediagnose s. a. S. 80.

M Bei der Selektion und Fokussierung gehen Informationen verloren, die das Gesamtbeobachtungsbild der Pflegeperson verzerren können.

M Der Beobachtungsprozess wird hauptsächlich beeinflusst durch Selektion und Fokussierung von Wahrnehmungsanteilen.



Bedeutung der Beobachtung in der Pflege

Wahrnehmung und Beobachtung bilden den Ausgangspunkt für den Beziehungsaufbau zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und der Pflegeperson sowie für das pflegerische Handeln. Eine sorgfältige Beobachtung verfolgt vielfältige pflegerische und medizinische Ziele für den betroffenen Menschen. Eine hohe Beobachtungsqualität trägt entscheidend zur Validität und Reliabilität der Beobachtungsergebnisse bei. Damit eine möglichst umfangreiche Informationsquelle für alle an der Pflege und Therapie beteiligten Personen zur Verfügung steht, ist eine möglichst präzise Dokumentation notwendig. Eine qualitativ gute Beobachtung setzt pflegerische Kompetenz voraus und stellt hohe Anforderungen an die beobachtende Person.

Beobachtung als Grundlage für pflegerisches Handeln

Beobachtung bedeutet auch die Fähigkeit und Bereitschaft, auf den Pflegebedürftigen zuzugehen, sich in ihn einzufühlen und Neugierde bzw. Interesse zu entwickeln. Aufmerksamkeit, Konzentrationsvermögen, sowie Kontrollen mindern Beobachtungsfehler.

Um den Pflegebedürftigen in seiner Gesamtsituation einschätzen zu können, sind alle am Pflegeprozess beteiligten Personen, einschließlich ärztliches und therapeutisches Personal sowie der pflegebedürftige Mensch, aufgefordert, ihre Beobachtungsergebnisse zusammenzutragen und zur Verfügung zu stellen. Auf diese Art können eine annähernd sichere Einschätzung der gesunden und kranken Anteile des Menschen erreicht, eine spezifische Pflegediagnose ermittelt und weitere Schritte des Pflegeprozesses umgesetzt werden.

Ziele der Beobachtung in der Pflege

Die Ermittlung sollte unvoreingenommen und so sachlich wie möglich durchgeführt werden. Sie ist Bestandteil der Informationssammlung und der Pflegeanamnese innerhalb des Pflegeprozesses. Durch eine aufmerksame Beobachtung und anteilnehmende Befragung können Wünsche und Bedürfnisse der erkrankten Personen ermittelt werden. Außerdem werden Fähigkeiten, Probleme und Ressourcen erkannt, auf deren Grundlage Pflegemaßnahmen gezielt geplant werden können.

Wo Pflegemaßnahmen wirkungsvoll angewendet werden, können unnötige Belastungen durch überflüssige und ineffektive Maßnahmen für den zu pflegenden Menschen vermieden, die Gesundheit gefördert und Folgekrankheiten verhindert werden. Die spezielle Beobachtung von bewusstseinsbeeinträchtigten und desorientierten Menschen zielt darauf ab, gefährdende Situationen frühzeitig zu erkennen und abzuwenden und durch besondere

Maßnahmen zu fördern, z. B. durch Basale Stimulation. Richtet sich die Beobachtung insbesondere auf die Kommunikation und Interaktion, kann durch eine aufmerksame und anteilnehmende Umgangsweise eine vertrauensvolle zwischenmenschliche Beziehung aufgebaut werden.

Um die Einschätzung der Gesamtsituation zu gewährleisten, sollten das Verhalten des Menschen, das individuelle Erleben von Krankheit und Behinderung sowie die Bewusstseinslage einschließlich der Orientierung in die Beobachtung einbezogen werden. In vielen Fällen ist es jedoch notwendig, sich konkret auf einzelne, spezifische Beobachtungsschwerpunkte zu konzentrieren, z. B. in Akut- oder Notfallsituationen.

Mittels der speziellen Beobachtung in der Pflege werden:

- die Pflegebedürftigkeit eines Menschen eingeschätzt,
- Pflegeprobleme und Ressourcen ermittelt,
- die Wirkung von Pflegemaßnahmen beurteilt,
- die Therapie, ihre Wirkung und Nebenwirkung überprüft,
- der Krankheitsverlauf überwacht,
- Komplikationen frühzeitig erkannt und verhütet,
- die medizinische Diagnosefindung unterstützt,
- Auswahl therapeutischer und rehabilitativer Möglichkeiten unterstützt.

Sämtliche Maßnahmen der Gesundheitspflege müssen wirtschaftlichen Ansprüchen gerecht werden. Da eine sorgfältige Beobachtung effiziente pflegerische, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen ermöglichen, können unnötige Kosten und Folgekosten vermieden und die Aufenthaltsdauer in Institutionen des Gesundheitswesens verkürzt werden.

Qualität der Beobachtung

Die Aussagekraft (Qualität) eines Beobachtungsergebnisses ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Die menschliche Beobachtung ist stark an das Funktionieren der Sinnesorgane gebunden, besonders an Augen, Ohren, Nase und Haut. Verschiedene physische und psychische Einflüsse verändern die Wahrnehmung und infolgedessen auch die Beobachtung.

Beim Einsatz spezifischer Instrumente oder Teststreifen ist das Beobachtungsergebnis von der korrekten Handhabung und Bedienung abhängig. In vielen Fällen ist vor der ersten Anwendung eine spezielle Einweisung bzw. Anleitung notwendig oder sogar vorgeschrieben.

Von entscheidender Bedeutung für die Qualität der Beobachtung ist das theoretische Hintergrundwissen einer Pflegekraft in den Bereichen:

- Anatomie und Physiologie,
- Krankheitslehre,
- Psychologie,
- insbesondere der Pflege.

M Beobachtung bildet die Grundlage für pflegerisches Handeln innerhalb des Pflegeprozesses.

M Die Beobachtungsergebnisse stellen eine der wichtigsten Grundlagen für die Pflegediagnosestellung sowie für das pflegerische Handeln dar.

M Das Aufspüren von Ressourcen, die Förderung und der Erhalt geistiger sowie körperlicher Fähigkeiten kann besonders bei alten Menschen im Vordergrund stehen.

Erst durch das Hintergrundwissen können beobachtete Sachverhalte interpretiert und professionell beurteilt werden. Das bedeutet, dass die Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Beobachtung eine entsprechende Ausbildung ist.

Ein Maßstab für eine gute Beobachtungsqualität stellt die Überprüfung auf Gültigkeit (Validität) und Zuverlässigkeit (Reliabilität) der Beobachtungsdaten dar.

Anzumerken ist, dass eine stark auf Krankheiten bezogene Beobachtung den Blick für den Menschen in seinem ganzheitlichen Erleben einengt. Das bedeutet, eine zielgerichtete Beobachtung schränkt die Wahrnehmung anderer Phänomene ein oder schließt sie aus. Es ist möglich, dass dadurch Veränderungen in anderen Bereichen oder Zusammenhänge übersehen werden.

Dokumentation

Für die Dokumentation der Beobachtungsergebnisse stehen verschiedene Dokumentationssysteme zur Verfügung. Sie sind für nahezu alle Pflegebereiche anwendbar bzw. entsprechend für spezielle Belange abänderbar. Unterschiedliche Beobachtungsskalen und Einteilungen erleichtern das Eintragen von Messergebnissen wie z.B. die Temperatur-, Blutdruck- und die Pulskurve.

Während das Eintragen der objektiv gemessenen Beobachtungsergebnisse einfach erscheint, gestaltet sich im Gegensatz dazu das Beschreiben von beobachtbarem Verhalten und Wirkungen der durchgeführten Pflege- und Therapiemaßnahmen häufig problematisch.

Um zu prägnanten Beschreibungen zu gelangen, muss der Beobachtende Begrifflichkeiten verwenden, die pflegerischen und medizinischen sowie psychologischen Bereichen allgemein verständlich sind. Das heißt, dass Pflegekräfte und ärztliches Personal die gleiche Fachsprache sprechen müssen, damit alle an der Pflege Beteiligten unter den verwendeten Begriffen auch das Gleiche verstehen.

Schwierig ist die Formulierung von Verhaltensweisen, Emotionen und Reaktionen; psychologische Kenntnisse können dabei hilfreich sein.

Die Dokumentation sollte möglichst wertfrei, d.h. so objektiv wie möglich, dargestellt werden. Da aber auch subjektive Einschätzungen häufig von diagnostischer Bedeutung sind, sollten diese ebenso dokumentiert werden, allerdings als solche gekennzeichnet werden.

B Ein 68-jähriger adipöser Mann befindet sich aufgrund einer Hypertonie seit 6 Tagen auf einer medizinischen Station. Der Blutdruck weist trotz blutdrucksenkender Medikamente hohe Schwankungen auf. Eine Pflegekraft beobachtet, dass der Blutdruck besonders nach den täglichen Besuchszeiten im hypertonen Bereich liegt. Sie äußert den Verdacht, dass der Mann möglicherweise familiäre Probleme hat.

Der beschriebene „subjektive Verdacht“ kann, wenn er sich als zutreffend herausstellt, zu Veränderungen der antihypertensiven Therapie führen. Zur Unterstützung können Problemlösungsmöglichkeiten, Entspannungstechniken bzw. eine Behandlung in der Psychosomatik vorgeschlagen werden.

Hier wird ebenfalls die Notwendigkeit deutlich, den betroffenen Menschen mit in die Beobachtung einzubeziehen.

Die Dokumentation sollte vollständig sein und alle Informationen enthalten, die notwendig sind, um die Pflege eines Menschen übernehmen zu können. Besonders im ambulanten Pflegebereich stellt sie häufig die einzige Informationsquelle über wichtige Beobachtungsmerkmale dar, da dort die Pflegekräfte im Gegensatz zu stationären Einrichtungen überwiegend alleine arbeiten.

Eine lückenlose Dokumentation von Beobachtungsergebnissen garantiert zudem eine Verlaufskontrolle, da sie die Beurteilung der Wirkung von Pflegemaßnahmen auf den Pflegebedürftigen nachvollziehbar und transparent gestaltet. Es ist deshalb wichtig, dass die Beobachtungsergebnisse präzise und nicht ungenau formuliert werden.

B „Fr. X hat einen Blutzucker von 245 mg%“ statt „Fr. X hat einen hohen BZ“. „Hr. Y hat in der Nacht von 19.00 Uhr abends bis um 7.00 Uhr morgens 950 ml Urin ausgeschieden“ statt „hat viel ausgeschieden“. Weitere übliche Formulierungen wie „hat gut gegessen“ sollten ebenfalls genau beschrieben werden, da die Mengenangaben nicht konkret sind und unterschiedlich interpretiert werden können.

Anforderungen an das Pflegepersonal

Die Beobachtung der gesunden und kranken Anteile des Menschen erfordert mehr als das Begutachten und Beurteilen einzelner Merkmale. Eine gute Beobachtung in der Pflege verlangt fundiertes theoretisches Hintergrundwissen mit der entsprechenden Fähigkeit, aus Einzel-(beobachtungs-)ergebnissen eine Gesamteinschätzung zu erstellen. Sie erfordert zudem Flexibilität und das „Sich-einstellen-Können“ auf wechselnde Bedingungen. Die Beobachtung von Verhaltensweisen und Reaktionen im zwischenmenschlichen Bereich setzt psychologische Kenntnisse voraus und fordert Reflexionsfähigkeit der beobachtenden Person.

Berufserfahrung erleichtert die Beurteilung, kann aber auch betriebsblind machen; die beobachtende Pflegekraft sollte ihre Beobachtungsergebnisse hinterfragen und kontrollieren. Diese Vorgehensweise vermindert die Gefahr der falschen Situationseinschätzung und Interpretation sowie das Vergessen wichtiger Informationen und voreilige Schlussfolgerungen.

M Eine qualitativ gute Beobachtung, die sich nur auf die kranken Anteile des Menschen richtet, wird nicht immer einer qualitativ hochwertigen Beobachtung der Gesamtsituation eines Menschen gerecht.

M Die Beobachtung in der Pflege bildet den Ausgangspunkt für pflegerisches Handeln und nimmt deshalb einen hohen Stellenwert ein.



Was ist der Pflegeprozess?

Woher wissen Sie, was Sie bei einem Bewohner/Klienten pflegerisch zu tun haben? Woher wissen Sie, welche Art der Unterstützung dieser Mensch benötigt? Wer entscheidet Art und Umfang der Hilfe? Wer erhält Unterstützung wobei und wozu? Diese Fragen lassen erahnen, dass professionelle Pflege nicht einfach geschieht. Pflege basiert auf Beobachtungen, fachlichen Überlegungen und verfolgt immer einen Sinn und Zweck, den es für jeden Bewohner/Klienten zu erfassen gilt. Pflegemaßnahmen werden von Ihnen geplant und Sie überprüfen auch deren Wirksamkeit. Darin steckt das Prozesshafte, welches im Pflegeprozess-Modell abgebildet wird (Abb. 1.39). Die einzelnen Phasen verdeutlichen modellhaft, welche Aufgaben Pflegefachkräfte in der Praxis ausführen. Wie der Pflegeprozess zu verstehen ist, sollen folgende Ausführungen klären.

Pflegeprozess als Problemlösungsprozess Kybernetischer Regelkreis

Abb. 1.38 erläutert die vier Problemlösungsschritte des „kybernetischen Regelkreises“: Ausgehend von der momentanen Situation (Ist-Zustand) wird ein mögliches Ziel (Soll-Zustand) festgelegt, das dann durch konkretes Handeln (Regelgröße) realisiert werden soll. Am Ende der Handlung wird das Endergebnis mit dem geplanten Ziel (dem Soll-Zustand) verglichen (Ist-Soll-Abgleich). Dieses Regelkreismodell bildet eine der Grundlagen für die unterschiedlichen Verfahren des Pflegeprozesses.

Decken sich das geplante und das tatsächlich erreichte Ergebnis nicht, so beginnt der Prozess von Neuem. Es kann dann überlegt werden, woran der Prozess gescheitert ist. Es könnte Fehler in der Umsetzung geben (fehlerhafte Regelung), im Vorfeld wurden nicht alle Informationen richtig erfasst (Fehler in der Ist-Zustand-Analyse) oder das angestrebte Ziel war nicht realistisch (Fehler in der Soll-Zustand-Bestimmung).

Pflegeprozess als Beziehungsprozess

Die gezielte Beobachtung der Pflegenden spielt eine entscheidende Rolle im Pflegeprozess. Fachwissen und Erfahrung helfen Pflegenden dabei, die Bedürfnisse und Probleme der ihnen anvertrauten alten Menschen zu erfassen und entsprechende Pflegemaßnahmen zu planen. Wahrnehmung und Beobachtung sind jedoch immer auch subjektiv. Die Vorstellung, Gewohnheiten, Wünsche und Bedürfnisse eines alten Menschen „richtig“ zu erfassen, ist also nur zum Teil einlösbar.

Fachwissen und (berufliche) Erfahrung der Pflegenden bilden immer nur einen Aspekt einer gelingenden Pflege. Die Beteiligung des betroffenen alten Menschen am Pflegeprozess ist unerlässlich, damit

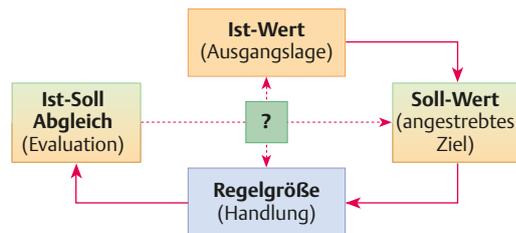


Abb. 1.38 Dieses Regelkreismodell bildet eine der Grundlagen für die unterschiedlichen Verfahren des Pflegeprozesses.

Pflege dem individuellen Menschen, aber auch ihrem eigenen beruflichen Auftrag gerecht wird, z. B. die Förderung von Unabhängigkeit, Lebensqualität und Wohlbefinden (Krohwinkel 2008). Damit dies geschehen kann, ist der Aufbau einer konstruktiven Beziehung Grundlage für eine professionelle Pflege!

Auch die „Beziehungsfähigkeit“ ist eine notwendige Eigenschaft professionell Pflegenden. Nur wer in der Lage ist, die Wünsche und Bedürfnisse eines alten Menschen aus dessen Perspektive zu sehen und zu verstehen und den betreffenden Menschen aktiv in den Prozess der Pflege zu integrieren, wird seine Pflege an diesen einzigartigen Menschen anpassen und somit „professionell“ pflegen können.

Einfühlungsvermögen (Empathie), biografische Informationen und Erfahrung sind zwingend notwendig, um einen alten Menschen und besonders einen demenziell veränderten alten Menschen „verstehen“ und seine Wünsche, Gewohnheiten und Bedürfnisse erkennen zu können.

Pflegeprozessmodelle im Vergleich

Das im deutschsprachigen Raum bekannteste – und älteste – Pflegeprozessmodell ist das von Verena Fiechter und Martha Meier (1981).

Auch Fiechter u. Meier betonen – ähnlich wie Krohwinkel – den prozesshaften Verlauf der Pflege. Sie verstehen Pflege als permanenten Entwicklungsprozess, d.h. als ein sich stets fortsetzendes Geschehen (Fiechter u. Meier 1981).

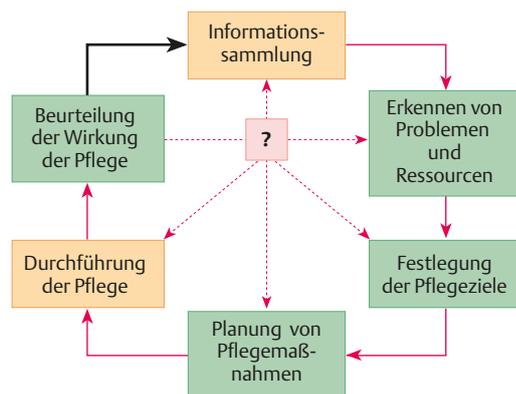


Abb. 1.39 Phasen des Pflegeprozesses (nach Fiechter u. Meier 1981).

D „Kybernetik“ (griech. kybernetike = „Steuerungsmannskunst“) ist die Bezeichnung für eine Richtung der Wissenschaft, die Gesetzmäßigkeiten in Steuerungs- und Regelungsvorgängen betrachtet und diese aufzudecken versucht.

M Kybernetische Verfahren finden überwiegend in technischen Bereichen Anwendung; aber auch in der Biologie und Soziologie wird versucht, Phänomene mithilfe der Kybernetik zu erklären.

M Monika Krohwinkel s. a. S. 18.

M Fiechter und Meier unterscheiden 6 Phasen des Pflegeprozesses (Abb. 1.39):

- Informationssammlung,
- Erkennen von Problemen und Ressourcen,
- Festlegung der Pflegeziele,
- Planung der Pflegemaßnahmen,
- Durchführung der Pflege,
- Beurteilung der Wirkung der Pflege.

M Prinzipiell kann jeder – selbst ein demenziell veränderter alter Mensch – als „Experte“ seiner selbst angesehen werden!

Die erste Veröffentlichung über den Pflegeprozess stammt von Yura u. Walsh (1967); sie favorisieren ein vierphasiges Pflegeprozessmodell (Tab. 1.2). Vor allem in den USA ist die Pflegeprozessmethode immer wieder diskutiert und überarbeitet worden. Heute wird dort ein fünfphasiges Modell bevorzugt, wie es z.B. 1975 von Mundinger u. Jauron entwickelt wurde (Arets u. Mitarb. 1999).

Nachteile der Pflegeprozessplanung

Dem streng methodischen Vorgehen nach dem Pflegeprozess sind Grenzen gesteckt. Situationen, in denen Menschen beteiligt sind, sind niemals genau vorher bestimmbar. Problemlösungsprozesse, die in technischen Bereichen vielleicht hilfreich sind, sind in Bereichen menschlicher Interaktion nur z.T. anwendbar.

Der Pflegeprozess sollte daher als ein dynamischer Prozess in der Praxis gelebt und angewendet werden. Dadurch wird sichergestellt, dass auch individuelle Ansprüche der zu Pflegenden berücksichtigt werden. In bestimmten Fällen muss daher von den Standards abgewichen werden. Diese Abweichung muss aber immer begründet werden können. .

Vorteile der Pflegeprozessplanung

Trotz der beschriebenen Grenzen bietet ein systematisches Vorgehen im Sinne des Pflegeprozesses Vorteile: Die gründliche Analyse der Ausgangslage bzw. der pflegerelevanten Probleme und Ressourcen eines alten Menschen hilft, das Wesentliche in den Blick zu nehmen. Gemeinsam können realistische Ziele gesetzt und Pflegemaßnahmen geplant werden, die den Bedürfnissen des alten Menschen mit Pflegebedarf gerecht werden.

Die – schriftlich dokumentierte – Planung der Pflege hilft allen Pflegenden eines Teams dabei, die Pflege bei den betreffenden alten Menschen auf einem möglichst gleich bleibenden Qualitätsniveau zu leisten. Die Evaluation der Pflege ist ein Beitrag zur kontinuierlichen Verbesserung des eigenen Pflegehandelns und der Entwicklung der eigenen Kompetenz. Sie hilft darüber hinaus, dass die Qualität der Pflege von Pflegenden selbst verbessert wird und leistet so einen Beitrag zur Professionalisierung der Pflege.

Pflegeprozessplanung in der Altenpflege

Ein wesentlicher Bestandteil des Pflegeprozesses ist die schriftliche Pflegeplanung. Dieser dokumentierte Pflegeplan umfasst die Pflegeprozessphasen 2, 3, 4 und 6 nach Fiechter u. Meier 1981 (s. Abb. 1.39). Voraussetzung für das Gelingen geplanter Pflege sind jedoch auch eine gründliche Informationssammlung (Phase 1) sowie eine aussagekräftige Dokumentation der Pflegedurchführung (Phase 5).

Tab. 1.2 Vergleich unterschiedlicher Pflegeprozessmodelle

Schritte des Pflegeprozesses	Yura u. Walsh 1967	WHO 1974	Mundinger u. Jauron 1975	Fiechter u. Meier 1981
Schritt 1			Informationssammlung	Informationssammlung
Schritt 2	Erhebung	Einschätzung (Assessment)	Diagnose	Erkennen von Problemen und Ressourcen
Schritt 3	Planung	Planung (Planung)	Planung	Festlegung der Pflegeziele
Schritt 4				Planung von Pflegemaßnahmen
Schritt 5	Durchführung	Durchführung (Intervention)	Durchführung	Durchführung der Pflege
Schritt 6	Auswertung	Bewertung (Evaluation)	Bewertung	Beurteilung der Wirkung der Pflege

Informationssammlung

Der erste Schritt im Pflegeprozess nach Fiechter und Meier ist die Informationssammlung.

Informationen über den pflegebedürftigen Menschen können durch die Erhebung von Daten, z. B. im Rahmen von Messungen, Beobachtungen oder Befragungen gewonnen werden. Ziel und Zweck einer umfassenden Informationssammlung in der Pflege ist es, den zu pflegenden Menschen kennenzulernen und seine Gesundheits- beziehungsweise Krankheitssituation so vollständig wie möglich zu erfassen. Die Informationssammlung ist ein kontinuierlicher Prozess.

Objektive und subjektive Daten

Im Rahmen der Informationssammlung wird zwischen objektiven und subjektiven Daten unterschieden.

Objektive Daten. Objektive Daten sind Daten bzw. Informationen, die unvoreingenommen und unparteiisch, ohne persönliche Wertung und nicht von persönlichen Gefühlen und Vorurteilen bestimmt sind. Sie sind unabhängig von einer subjektiven Sichtweise. Zu den objektiven Daten gehören alle messbaren Werte.

Subjektive Daten. Subjektive Daten hingegen sind immer auf ein Subjekt bezogen, sie sind vom Subjekt ausgehend und von diesem abhängig. Subjektive Daten sind von Gefühlen, Stimmungen und Urteilen bestimmt, also bewertet und parteiisch. Subjektive Daten sind Äußerungen über ein Empfinden.

Subjektive Daten müssen neutral zugeordnet und als subjektive Informationen gekennzeichnet werden. Dies kann durch den Zusatz „Laut Aussage des Patienten“ o. ä. geschehen.

Um subjektiv geäußerte Informationen besser zuordnen zu können, ist genaues Nachfragen erforderlich. Hierdurch werden subjektive Informationen so genau wie möglich beschrieben und damit für andere Personen nachvollziehbar. In diesem Zusammenhang wird auch von der größtmöglichen Objektivierung subjektiver Informationen gesprochen. Die „PQRST-Gedächtnisstütze“ kann als Hilfsmittel zur Klärung von subjektiven Informationen eingesetzt werden (Abb. 1.40).

Subjektive Aussagen können durch den Einsatz von Hilfsmitteln objektiviert werden. Die subjektiv empfundene Schmerzintensität lässt sich z. B. von dem betroffenen Menschen auf einer Skala von 1–10 einschätzen. Auf diese Weise kann bei erneutem Auftreten von Schmerzen leichter eine Vergleichsbeurteilung erreicht werden.

Ein weiterer Aspekt im Zusammenhang mit subjektiven Daten bzw. Informationen ist der subjektive Eindruck von Pflegepersonen bezüglich bestimmter Sachverhalte oder anderer Personen.

P Provokative und palliative Umstände

- Was taten Sie gerade, als das Symptom zum ersten Mal auftrat oder Sie es erstmals bemerkten? Wodurch wird es verstärkt: durch Stress? eine bestimmte Körperhaltung? bestimmte Aktivitäten? Streit?
- Was verschlimmert das Symptom?
- Was schwächt das Symptom ab: eine andere Ernährung? veränderte Körperhaltung oder Lagerung? die Einnahme von Medikamenten? aktiv sein?

Q Qualität und Quantität

- Wie würden Sie das Symptom beschreiben – wie fühlt es sich an, wie sieht es aus, wie hört es sich an?
- Wie stark spüren Sie es im Augenblick? Ist es so stark, dass es Sie an jeder Aktivität hindert? Ist es stärker oder schwächer, als Sie es früher empfanden?

R Region und Radiation

- Wo tritt das Symptom auf?
- Strahlt es aus? Bewegt sich der Schmerz den Rücken oder den Armen, den Nacken oder den Beinen entlang?

S Schwere skala

- Wo würden Sie die Schmerzen auf einer Skala von 1 bis 10 einordnen, wenn die 10 den stärksten Schmerz bezeichnet? Zwingt Sie der Schmerz, sich hinzulegen, sich zu setzen oder langsamer zu werden?
- Scheint sich das Symptom zu bessern, zu verschlechtern, oder bleibt es ziemlich gleich?

T Timing

- An welchem Tag trat das Symptom zum ersten Mal auf? Um wie viel Uhr hat es angefangen? Wie fing das Symptom an: plötzlich? allmählich?
- Wie oft spüren Sie das Symptom: stündlich? täglich? wöchentlich? monatlich?
- Wann tritt es meist auf: untertags? abends? am frühen Morgen? Weckt es Sie auf? Tritt es vor, während oder nach dem Essen auf? Tritt es periodisch auf?
- Wie lange hält das Symptom an?

Abb. 1.40 Von der subjektiven zur objektiven Information – die PQRST-Gedächtnisstütze.

Auch Empfindungen, Wertungen und Eindrücke von Pflegepersonen bezüglich der Situation eines Menschen müssen in der Dokumentation und Informationsweitergabe als subjektive Eindrücke gekennzeichnet werden, z. B. „Frau Z. wirkt heute auf mich sehr niedergeschlagen“.

Direkte und indirekte Daten

Die Unterscheidung zwischen direkten oder indirekten Daten gibt Auskunft darüber, aus welcher Datenquelle die Informationen stammen.

Direkte Daten können sowohl objektiv als auch subjektiv sein. Da sie direkt vom betroffenen Menschen stammen, haben sie naturgemäß eine hohe Aussagekraft. Dabei spielen neben verbalen auch nonverbale Äußerungen, z. B. mittels der Mimik, Gestik usw. eine Rolle. Sie müssen gemeinsam mit dem betroffenen Menschen auf ihre Bedeutung hin eingeordnet werden.

Indirekte Daten können ebenfalls objektiv oder subjektiv sein. Sie werden von sog. Drittpersonen,

1

M Es werden unterschieden:

- objektive,
- subjektive,
- direkte,
- indirekte Daten.

M Die gesammelten Informationen sind die Basis für alle weiteren Schritte im Pflegeprozess.

M Objektive Daten sind z. B.:

- Körpergröße,
- Körpergewicht,
- Körpertemperatur,
- Blutdruckwerte,
- alle Laborwerte,
- Pupillenreaktion usw.

M Subjektive Daten sind z. B.:

- Schmerzen,
- Ängste,
- Einsamkeit,
- Müdigkeit,
- Erwartungen.

M Direkte Daten beziehungsweise Informationen werden direkt vom betroffenen pflegebedürftigen Menschen erhoben. Dieser stellt hierbei die primäre Quelle der Information dar.

M Indirekte Daten werden aus Sekundärquellen, also von anderen Personen oder aus schriftlichen Aufzeichnungen gewonnen.

z.B. Verwandten, Lebenspartnern, Pflegepersonal, Ärzten usw. gewonnen. Auch Patientendokumente wie Kurven, Anamnesebögen, Krankengeschichte, Pflegeberichte, Dokumentation der ermittelten Vitalzeichen usw. können Quellen für indirekte Daten sein.

Assessmentinstrumente

Derzeit haben sich einige Assessmentinstrumente beim Feststellen des tatsächlichen Pflegebedarfs in der Praxis bewährt. Im deutschsprachigen Raum werden Assessment-Instrumente zur systematischen Erhebung des speziellen Pflegebedarfs von Patientengruppen, z.B. in der Pädiatrie, Onkologie oder Gerontologie und in Form von Skalen zur Einschätzung bestimmter Risiken eines pflegebedürftigen Menschen, z.B. des Thromboserisikos eingesetzt. Es sind jedoch nicht alle Instrumente ausreichend wissenschaftlich fundiert und müssen daher in Bezug auf ihre Validität jeweils kritisch überprüft werden.

Methoden der Datenerhebung

Zu den Methoden der Datenerhebung gehören die Beobachtung des Menschen sowie Gespräche, insbesondere das Aufnahmegespräch.

Beobachtung. Beobachten ist das aufmerksame und bewusste, zielgerichtete und systematische Wahrnehmen eines Zustandes, Verhaltens oder einer Situation. Beobachtung geschieht über die Sinne und kann durch Hilfsmittel und technische Geräte unterstützt werden. Ziel der Beobachtung in der Pflege ist es, Informationen zu erhalten, um die Situation und den Zustand eines Menschen genau erfassen zu können.

Die Beobachtung unterliegt wie die Wahrnehmung verschiedenen Einflussfaktoren. Hierzu gehören physische Faktoren und psychische Faktoren, die sich auf die Qualität der Beobachtung auswirken.

Beobachtenden Pflegepersonen sollte bewusst sein, dass es sich in einer Pflegesituation meist um eine teilnehmende Beobachtung handelt. Bei der teilnehmenden Beobachtung nimmt der Beobachter durch seine Anwesenheit auf die beobachteten Situationen Einfluss. Es ist wichtig, seine eigenen Gefühle und das eigene Verhalten als Einflussfaktoren auf die Qualität der Beobachtung zu kennen.

Im Zusammenhang mit der Beobachtung ist auch die körperliche Untersuchung, das Messen und Ermitteln von pflegerelevanten physischen Daten bei der Informationssammlung von Bedeutung. Durch den Einsatz von Hilfsmitteln werden objektive Parameter wie der Blutdruckwert festgestellt. Das Erfassen dieser körperlichen Parameter kann in ein Aufnahmegespräch zwischen Pflegeperson und Patient integriert werden.

Die so ermittelten Informationen gehören zu den objektiven Daten. Auch Wunden, Bewegungseinschränkungen des pflegebedürftigen Menschen

o.Ä. müssen im Rahmen der Informationssammlung so präzise wie möglich beschrieben werden.

Aufnahmegespräch. Es gibt viele Gesprächssituationen, in denen Informationen ausgetauscht werden, z.B. zwischen pflegebedürftigem Menschen und Pflegeperson, Angehörigen und anderen an der Pflege Beteiligten oder zwischen der Pflegeperson und den Angehörigen. Diese Gesprächssituationen ergeben sich bei der Pflegevisite, bei der Dienstübergabe, den Teambesprechungen, bei der Verichtung einer Pfl egetätigkeit oder dem Besuch eines Angehörigen usw.

Sobald der pflegebedürftige Mensch im Krankenhaus oder Pflegeheim aufgenommen ist oder der erste Besuch in der häuslichen Pflege stattgefunden hat, sollte das Anamnesegespräch geplant werden. Dabei sind auch Angehörige einzubeziehen.

Um auf das Gespräch gut vorbereitet zu sein, sollten zuvor Arztbriefe, Überleitungsbögen usw. von der Pflegeperson gesichtet werden. Die Pflegeperson achtet bei dem Gespräch auf verbale und nonverbale Äußerungen ihres Gesprächspartners. Sie macht sich während des Gespräches ein Bild von der aktuellen Situation, den Fähigkeiten, Problemen und den momentanen Lebensgewohnheiten des pflegebedürftigen Menschen.

Ziel des Gespräches ist es, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, auf dessen Basis die aufgenommene Person sich auf detaillierte Aussagen einlassen kann. Wichtig ist eine vorurteilsfreie und empathische Haltung der Pflegeperson, damit der zu Pflegenden seine Wünsche und Probleme offen ansprechen kann. Die Ergebnisse des Gespräches werden schriftlich dokumentiert.

Dokumentation

Die Dokumentation der erhobenen Daten sollte direkt im Anschluss an die Informationssammlung erfolgen. Dabei muss die Vollständigkeit der erhobenen Daten gewährleistet sein. Es sind bestimmte Kriterien zu berücksichtigen, um ein einheitliches Vorgehen aller an der Dokumentation beteiligten Personen zu gewährleisten.

Es wird kurz, knapp, klar und präzise formuliert. Dabei müssen die Daten, wenn sie Eigeneinschätzungen, Wertungen oder Interpretationen enthalten, entsprechend als subjektive Daten gekennzeichnet werden. Dies gilt für Aussagen der pflegebedürftigen Menschen oder der Angehörigen wie für subjektive Eindrücke des Pflegepersonals.

Bei der fortlaufenden Informationserhebung werden die Reaktionen auf die Behandlung im Kurvenblatt und dem Pflegebericht dokumentiert. Jede Zustandsveränderung wird eingetragen und mit der Situation am Aufnahmetag oder den gesetzten pflegerischen Zielen verglichen. Gegebenenfalls erfordert die fortlaufende Informationssammlung eine Änderung im Pflegeplan.

M Der Begriff „Assessment“ stammt aus der englischen Sprache und bedeutet (Ein-)Schätzung.

Das Erstgespräch zwischen pflegebedürftigen Menschen und betreuender Pflegeperson spielt eine besondere Rolle, da es der Beginn der pflegerischen Beziehung ist, und es ist für die Datenerhebung wichtig.

M Die Begriffe Erstgespräch, Aufnahmegespräch und Pflegeanamnese werden oft synonym verwendet.

Beobachtung s. a. S. 66.

Assessmentinstrumente s. a. S. 81.

P Die Schrift muss für alle am Pflegeprozess Beteiligten lesbar sein. Jeder Eintrag wird mit Datum, Uhrzeit und einer Unterschrift bzw. einem Handzeichen versehen.

M Hilfsmittel zur Datenerhebung sind z. B.:

- Blutdruckmessgerät,
- Stethoskop,
- Waage,
- Thermometer.



Erkennen von Pflegeproblemen und Ressourcen

Der zweite Schritt im Pflegeprozess nach Fiechter u. Meier umfasst das Erkennen von Pflegeproblemen und Ressourcen des Patienten.

Pflegeprobleme

Fiechter u. Meier definieren ein Problem als eine „Beeinträchtigung des Patienten in irgendeinem Lebensbereich, die seine Unabhängigkeit einschränkt und ihn belastet. Wenn er dieses Defizit nicht selber kompensieren kann, braucht er Pflege. Wenn er selber damit fertig wird, ist es weder für ihn noch für die Schwester ein Problem“ (Fiechter u. Meier 1990). Es werden fünf Arten von Pflegeproblemen unterschieden.

Aktuelle Probleme. Die Pflegeprobleme sind offensichtlich, leicht identifizierbar, zum Zeitpunkt der Informationssammlung vorhanden und erfordern unmittelbares pflegerisches Handeln. Die Pflegebedürftigkeit geht direkt von Bewohnern aus.

Potenzielle Pflegeprobleme. Auch Risikoprobleme. Es sind mögliche Probleme, die bei einem pflegebedürftigen Menschen aufgrund einer spezifischen Situation eintreten können, aber nicht eintreten müssen. Sie können durch eine qualifizierte Pflegeperson vorhergesehen werden und treten mit einer großen Wahrscheinlichkeit in Zukunft auf. Durch prophylaktische Maßnahmen kann verhindert werden, dass ein potenzielles zum aktuellen Problem wird.

Verdeckte Pflegeprobleme. Sie sind nicht offenkundig. Entweder kennt der betroffene Mensch sie und möchte nicht darüber reden oder er ist sich ihrer nicht bewusst. Die Pflegeperson kann verdeckte Pflegeprobleme anhand ihrer Kompetenzen und aufgrund des Verhaltens und der Stimmungslage eines Menschen lediglich ableiten. Ein Vertrauensverhältnis zwischen Pflegeperson und der zu betreuenden Person ist sehr wichtig, damit verdeckte Pflegeprobleme offen ausgesprochen werden können.

Generelle Pflegeprobleme. Es handelt sich um typische voraussehbare Probleme, die den meisten Patienten unter gleichen Bedingungen und mit den gleichen Risikofaktoren gemeinsam sind. Generelle Pflegeprobleme betreffen häufig die Physiologie des Menschen, es sind Mechanismen, die bei allen Menschen ähnlich ablaufen und zudem wissenschaftlich erforscht werden können. Für solche Probleme können standardisierte Pflegepläne ausgearbeitet werden.

Ein generelles Problem kann immer auch zu einem individuellen Problem werden, sobald eine besondere Disposition des pflegebedürftigen Men-

schen vorliegt oder Abweichungen vom typischen Verlauf zu erkennen sind.

Individuelle Pflegeprobleme. Sie sind charakteristisch für einen bestimmten Menschen und betreffen seine persönliche Lebenssituation und sein persönliches Erleben. Individuelle Pflegeprobleme treten zu generellen Pflegeproblemen hinzu.

Pflegediagnostischer Prozess

Das Ergebnis der Informationssammlung und die erstellten Pflegeprobleme bzw. -diagnosen werden schriftlich in der Pflegedokumentation festgehalten.

Beim pflegediagnostischen Prozess handelt es sich um einen dauerhaften Prozess, der mit der festgestellten Diagnose erst einmal beendet zu sein scheint, doch schon mit einer erneuten Information über die zu betreuende Person wieder von Neuem beginnen kann. Er läuft sowohl bewusst und rational gesteuert als auch intuitiv und unter Einbezug von Erfahrung ab.

Es lassen sich folgende diagnostischen Schritte ausmachen: Zunächst werden im Rahmen der Informationssammlung subjektive, objektive, direkte und indirekte Daten durch Beobachtung, körperliche Untersuchungen und im Gespräch ermittelt (Pflegeanamnese). Die erhobenen Daten werden analysiert, d.h. systematisch untersucht und im Hinblick auf ihre Bedeutung für den pflegebedürftigen Menschen interpretiert. Hieraus ergeben sich eine oder mehrere Annahmen bezüglich des Pflegebedarfs, sog. Hypothesen. Diese Annahmen werden durch gezielte weitere Informationssammlung bestätigt, konkretisiert oder widerlegt und in Pflegeproblemen bzw. -diagnosen ausgedrückt.

Dokumentation der Pflegeprobleme

Die Pflegeprobleme, denen die Pflegeperson die meiste Bedeutung zumisst und von denen sie überzeugt ist, dass sie vorrangig behandelt werden müssen, stehen in der Rangfolge ganz oben. Es handelt es sich hierbei um aktuelle Probleme.

Die Pflegeprobleme müssen vollständig erhoben und dokumentiert sein. Erst wenn alle pflegerelevanten Probleme erfasst sind, können entsprechende Ziele formuliert und die entsprechenden Maßnahmen eingeleitet werden.

Das Problem wird kurz, prägnant und knapp beschrieben. Dabei ist auf eine lesbare Schrift und Übersichtlichkeit zu achten.

Die Angabe von Ursachen für die bestehenden Pflegeprobleme ist deshalb notwendig, weil nur so in einer späteren Phase des Pflegeprozesses das Problem richtig gelöst werden kann. Wenn die Ur-

B **Individuelle Pflegeprobleme:** Herr M. kann sich aufgrund seiner Sehbehinderung nicht selbstständig in der für ihn ungewohnten Umgebung des Krankenhauses bewegen.

D **Als pflegediagnostischer Prozess wird der Weg von der Informationssammlung bis zur Formulierung eines oder mehrerer Pflegeprobleme oder Pflegediagnosen bezeichnet.**

B **Aktuelles Problem:** Herr M. leidet unter Schmerzen aufgrund einer Stomatitis.

B **Potenzielles Problem:** Herr M. ist aufgrund einer Nahrungs- und Flüssigkeitskarenz soor- und parotitisgefährdet.

B **Verdecktes Problem:** Eine Pflegeperson beobachtet, dass Herr M. nach dem Besuch seiner Tochter sehr deprimiert ist. Sie vermutet die Ursache hierfür in einer problematischen Beziehung zwischen den beiden.

B **Generelle Pflegeprobleme:** Immobilen Menschen weisen ein hohes Dekubitisrisiko auf.

M **Im Pflegeplan werden die Pflegeprobleme nach ihrer Priorität, d. h. entsprechend ihrer Dringlichkeit und Wichtigkeit aufgelistet.**

sache des Problems nicht bekannt ist, ist eine Vielzahl von Maßnahmen zur Problemlösung denkbar. Eine effektive Maßnahmenplanung bzw. Problemlösung ist nur dann möglich, wenn die Ursache des Pflegeproblems bekannt ist.

Wird nach einer speziellen Pflgetheorie gearbeitet, dann wird bei der Dokumentation der Pflegeprobleme z. B. nach Orem festgehalten, in welchem Lebensbereich das Selbstfürsorgedefizit besteht, bzw. bei Bezug auf die Lebensaktivitäten von Roper/Logan und Tierney wird notiert, welcher Bereich der Lebensaktivitäten auf welche Weise betroffen ist.

Ressourcen

Der Begriff der Ressourcen wird in vielen Fachrichtungen benutzt. Ressource ist in der Psychologie die Art, wie Menschen die an sie gestellten Anforderungen verarbeiten; der persönliche, individuelle Verarbeitungsstil des Einzelnen zur Bewältigung von auftretenden Lebensaufgaben, die sog. Handlungskompetenz. Nur wenn die Handlungskompetenz größer ist als die an den Menschen gestellte Anforderung, kann diese bewältigt werden.

Schwester Liliane Juchli sieht in dem Begriff der Ressourcen einen Gegenpol zu der stark defizit- und krankheitsbezogenen Pflege. Ihr Ziel ist es, sich stärker am Gesunden des Menschen zu orientieren, seine noch vorhandenen Möglichkeiten und Fähigkeiten sowie seine Selbstheilungskräfte in die Pflege einzubinden.

Häufig werden die Ressourcen in der Praxis nicht oder nur unzureichend formuliert. Aber auch das andere Extrem kann beobachtet werden: Jedem Pflegeproblem wird unbedingt eine Ressource zugeordnet. Dies ist aber nicht immer möglich.

Insgesamt ergibt sich ein großer Umfang an möglichen Ressourcen. Um einen sinnvollen Überblick der Gesamtheit aller möglichen Ressourcen zu erhalten, werden diese in unterschiedliche Kategorien eingeteilt.

Körperliche Ressourcen. Zu ihnen zählen alle körperlichen Leistungen wie die Sehfähigkeit, das Hörvermögen, die Bewegungsmöglichkeiten, die wieder unterteilt werden in Fein- und Grobmotorik, in passive und aktive Bewegungsvorgänge. Des Weiteren gehören dazu die Aufnahme von Flüssigkeit und Nahrungsmitteln, das Atmen usw.

Innere, intellektuelle, persönliche oder geistige Ressourcen. Dazu werden z. B. gerechnet:

- Entwicklung von eigenen Problemlösungsstrategien,
- Vertrauen in die eigene Person,
- Verstand, Vernunft, Verstehen,
- logisches und rationales Denkvermögen,
- Sprachgefühl, Wahrnehmungsfähigkeit, Lernfähigkeit,
- die Möglichkeit, das eigene Leben zu gestalten,

- die Fähigkeit, das eigene Tun zu reflektieren und verantwortliche Entscheidungen zu treffen,
- Lebensmut und Lebenslust,
- Kreativität, Fantasie und Flexibilität,
- Humor und Freude usw.

Aus dieser Kategorie ist die größte Aktivierung von Lebenskräften und Energie möglich, da sie sämtliche Existenzebenen des Menschen berührt und damit beeinflusst.

Räumliche Ressourcen. Darunter versteht man die Umgebung des Menschen. Lebt er z. B. in einer altersgerechten Umgebung, ist sein Haus oder seine Wohnung rollstuhlgerecht oder barrierefrei oder -arm gestaltet? Gibt es einen Fahrstuhl im Haus?

Soziale Ressourcen. Hierunter wird die soziale Umwelt des Einzelnen, sein soziales Netz, wie Freunde und Verwandte, und seine sozialen Aktivitäten verstanden. Dazu gehört unter anderem die Frage, welche seiner Verwandten und Freunde in die Pflege einbezogen werden können. Um sich ein möglichst vollständiges Bild des Menschen machen zu können, ist es auch wichtig, seinen persönlichen Lebensstil zu kennen. Welche sozialen Erwartungen und Werte besitzt er, was ist ihm wichtig?

Ökonomische Ressourcen. Hierzu gehören materielle Güter und finanzielle Möglichkeiten, die z. B. die Gestaltung des Lebensraums ermöglichen.

Spirituelle Ressourcen. Hierzu zählen die Werte, die die betreffende Person verinnerlicht hat. So ist es von Bedeutung, ob die zu betreuende Person einer Glaubensrichtung angehört oder ob sie nicht gläubig ist, ob sie Vorbilder für ihr Leben hat, Sinn in ihrem Leben sieht und voller Hoffnung ist oder eher mutlos und die Hoffnung in das Leben aufgegeben hat.

Das Erkennen von Ressourcen erfordert Übung. Viele Pflegepersonen handeln problemorientiert, d. h. sie erkennen sofort die Pflegeprobleme und möchten diese möglichst schnell beseitigen. Dabei werden die Fertigkeiten und Fähigkeiten der zu betreuenden Person oft übersehen.

Eine ganzheitliche Betrachtung kann helfen. Werden die Ressourcen im Pflegeplan berücksichtigt, erlangt der hilfsbedürftige Mensch schneller seine Selbstständigkeit zurück.

Dokumentation der Ressourcen

Im Pflegeplan werden die ermittelten Ressourcen des betroffenen Menschen in der dafür vorgesehenen Spalte schriftlich festgehalten. Sie werden dabei den Pflegeproblemen zugeordnet, zu deren Bewältigung sie beitragen.

M Die Problemformulierung umfasst die Art und Weise des Defizits, den Bereich der Beeinträchtigung, den Umfang des Problems sowie dessen Ursachen und Auswirkungen auf den betroffenen Menschen.

Dorothea Orem s. a. S. 22.

Pflegemodell von Roper, Logan und Tierney s. a. S. 20.

D Ressourcen sind Fähigkeiten und Fertigkeiten, die dem einzelnen Menschen zur Verfügung stehen und durch eine aktivierende Pflege gefördert werden können. Sie helfen, den Genesungsprozess positiv zu beeinflussen oder eine kritische Lebenssituation beziehungsweise -aufgabe sinnvoll zu bewältigen.

M Das Ziel in der Pflege ist es, die Ressourcen des einzelnen Menschen optimal zu nutzen und in die Pflege einzubeziehen, damit seine Selbstständigkeit erhalten bleibt, wiedererlangt oder Verschlechterungen verhindert bzw. herauszögert werden.



Was sind Pflegediagnosen?

Der Prozess des Diagnostizierens und das Erstellen von Diagnosen ist nicht an die Zugehörigkeit einer Berufsgruppe, sondern an die Expertise eines Menschen für einen bestimmten Aufgaben- und Handlungsbereich gebunden. Dem Erstellen einer Diagnose geht ein Prozess der Einschätzung und Beurteilung einer Situation voraus.

Entwicklung der Pflegediagnosen

Diagnose ist ein gewöhnliches Fremdwort, das in vielen Zusammenhängen gebraucht wird und dessen Verwendung nicht auf die Berufsgruppe der Mediziner beschränkt ist. Der Begriff Pflegediagnose wurde 1953 erstmals von V. Fry in den USA geprägt. Die Formulierung einer Pflegediagnose sah sie als einen notwendigen Schritt bei der Festlegung eines Pflegeplans an. Beides, die Formulierung einer Pflegediagnose und die Festlegung eines individualisierten Pflegeplans, stellte ihrer Meinung nach die wichtigste Aufgabe für jemanden dar, der kreativer pflegen möchte. Die Entwicklung von Pflegediagnosen hängt also auch eng mit der Orientierung und Systematisierung pflegerischen Handelns am wissenschaftlichen Ansatz zur Problemlösung, dem Pflegeprozess, zusammen.

Pflegepersonen konnten mittels der Pflegediagnosen erstmals sichtbar machen, dass sie einen eigenständigen und von der medizinischen Diagnostik und Therapie unabhängigen Beitrag in der Betreuung und Versorgung kranker Menschen erbringen. Der Einsatz des Pflegeprozesses und die in diesem Rahmen formulierten Pflegediagnosen hatten und haben somit auch eine wichtige Funktion bei der Entwicklung des pflegeberuflichen Selbstverständnisses und in der Berufspolitik.

Aufgrund der starken Nähe zur Medizin setzte sich die Verwendung des Begriffs Diagnose in der Pflege jedoch nur zögerlich durch. Er hielt verstärkt Einzug in die amerikanische Pflegeliteratur nach dem ersten Treffen der National Group for the Classification of Nursing Diagnosis 1973, bei dem sich Pflegepersonen aus Kanada und den USA zu einer Konferenz zur Klassifikation von Pflegediagnosen trafen. Diese Gruppe nannte sich ab 1982 NANDA, seit 2002 NANDA International, um die weltweite Verbreitung der Organisation zu verdeutlichen.

Pflegediagnosen der NANDA

Die NANDA trifft sich seit 1973 in zweijährlichem Abstand, um anerkannte Diagnosen zu entwickeln, zu überprüfen und neue Diagnosen zu klassifizieren. Bis 2009 hat sie eine Liste von mehr als 200 anerkannten Pflegediagnosen formuliert, die fortlaufend ergänzt und evaluiert werden. Eine große Zahl dieser Pflegediagnosen ist in die deutsche Sprache übersetzt worden. Die Arbeit der NANDA hat auch

in der deutschen Pflegelandschaft vielfältige Impulse gesetzt.

Vorschläge für neue Pflegediagnosen kommen aus der Pflegepraxis, beispielsweise von praktisch tätigen Pflegepersonen, Lehrkräften oder Pflegeforschern. Diese Vorschläge werden an den Prüfungsausschuss der NANDA weitergegeben, der sie entweder zur erneuten Überarbeitung an die Autoren zurückgibt oder an das Expertenkomitee weiterleitet. Wenn das Komitee die Empfehlung zur Aufnahme der neuen Pflegediagnose ausspricht, erfolgt die letzte Prüfung durch den NANDA-Vorstand und die schriftliche Abstimmung der Mitglieder auf den zweijährlich stattfindenden Generalversammlungen. Bei mehrheitlich positiver Abstimmung wird die Pflegediagnose zur Überprüfung in der Pflegepraxis empfohlen und in die Liste der Pflegediagnosen der NANDA aufgenommen.

Aus dieser Definition der NANDA lassen sich nach Gordon (2001) mehrere Merkmale von Pflegediagnosen ableiten:

- Ausgangspunkt für die Formulierung einer Pflegediagnose sind die Reaktionen eines Menschen oder einer Gruppe von Menschen (Familien und Gemeinden) auf Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse. Pflegediagnosen beziehen sich demnach auf das individuelle Verhalten und Erleben des Patienten und nicht, wie beispielsweise medizinische Diagnosen, auf die Krankheit selbst.
- Die Reaktionen auf oder Folgen von Gesundheitsproblemen oder Lebensprozessen lassen sich an einem oder mehreren Zeichen und Symptomen beobachten.
- Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse können einerseits aktuell bestehen, also zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bereits vorhanden sein, andererseits können sie auch potenziell vorliegen, d.h. es kann ein Risiko für deren Auftreten bestehen.
- Neben Gesundheitsproblemen können auch Lebensprozesse, wie z.B. die Zuschreibung oder Übernahme neuer Rollen, Reaktionen bei einem oder mehreren Menschen hervorrufen, die zur Formulierung einer Pflegediagnose führen, z.B. ein Elternrollenkonflikt.
- Bei der Planung der Pflege wählt die Pflegeperson die Pflegemaßnahmen und erreichbaren Pflegeziele aus, die sich auf die in der Pflegediagnose beschriebenen Reaktionen des Patienten beziehen. Die Pflegediagnose ist Ausgangspunkt für die Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege.
- Die Pflegeperson ist verantwortlich für das Erreichen der aus der Pflegediagnose abgeleiteten Pflegeziele.

B Der Begriff **Diagnose** bezeichnet eine aufgrund genauerer Beobachtungen oder Untersuchungen abgegebene Feststellung oder Beurteilung über den Zustand und/oder die Beschaffenheit von etwas, z. B. von einer Krankheit.

D **Pflegediagnose nach der NANDA:** *“Eine klinische Beurteilung einer menschlichen Reaktion auf Gesundheitszustände/ Lebensprozesse oder einer Vulnerabilität für diese Reaktion eines Individuums, einer Familie, Gruppe oder Gemeinschaft. Eine Pflegediagnose stellt die Grundlage für die Auswahl an Pflegeinterventionen hinsichtlich der Erzielung von Outcomes dar, für die Pflegenden verantwortlich sind“.* (angenommen auf der 9. NANDA-Konferenz; verändert in den Jahren 2009 und 2013.) (NANDA-I 2016, S. 499).

M **NANDA = Nordamerikanische Pflegediagnosenvereinigung** (North American Nursing Diagnosis Association)

M Pflegediagnosen beziehen sich auf die Reaktionen eines Menschen, einer Familie oder einer Gemeinde, auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse.

Arten von Pflegediagnosen

Alle von der NANDA anerkannten Pflegediagnosen werden mit einem Pflegediagnosetitel und einer zugehörigen Definition versehen.

Pflegediagnosen tragen dazu bei, den eigenständigen und spezifischen Handlungs- und Verantwortungsbereich der Pflege zu beschreiben, indem sie Situationen und Zustände benennen und beschreiben, die von beruflich Pflegenden festgestellt werden und in denen beruflich ausgeübte Pflege erforderlich ist. Damit verdeutlichen sie – sowohl innerhalb der eigenen Berufsgruppe, aber auch gegenüber anderen Berufsgruppen – wichtige Bestandteile des Pflegewissens. Zugleich wird hierdurch die Entwicklung eines beruflichen Selbstverständnisses von Pflegepersonen unterstützt und der pflegerische Verantwortungsbereich von dem anderer Berufe im Gesundheitswesen abgegrenzt.

Pflegediagnosen verkörpern damit einen Teil der Pflegefachsprache, die der Verständigung von Pflegepersonen untereinander dient, indem sie die gezielte Informationssammlung und die Identifikation potenzieller und aktueller Patientenprobleme unterstützt und eine präzise und effiziente mündliche und schriftliche Informationsweitergabe ermöglicht.

Hinsichtlich ihrer Struktur werden aktuell vier Arten von Pflegediagnosen unterschieden.

Problemfokussierte Pflegediagnosen

Eine problemfokussierte Pflegediagnose besteht aus drei Elementen:

1. Pflegediagnosetitel (PD) *beeinflusst durch (b/d)*,
2. beeinflussende Faktoren *angezeigt durch (a/d)*,
3. bestimmende Merkmale oder Kennzeichen.

Die einzelnen Elemente werden mit den Formulierungen „beeinflusst durch“ bzw. „angezeigt durch“ verbunden.

Symptome und Zeichen (engl. „cue“) können sowohl objektiver Natur (z.B. eine messbar „erhöhte Körpertemperatur“) als auch subjektiver Natur (z.B. beobachtete Verhaltensänderungen) sein. Die bestimmenden Merkmale oder Kennzeichen der aktuellen Pflegediagnosen lassen sich in Hauptkennzeichen (treten in 80–100% der Fälle auf) und Nebenkennzeichen (treten in 50–79% der Fälle auf) unterscheiden.

Ein Beispiel für eine problemfokussierte Pflegediagnose ist: Flüssigkeitsdefizit beeinflusst durch (b/d) aktiven Flüssigkeitsverlust angezeigt durch (a/d) Veränderung des Hautturgors und Anstieg der Urinkonzentration.

Risiko-Pflegediagnosen

Risikopflegediagnosen benennen in der Diagnose einen oder mehrere Risikofaktoren beim Patienten, die das Auftreten dieser Reaktion begünstigen. Risikofaktoren sind Umstände, die eine besondere Gesundheitsgefährdung begründen. Sie bestehen aus zwei Elementen:

1. Gefahr von Pflegediagnosetitel (PD) *beeinflusst durch (b/d)*
2. Risikofaktoren.

Bei der Formulierung einer Risiko-Pflegediagnose wird der Pflegediagnosetitel mit dem Wort „Gefahr“ ergänzt.

In der pflegerischen Praxis könnte diese Diagnose dann wie folgt aussehen: Gefahr eines Flüssigkeitsdefizits beeinflusst durch (b/d) übermäßigen Flüssigkeitsverlust über die physiologischen Wege.

Pflegediagnosen der Gesundheitsförderung

Pflegediagnosen der Gesundheitsförderung beschreiben die Fähigkeiten und Ressourcen des Patienten, die er einsetzen kann, um sein Wohlbefinden zu verbessern, und beziehen sich damit auf die Möglichkeit zur Steigerung des Gesundheitszustandes.

Voraussetzung für die Formulierung einer Gesundheitsdiagnose ist entsprechend die Bereitschaft eines Menschen, seinen Gesundheitszustand zu verbessern. Sie werden für einzelne Personen, Familien, Gruppen oder Gemeinschaften formuliert.

Pflegediagnosen der Gesundheitsförderung sind zweiteilige Aussagen. Sie bestehen aus dem Pflegediagnosetitel und bestimmenden Merkmalen oder Kennzeichen. Ein Beispiel ist die Pflegediagnose „Bereitschaft für eine verbesserte Harnausscheidung angezeigt durch (a/d) den geäußerten Wunsch, die Harnausscheidung zu verbessern.“

M Der Pflegediagnosetitel ist eine Bezeichnung, die kurz und präzise die Reaktion eines Menschen auf Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse beschreibt.

D Risiko-Pflegediagnosen bedeuten „eine klinische Beurteilung der Vulnerabilität eines Individuums, Familie, Gruppe oder Gemeinschaft, eine unerwünschte menschliche Reaktion auf Gesundheitszustände/Lebensprozesse zu entwickeln“ (NANDA-I 2016, S. 499).

D Pflegediagnosen der Gesundheitsförderung sind „eine klinische Beurteilung der Motivation und des Wunsches, das Wohlbefinden zu steigern und das menschliche Gesundheitspotenzial zu verwirklichen“ (NANDA-I 2016, S. 499).

D Problemfokussierte Pflegediagnosen sind „eine klinische Beurteilung einer unerwünschten menschlichen Reaktion auf einen Gesundheitszustand/Lebensprozesse, die bei einem Individuum, Familie, Gruppe oder Gemeinschaft auftreten“ (NANDA-I 2016, S. 499).



Klassifikation von Pflegediagnosen

Ähnlich wie bei der Ordnung von Pflgetheorien werden Ordnungssysteme auch im Zusammenhang mit Pflegediagnosen verwendet. Die NANDA hat hierzu ein Klassifikationssystem, die sog. Taxonomie II, entwickelt, das den Umgang mit und die Anwendung von Pflegediagnosen erleichtern soll.

Klassifikation der NANDA

Zu Beginn ihrer Arbeit listete die NANDA die anerkannten Pflegediagnosen alphabetisch auf. Um Übersichtlichkeit und Anwendung der Pflegediagnosen zu erleichtern, entwarf eine Gruppe von Pflgetheoretikern ein Klassifikationssystem. Es geht von 13 Bereichen (Domänen) und 47 Klassen aus, denen die einzelnen Pflegediagnosen zugeordnet werden. Unter einem Bereich wird ein „Wissensgebiet von Aktivitäten, Untersuchungen oder Interessen“ verstanden; Klassen bezeichnen „eine Untergruppe einer größeren Gruppe; eine Unterscheidung von Personen oder Dingen durch Qualitäten, Reihenfolgen oder Gradierungen“ (Roget 1980, zit. n. NANDA International 2005). Damit umfasst die Taxonomie II der NANDA 3 Ebenen: 1. Bereiche, 2. Klassen und 3. Pflegediagnosen.

Neue Pflegediagnosen werden ihrer Definition entsprechend klassifiziert, d. h. dem jeweils passenden Bereich und einer spezifischen Klasse zugeordnet. Gleichzeitig werden sie innerhalb der einzelnen Klassen alphabetisch nach dem diagnostischen Begriff (z. B. Selbstversorgung) geordnet und mit einem fünfstelligen Zifferncode versehen, der die Nummer der anerkannten Pflegediagnose enthält.

Neue Pflegediagnosen können in die Taxonomie II eingeordnet werden, ohne dass die Codes der einzelnen Diagnosen jeweils geändert werden müssen.

Vorteile von Klassifikationssystemen

Ein Klassifikationssystem ermöglicht die Ordnung und Strukturierung pflegerischen Wissens und trägt dazu bei, wissenschaftlich fundiertes Pflegewissen zu beschreiben und zu entwickeln. Das Klassifikationssystem ermöglicht außerdem die computergesteuerte Erfassung, Analyse und Synthese pflegerischer Daten sowohl für die Pflegepraxis als auch für die Pflegeforschung. Gerade für den Bereich der Pflegeforschung sind eine einheitliche Terminologie und ein Klassifikationssystem wichtig, um Forschungsstudien vergleichbar machen und Forschungsergebnisse evaluieren zu können. Die Entwicklung neuer Pflegediagnosen kann auch als ein Beispiel für die induktive Vorgehensweise bei der Pflegeforschung gesehen werden. Außerdem wird durch die Verwendung klassifizierter Pflegediagnosen die Leistungserfassung und Berechnung pflegerischer Leistungen nach pflegerischen (und nicht nach medizinischen) Diagnosen ermöglicht.

Andere Ordnungssysteme

Eine andere Art der Zuordnung von Pflegediagnosen wird von der amerikanischen Professorin für Pflege Marjory Gordon vorgeschlagen. Sie verwendet als Diagnosekategorien elf funktionelle Verhaltensmuster („functional health patterns“). Neben den anerkannten und noch im Anerkennungsprozess befindlichen Pflegediagnosen der NANDA finden sich in ihrem Handbuch weitere Pflegediagnosen, die sich in der Praxis als nützlich erwiesen haben, aber noch nicht von der NANDA anerkannt wurden.

Pflegediagnosen im Pflegeprozess

Der Weg von der Informationssammlung im Pflegeprozess bis zur Formulierung einer oder mehrerer Pflegediagnosen wird auch als diagnostischer Prozess bezeichnet. Er beschreibt das Vorgehen einer Pflegeperson bei der Analyse, Synthese und Interpretation der erhobenen subjektiven und objektiven gesundheits- und krankheitsbezogenen Daten eines pflegebedürftigen Menschen im Hinblick auf eine diagnostische Aussage. Dieser Prozess kann nach Gordon (2001) in folgenden Schritten beschrieben werden:

- Sammlung der Informationen: Aus allen verfügbaren Informationsquellen werden pflegerelevante subjektive und objektive Informationen erhoben.
- Interpretation der Informationen: Die erhobenen Daten werden hinsichtlich ihrer Bedeutung analysiert, interpretiert und beurteilt. Erste Schlussfolgerungen werden gezogen.
- Bündelung der Informationen: Die Informationen werden auf der Basis der Schlussfolgerungen zu Gruppen, sog. Kennzeichenclustern, zusammengefügt und mit möglichen Diagnosekategorien abgeglichen. Dabei werden mögliche Pflegediagnosen aus der Pflegediagnosenliste ausgewählt und auf Übereinstimmung zwischen Definition und Merkmalen mit den erhobenen Daten des pflegebedürftigen Menschen überprüft.
- Benennung des Kennzeichenclusters: Das Ergebnis des Abgleichs wird als definitives Gesundheitsproblem des pflegebedürftigen Menschen, also als Pflegediagnose dokumentiert.

Grundlage für das Formulieren einer Pflegediagnose bilden folglich das Assessment und die klinische Beurteilung der Gesundheitssituation eines Menschen. Hierbei werden subjektive und objektive Daten und Ressourcen systematisch erhoben. Der pflegediagnostische Prozess verlangt daher ein kontinuierliches Abgleichen der gezogenen Schlussfolgerungen mit weiteren Beobachtungen und neuen Informationen über den pflegebedürftigen Menschen.

D Ein Klassifikationssystem kann vereinfacht als eine Ordnungshilfe beschrieben werden, die die Zuordnung einzelner Elemente zu verschiedenen Klassen und deren Hierarchisierung ermöglicht.

Pflegeforschung s. a. S. 25.

M Pflegediagnosen stellen wie die formulierten Ressourcen und Probleme des pflegebedürftigen Menschen den Ausgangspunkt für Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege dar.

Assessmentinstrumente

Assessmentinstrumente unterstützen Pflegende bei Entscheidungen im Verlauf des gesamten Pflegeprozesses. Sie können an unterschiedlichen Punkten in diesem Prozess greifen. Alle Instrumente haben das Ziel, Gesundheitsindikatoren, Fähigkeiten und Verhaltensweisen systematisch festzuhalten und daraus Schlussfolgerungen zu ziehen.

Instrumente haben in erster Linie die Funktion, bei der individuellen Einschätzung der Situation eines Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, um sie genauer oder einfacher feststellen zu können als ohne Instrument. Instrumente unterstützen die Pflegediagnostik und tragen zur Entscheidungsfindung bei.

Aufgaben von Assessmentinstrumenten

Pflegerrelevante Phänomene erfassen. Assessmentinstrumente tragen generell dazu bei, gesundheits- bzw. pflegebezogene Phänomene zu erfassen. Zum einen geht es dabei um so komplexe Phänomene wie Pflegebedürftigkeit, also die Gesamtheit der gesundheitsbezogenen Indikatoren, die pflegerische Unterstützung erfordern. Zum anderen werden nur Teile von Pflegebedürftigkeit erfasst wie bestimmte einzelne physio-psycho-soziale Funktionen (z.B. Mobilitätszustand, Ernährungszustand, Inkontinenzprofile) (Bartholomeyczik et al. 2009, Reuschenbach et al. 2011). Das Neue Begutachtungssystem (NBA), das ab 2017 zur Beurteilung von Pflegegraden genutzt wird, kann ohne die Gradbemessungen auch als individuelles Assessmentinstrument angewendet werden (GKV 2011).

Risiko erfassen. Instrumente zur Risikoerfassung werden häufig genutzt. Mit ihnen können die Nutzer einschätzen, ob Patienten einer bestimmten Risikogruppe angehören (Dekubitus-, Pneumonie-, Kontrakturen-, Sturzrisiko). Weniger bekannt sind Instrumente, die das Risiko des Eintritts von Pflegebedürftigkeit oder der Verschlechterung von Pflegebedürftigkeit im Voraus abschätzen können.

Pflegerische Diagnosen erstellen. Da sich die Pflege nicht mit Krankheiten, sondern mit Reaktionen auf diese beschäftigt, also eher mit dem Kranksein als mit der Krankheit, ist es das Ziel pflegerischer Assessmentverfahren, zur Erstellung pflegerischer und nicht medizinischer Diagnosen beizutragen. Wenn hier der Begriff Pflegediagnose benutzt wird, dann bezieht er sich nicht auf ein bestimmtes System (z.B. NANDA-Diagnosen), sondern bezeichnet nur die Zusammenführung von Informationen, die als Grundlage für die Entscheidung für pflegerische Maßnahmen dienen. Dabei gibt es viele Instrumente, die sowohl Pflegende als auch Ärzte für ihre jeweils unterschiedlichen Aufgaben nutzen. Wesentlich ist eher, zu welchen Maßnahmen die Ergebnis-

se führen. Ärztlicherseits wird z.B. die VAS (visuelle Analogskala) zur Erfassung von Schmerz eingesetzt, um die Frage nach weiteren Schmerzmedikamenten zu entscheiden. Pflegende nehmen sie, um pflegerische Maßnahmen einzusetzen, Entwicklungen zu überprüfen und ggf. ein ärztliches Eingreifen zu organisieren.

Pflegebedarf einschätzen. Ein weiterer großer Aufgabenbereich von Assessmentinstrumenten im Rahmen des Pflegeprozesses ist die Einschätzung des Pflegebedarfes und des Pflegeaufwandes (also als Hilfsmittel für das Management). Das Erfassen der hierfür relevanten Informationen spielt nicht nur eine wichtige Rolle bei der Planung individueller Maßnahmen, des Einsatzes von Personalressourcen und Hilfsmitteln oder bei der Zeitplanung für eine individuelle Patientin, sondern spätestens seit der Einführung der Pflegeversicherung bei leistungsrechtlicher Abrechnung. Die Einführung der DRG im Krankenhausbereich, die auf medizinischen Diagnosen aufbaut und die ärztliche Behandlung im Mittelpunkt sieht, hat die Notwendigkeit guter Erfassungsinstrumente für die Darstellung pflegerischer Leistungen extrem verdeutlicht.

Was heißt eigentlich Assessmentinstrument?

Der Begriff Assessmentinstrument ist ein Begriff, der nicht immer einheitlich genutzt wird und daher erklärt werden soll.

Assessment

Zu einer Einschätzung oder Beurteilung gehören immer zwei Aspekte:

- Informations- oder Datensammlung
- die Interpretation dieser Daten.

Das bedeutet, dass nicht nur beschrieben wird, dass an einer bestimmten Stelle eines Patienten die Haut gerötet ist und bei einem Druck mit einem Finger die Rötung persistiert, sondern auch, was das bedeutet. In diesem Fall kann dieses ein Dekubitus im Stadium 1 sein. Eine Einschätzung im Rahmen der Pflege wird immer mit einem Ziel vorgenommen, nämlich Informationen für eine Entscheidung zu erhalten, welche Maßnahmen getroffen werden müssen, um das identifizierte Problem positiv zu verändern. Das Assessment in der Pflege beinhaltet gesundheitsbezogene Informationen einer Person, die möglicherweise der Pflege bedarf. Soweit ist dies allgemein der erste Schritt im Pflegeprozess.

Assessmentinstrument

Ein Assessmentinstrument ist ein standardisiertes Hilfsmittel (Instrument), mit dem das Assessment durchgeführt werden kann. Standardisiert heißt, dass es in den dafür vorgesehenen Fällen immer in

M Assessment heißt aus dem Englischen übersetzt Einschätzung, Beurteilung, Abwägung.

B Eine einfache Skala ist die visuelle Analogskala (VAS) zur Einschätzung der Schmerzstärke. Je nach Einstellung durch den Patienten wird ein Punktwert zugeordnet, der als starker oder weniger starker Schmerz zu interpretieren ist.



der gleichen Art und Weise angewandt wird. Das bedeutet auch, dass es genaue Verfahrensweisen gibt, wie das Instrument anzuwenden ist. Meist kreuzen Nutzer bestimmte Ergebnisse an oder lesen eine Skala ab. Beides wird in Zahlen übersetzt, deren Verwendung dann die benötigte Entscheidungshilfe gibt.

Screening

Instrumente, die relativ einfach und oberflächlich eine Wahrscheinlichkeit von Risiken oder Schäden erfassen, werden als Screening bezeichnet. Ein einfaches Screening zur Erfassung von Anzeichen einer drohenden oder bestehenden Mangelernährung kann z. B. aus drei Items (Fragen) bestehen (Schreier et al. 2010):

- Gewichtsabnahme in einem bestimmten Zeitraum,
- unzureichende Nahrungsaufnahme,
- erhöhter Bedarf durch besondere Unruhe (z. B. Demenzkranke).

Wird eines dieser Items festgestellt, muss genauer untersucht werden, ob es sich tatsächlich um ein Ernährungsdefizit handelt und in diesem Fall, woran das liegt. Screenings erfordern also üblicherweise eine weitergehende vertiefte Diagnostik, ein differenziertes Assessment. Andere Instrumente sind differenzierter, z. B. die Braden-Skala. Ihnen muss sich keine weitere Diagnostik mehr anschließen, um entsprechende pflegerische Maßnahmen zu begründen.

Für fast alle Instrumente gilt, dass sie keine Fragebogen im Sinne einer wörtlich vorzunehmenden Abfrage darstellen, sondern eher als Leitfaden für evtl. völlig verschiedene Daten- oder Informationsquellen zu nutzen sind. Die Datenquellen können Beobachtungen der Patientin sein, können durch Befragung bei ihr oder bei Angehörigen erlangt werden, sie können durch Urteile von Kolleginnen oder anderen Professionen entstehen, direkt oder aus Dokumentationen. Die Struktururierte Informationserfassung (SIS) im Rahmen des „Strukturmodells zur Modifizierung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation“ von 2014 stellt kein Assessmentinstrument dar (Beikirch et al. 2014).

Nutzen von Assessmentinstrumenten

Welchen Nutzen haben Assessmentinstrumente? Könnte man auch ohne vorgegebene Formulierungen feststellen, ob eine Dekubitusgefahr vorliegt oder ein Patient Schmerzen hat? Ja, natürlich, und vor allem erfahrene Pflegerinnen können die Situation von Patienten oftmals gut einschätzen. Dennoch sind Assessmentinstrumente aus mehreren Gründen zu empfehlen:

Pflegediagnostik verbessern. Vor allem dienen sie – wie oben bereits dargestellt – als Hilfsmittel

für eine gute Pflegediagnostik. Ein standardisiertes Instrument kann so etwas wie eine Landkarte sein. Die Karte ist aber nicht die Landschaft selbst, sondern gibt nur Auskunft über die Landschaft und den Weg. Bei der pflegerischen Diagnostik geht es allerdings um die Gesundheit und Lebensqualität von pflegebedürftigen Menschen, Irrfahrten in diesem Sinne sind Pflegefehler und absolut zu vermeiden. Alle Instrumente sollen die Pflegediagnostik steuern, die Nutzer auf bestimmte Inhalte stoßen, die es zu beachten, zu beobachten, zu erfragen oder auf andere Art zu erfassen gilt. Sie dienen also auch als Gedächtnisstütze. In Studien wurde nachgewiesen, dass sowohl die Genauigkeit als auch die Differenziertheit von Informationen über die Situationen von Patienten durch die Nutzung von Assessmentinstrumenten zunehmen kann und vor allem, dass die Intensität und Effektivität von Prophylaxen nach der Nutzung von Risikoskalen zunimmt (Pancorbo-Hidalgo et al. 2006). Der Einfluss auf die Dekubitushäufigkeit ist allerdings unklar.

Vergleichen. Etwas standardisiert zu erfassen, heißt immer auch – im Gegensatz zu nicht standardisierten Verfahren –, dass die Informationen durch die immer gleiche Art des Verfahrens und der Dokumentation vergleichbar sind. Dies wird vor allem dadurch erleichtert, dass die Inhalte in Zahlen übersetzt werden. Durch den Vergleich dieser Zahlen können Verläufe einzelner Patienten oder Pflegebedürftiger leicht aufgezeigt werden. Sinnvoll ist es z. B., einen Zustand bei Beginn der Krankenhausbehandlung mit dem bei der Entlassung zu vergleichen. Wie aussagekräftig solche Vergleiche sind, hängt ganz wesentlich von der Qualität der Instrumente ab. So ist z. B. ein Barthelindex so grob, dass er kleine Fortschritte in der Mobilität und Selbstpflege kaum aufzeigen kann (Halek 2003). Assessmentinstrumente können also einen wertvollen Beitrag für Qualitätsentwicklungsmaßnahmen liefern.

Dokumentation erleichtern. Wegen ihrer Standardisierung ist es möglich, die Daten leicht EDV-gängig zu machen. Ein Instrument kann schon in ein System einprogrammiert und dadurch nutzerfreundlich gestaltet sein. Das erleichtert die Dokumentation. Die Qualität hängt natürlich auch von der Qualität der Software ab.

Daten zur Verfügung stellen. Sobald Daten standardisiert gespeichert sind, können sie auch für andere Zwecke verwendet werden. So hat die Einführung der DRG-basierten Finanzierung in Krankenhäusern dazu geführt, dass die Pflege als wichtiger Teil der Krankenhausversorgung ziemlich unsichtbar geworden ist. Es werden zwar – wie vom System gefordert – medizinische Diagnosen differenziert kodiert, aber Pflegebedarf, der nicht direkt daraus

ableitbar ist, geht dabei unter. Zu nennen wäre hier als Beispiel die Mobilitätsbeeinträchtigung und damit verbundene Risiken wie Dekubitus, Pneumonie oder Thrombose. Diesen negativen Folgen von Mobilitätsbeeinträchtigung vorzubeugen ist Kernaufgabe der Pflege und relativ unabhängig davon, ob die medizinische Diagnose Herzinfarkt oder Darmkrebs mit nachfolgender Operation heißt. Ein erster Schritt, der Pflege einen angemesseneren Stellenwert einzuräumen, wäre die Sammlung derartiger Daten, auch im Controlling.

Weiterverwertung. Schließlich ermöglicht die verstärkte Nutzung standardisierter Instrumente und deren Integration in Datensysteme Auswertungen auf ganz anderen Ebenen, denn damit sind nicht nur die individuellen Daten, sondern auch Gruppen vergleichbar. Neben der Möglichkeit, diese Daten als Qualitätsindikatoren zu nutzen, können sie auch als Grundlage für Studien dienen, z. B. für epidemiologische Fragestellungen oder eine Pflegeberichterstattung (dip 2003, Bartholomeyczik et al. 2010), zur Begründung von Pflegeaufwand oder auch für Untersuchungen zur Effektivität von pflegerischer Versorgung (Abb. 1.41).

Grenzen und Gefahren von Assessmentinstrumenten

Leider zeigt die Analyse von Pflegedokumenten, dass das Assessment sehr häufig nicht als solches genutzt wird, d. h. die Maßnahmenplanung in der Dokumentation vernachlässigt die Informationen des Assessments, die Probleme aus dem Assessment finden sich im Bericht oft nicht wieder. Auch wenn sich dies nur auf die Dokumentation bezieht und diese nicht identisch mit dem tatsächlichen

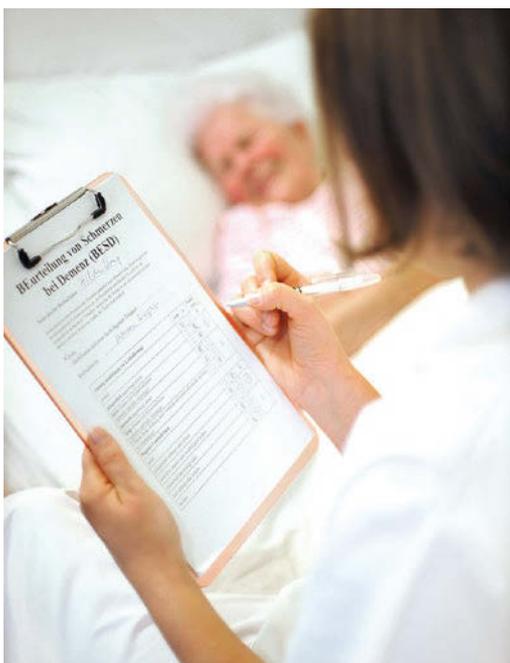


Abb. 1.41 Schmerzerfassung bei Menschen, die an Demenz erkrankt sind. (Foto: Stefan Mugrauer)

Handeln ist, zeigt sie doch Bedeutungen, die Pflegenden bestimmten Bereichen geben. Eine Analyse von 279 Dokumentationen in 26 Altenpflegeheimen zeigt, dass bei der Pflegeplanung in nicht ganz der Hälfte der Fälle, nämlich in 48 % Bezug auf das Assessment genommen wird. Ähnlich sieht es beim Verlaufsbericht aus: Nur in 21 % der Fälle wird auf das Assessment Bezug genommen (Bartholomeyczik et al. 2004).

Grenzen und Gefahren sind:

- Ein Assessmentinstrument zu nutzen, um es dann säuberlich abzuheften und nie mehr anzusehen, ist überflüssig.
- Ebenso überflüssig ist es, ein Assessmentinstrument als Ersatz für fachliche Expertise anzusehen. Eine Gefahr bei der Anwendung standardisierter Instrumente besteht darin, dass viele Menschen glauben, sie könnten ohne Reflexion eingesetzt werden. So soll es vorgekommen sein, dass ein offensichtlich schmerzgeplagter Patient sich zu seinen Kommunikationsfähigkeiten, seinen Atemproblemen und anderen Selbstpflegefähigkeiten äußern musste, bevor er das zentrale Problem Schmerz ansprechen durfte, nur weil die vorliegende Checkliste diese Reihenfolge vorgab. Wenn ein standardisiertes Instrument also dazu verführt, das Denken und das Hineindenken in den Patienten zu vernachlässigen, dann ist dies ein Missbrauch. Hermeneutische Kompetenz in dem Sinne, den „Fall“ auch aus der Sicht des „Falles“ rekonstruieren zu können, ohne dabei die professionelle Sicht aufzugeben, ist neben den Kenntnissen der wissenschaftlichen Grundlagen Voraussetzung für eine gute Pflegediagnostik (Schrems 2016).
- Die Nutzung von Assessmentinstrumenten verlangt eine spezifische Expertise. Neben der Tatsache, dass die Nutzerinnen mit dem Instrument umgehen können und sie wissen, wie sie die Informationen fachgerecht sammeln, muss die Nutzerin beurteilen können, ob das Instrument in der speziellen Situation überhaupt angebracht ist. Instrumente können sehr sinnvoll und hilfreich sein, wenn ihre Form nicht mit dem Inhalt verwechselt wird, d. h. wenn sie als Hilfsmittel verwendet werden, das von qualifizierten Pflegenden zur Unterstützung ihrer Arbeit genutzt wird (Bartholomeyczik et al. 2009).
- Nicht zielführend sind einzelne Assessmentinstrumente, die an ein vorhandenes Dokumentationssystem angehängt werden, ohne zu überprüfen, ob die benötigten Informationen bereits durch andere Teile des Dokumentationssystems erfasst werden. Das führt zu Doppeldokumentation mit all den damit verbundenen Frustrationen. Standardisierte Assessmentinstrumente müssen in das gesamte Dokumentationssystem integriert sein.

Internet:
<http://www.thieme.de/cne/fortbildung>
<http://www.kda.de>
<http://www.dcm-deutschland.de>

Wie werden Pflegeziele geplant?

Festlegung der Pflegeziele

Pflegeziele müssen realistisch, erreichbar und überprüfbar sein, um sowohl den hilfsbedürftigen Menschen als auch die an der Pflege beteiligten Personen zu motivieren, diese Ziele zu erlangen. Wenn ein Mensch die angestrebten Ziele kennt und um die Maßnahmen weiß, die ihn zu diesem Ziel führen, kann er aktiv mitarbeiten. Daher sollten die Pflegeziele auch immer gemeinsam mit dem betroffenen Menschen und ggf. dessen Angehörigen erarbeitet und festgelegt werden.

Pflegeziele müssen überprüfbar sein, da sie Kriterien und Maßstäbe für die Effektivität der Pflege sind. Als Kriterium wird z. B. ein bestimmter Zeitraum angegeben, in dem ein Ziel erreicht werden soll. Aber auch die Formulierung konkreter Messwerte bzw. Mengenangaben, z. B. „Hr. X. trinkt 3 Liter Flüssigkeit am Tag“ macht ein Ziel überprüfbar. Nur durch die Überprüfung kann festgestellt werden, ob ein geplantes Ziel teilweise oder komplett erreicht ist: Die aktuelle Situation des Patienten (Ist-Zustand) wird mit dem zu erreichenden Ziel (Soll-Zustand) verglichen.

Pflegeziele beziehen sich nicht nur auf den körperlichen, sondern auch auf den psychischen Lebensbereich. Die Zielsetzung kann auf folgende Kriterien Bezug nehmen (Tab. 1.3):

- Leistung und Können eines Menschen,
- Wissen des Menschen,
- Verhalten und Erleben des Menschen,
- messbare Befunde und Ergebnisse,
- körperlicher Zustand,
- Gefahren und Risiken.

Pflegeziele werden in Nah- und Fernziele unterschieden. Fernziele sind übergeordnete Ziele, sie sollten innerhalb von Wochen oder Monaten zu erreichen sein.

Demgegenüber sind Nahziele kleine Etappen auf dem Weg zu einem End- oder Fernziel. Sie sollten innerhalb weniger Tage erreichbar sein. Jedes erreichte Nahziel vermittelt dem pflegebedürftigen Menschen, dessen Angehörigen und der Pflegeperson, dem Fernziel ein Stück näher gekommen zu sein.

Dokumentation von Pflegezielen

Die Formulierung von Pflegezielen bereitet Pflegepersonen häufig Schwierigkeiten, was manchmal dazu führt, dass sie ganz weggelassen werden. Dann werden Pflegeprobleme sofort den Pflegemaßnahmen zugeordnet, ohne dass über die zu erreichenden Ziele nachgedacht wurde.

Die Formulierung der Pflegeziele erfolgt aus Sicht des Patienten auf positive Art und so präzise wie möglich. Das bedeutet, dass die Kriterien zur Überprüfung der Ziele, z. B. Zeiträume oder Mengenangaben, so genau wie möglich angegeben sein müssen. Dabei ist darauf zu achten, dass Ziele eindeutig, kurz, knapp und präzise formuliert sind. Sie werden in der Gegenwartsform, im Präsens, verfasst. Hilfsverben: „können“, „sollen“, „müssen“ nicht verwenden. Sie beschreiben keinen konkreten Zustand, somit ist die Überprüfbarkeit nicht gegeben. Die Dokumentation der Pflegeziele erfolgt in der dafür vorgesehenen Spalte im Pflegeplan.

Tab. 1.3 Beispiele einzelner Pflegezielsetzungen mit den Bezugskriterien (nach Juchli 1991)

Bezug des Pflegeziels	Praxisbeispiel
Leistung/Können des Menschen	Fr. A. geht in 6 Tagen mit den Unterarmgehstützen selbstständig. Hr. B. wechselt in 5 Tagen unter Anleitung seinen Stomabeutel.
Wissen des Menschen	Fr. C. kennt die Risiken bei Einnahme blutverdünnender Medikamente und hält sich an die Verhaltensvorschriften. Hr. D. kennt die Wirkungsweise seiner Medikamente und nimmt diese jeden Morgen um die gleiche Zeit (8.00 Uhr) ein.
Verhalten und Erleben des Menschen	Hr. E. spricht über seine Trauer um seine verstorbene Tochter. Peter geht jeden Tag mindestens eine Stunde lang ins Spielzimmer, um mit anderen Kindern zu spielen.
Messbare Befunde und Ergebnisse	Fr. G. nimmt täglich eine reduzierte Trinkmenge von 1200 ml zu sich. Hr. H. verliert innerhalb von einer Woche 1 kg Körpergewicht.
Körperlicher Zustand	Fr. I. hat eine belagfreie Zunge und eine feuchte Mundschleimhaut. Hr. K. hat bei liegender Nasensonde eine intakte Nasenschleimhaut.
Gefahren und Risiken	Fr. L. kennt die gesundheitlichen Risiken des Nikotinabusus und reduziert die tägliche Menge der Zigaretten um eine Zigarette. Hr. M. kennt die Gefahr der Thrombose und führt prophylaktische Maßnahmen selbstständig durch.



M Zu jedem formulierten Pflegeproblem gehört ein Pflegeziel, an dem die zu planenden Pflegemaßnahmen ausgerichtet werden.

B Fernziel. Frau K. läuft nach dem Einsetzen der TEP (Total-Endo-Prothese) am 25.07. selbstständig auf dem Stationsflur mit Unterarmgehstützen.

Nahziele.

- Fr. K. steht am 21.07. mit Unterstützung vor dem Bett.
- Fr. K. geht am 22.07. mit Hilfe einer Pflegeperson und Unterarmgehstützen bis zu 10 Schritte im Zimmer.
- Fr. K. geht am 23.07. selbstständig mit Unterarmgehstützen ins Bad.
- Fr. K. geht am 24.07. unter Aufsicht einer Pflegeperson und Unterarmgehstützen den Stationsflur einmal auf und ab.

M Fernziele sind übergeordnete Ziele, welche den Zustand des Menschen nach Durchlaufen des Pflegeprozesses beschreiben. Nahziele sind einzelne Teilziele, die zum Erreichen der Fernziele eingesetzt werden.

M Die konkrete Formulierung von Pflegezielen macht die durchgeführten Pflegemaßnahmen bewertbar. Das Nicht-Formulieren von Pflegezielen begünstigt das unreflektierte Handeln nach Intuition, Tradition oder Berufung auf eine Autorität. Die Begründung für die durchgeführte Pflege ist nicht nachvollziehbar.

M Nicht immer kann von einer vollständigen Genesung als Ziel ausgegangen werden. Manchmal muss die betreffende Person lernen, mit Behinderungen zu leben. Ein Ziel kann auch sein, einen würdigen, schmerzfreien Tod zu erleben.