

Ursula M. Borgiel (Hrsg.)

Altenpflege Heute

Alle Kompetenzbereiche der
generalistischen Pflegeausbildung

4. Auflage



Leseprobe

Frisch gemacht für eine moderne Pflegeausbildung mit generalistischer Ausrichtung: Drei Jahre gut ausgerüstet!

Altenpflege Heute

Alle Kompetenzbereiche der
generalistischen Pflegeausbildung

Borgiel, U., Amerang

4. Aufl. 2021.

1.496 S., 1.445 farb. Abb., geb.

ISBN 978-3-437-28591-2

€ [D] 75,- / € [A] 77,10

Überzeugen Sie sich
von den Vorteilen des
neuen **AltenpflegeHeute!**



Das neue **AltenpflegeHeute** deckt die gesamte Ausbildungsverordnung ab und ist nach den fünf Kompetenzbereichen der generalistischen Ausbildung strukturiert. Grundlagen, Anatomie und Krankheitslehre werden vollständig abgedeckt. Dennoch stellt es den alten Menschen in den zentralen Mittelpunkt der Pflege und ist damit ideal für die Auszubildenden geeignet, die ihre Ausbildung in einer Altenpflegeeinrichtung beginnen und beenden.

Alle Inhalte sind anschaulich auf Pflegesituationen aus der Altenpflege ausgerichtet und erfüllen damit die neuen Anforderungen der generalistischen Ausbildung an die Kompetenzentwicklung der Auszubildenden. Als Kernstück pflegerischer Arbeit zieht sich der Pflegeprozess durch alle Kapitel und versorgt Pflegende mit der Basiskompetenz, die sie für die Pflege von Menschen unterschiedlichsten Alters benötigen. Außerdem deckt das Werk zahlreiche Pflegediagnosen ab, die bei der Pflege älterer Menschen von Bedeutung sind. Besonderes Plus: Die Gliederung der Kapitel 9 – 14 orientiert sich an den Themenfeldern (Kognition und Kommunikation, Mobilität und Beweglichkeit etc.) der strukturierten **Informationssammlung SIS®** und ist damit – gerade für das Setting „stationäre Langzeitpflege“ – äußerst praxisnah.

Dieses Wissen ist auf hohem Niveau den Bedürfnissen der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung angepasst.

Neu in der 4. Auflage:

Alle Inhalte sind an die neue Ausbildungsverordnung angepasst. Selbstverständlich wurden für die 4. Auflage von **Altenpflege Heute** alle Pflegeinhalte nach Expertenstandards und neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen überarbeitet. Zudem finden sich zwei neue Kapitel mit Wissensinhalten, die bei der Pflege von Kindern besonders zu beachten sind.



ELSEVIER

INHALTSVERZEICHNIS	
6.5.5	Prophylaxe bei Mundenerkrankungen 159
6.5.6	Infektionsprophylaxe 163
6.5.7	Pneumonieprophylaxe 166
6.5.8	Hospitalisationsprophylaxe 175
	Wiederholungsfragen 176
7	Macht und Machtmissbrauch
7.1	Gewalt in der Pflege 179
7.1.1	Gewalt als Pflegebedürfnis 179
7.1.2	Formen der Gewalt 179
7.1.3	Ursachen und Auslöser von Gewalt 180
7.1.4	Gewaltspraktiken 180
7.1.5	Gewalt gegen Pflegekräfte 181
7.2	Freiheitsentziehende Maßnahmen 181
7.2.1	Freiheit als Rechtsgut 181
7.2.2	Formen der freiheitsentziehenden Maßnahmen 181
7.2.3	Regeln zum Umgang mit Freiheitsbeschränkung 183
7.2.4	Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen 183
	Wiederholungsfragen 183
	Quellen 184
8	Grundlagen der Anatomie, Physiologie, Chemie und der biologischen Alterung
8.1	Begriffe und Größen zur Beschreibung des Menschen 185
8.1.1	Kennzeichen von Lebewesen 185
8.1.2	Aufbau des menschlichen Körpers 186
8.1.3	Orientierung am menschlichen Körper 186
8.1.4	Makroanatomie 186
8.2	Chemische und biochemische Grundlagen 190
8.2.1	Chemische Elemente 190
8.2.2	Aufbau der Atome 190
8.2.3	Periodensystem der Elemente 191
8.2.4	Chemische Bindungen 191
8.2.5	Chemische Reaktionen 195
8.2.6	Chemische Verbindungen 195
8.2.7	Anorganische Verbindungen 195
8.2.8	Organische Verbindungen 197
8.3	Zellen 200
8.3.1	Kennzeichen von Zellen 200
8.3.2	Zellmembran 201
8.3.3	Zellkern 201
8.3.4	Zellorganellen 202
8.3.5	„Wasserbasis“ des Organismus 203
8.3.6	Stofftransport 203
8.3.7	Energiehaushalt 203
8.3.8	Teilung von Zellen 204
8.3.9	Genetisch bedingte Erkrankungen 208
8.4	Gewebe des Körpers 209
8.4.1	Übersicht 209
8.4.2	Epithelgewebe 209
8.4.3	Binde- und Stützgewebe 210
8.4.4	Fettgewebe 211
8.4.5	Knoorpelgewebe 212
8.4.6	Knochengewebe 212
8.4.7	Muskelgewebe 212
8.4.8	Nervengewebe 213
8.5	Natürliche biologische Alterung des Menschen 213
8.5.1	Begriffsbestimmungen 213
8.5.2	Ursachen und Folgen des Alterns 215
	Wiederholungsfragen 216
	Quellen 216
9	Kognition und Kommunikation
9.1	Bedeutung und Einflussfaktoren 217
9.1.1	Kognition 217
9.1.2	Wahrnehmung 217
9.1.3	Beobachtung in der Pflege 220
9.1.4	Kommunikation 222
9.1.5	Selbstkonzept 224
9.1.6	Sicherheit 225
9.2	Informationssammlung zum Themenfeld 228
9.2.1	Selbstkonzept 228
9.2.2	Kommunikation 229
9.2.3	Sicherheit 230
9.3	Beinträchtigungen und Einschränkungen 231
9.3.1	Störung des Selbstwertgefühls 231
9.3.2	Körperbildstörungen 235
9.3.3	Verleugersyndrom 237
9.3.4	Machtlosigkeit 240
9.3.5	Beinträchtigungen beim Sprechen 241
9.3.6	Beinträchtigungen beim Hören 247
9.3.7	Beinträchtigungen beim Sehen 254
9.3.8	Beinträchtigungen beim Riechen und Schmecken 261
9.3.9	Beinträchtigungen beim Tasten 264
9.4	Erkrankungen der Sinnesorgane 267
9.4.1	Erkrankungen des Auges 267
9.4.2	Erkrankungen des Hör- und Gleichgewichtssystems 279
9.4.3	Erkrankungen der Haut und Hautanhangsgebilde 285
9.5	Psychische Erkrankungen 302
9.5.1	Grundlagen psychischer Erkrankungen 302
9.5.2	Demenzen 310
9.5.3	Affektive Störungen 330
9.5.4	Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises 358
9.5.5	Persönlichkeitsstörungen und -änderungen 365
9.5.6	Angst, Zwang, Belastungs- und somatoforme Störungen 350
9.5.7	Psychosomatische Störungen 356
9.5.8	Abhängigkeitsstörungen 359
9.5.9	Solidarität 367
	Wiederholungsfragen 372
	Quellen 373
10	Mobilität und Beweglichkeit
10.1	Bedeutung und Einflussfaktoren 375
10.2	Informationssammlung zum Themenfeld 377
10.3	Beinträchtigungen und Einschränkungen 380
10.3.1	Beinträchtigung Fähigkeit, sich zu bewegen 380
10.3.2	Gefahr eines Immobilisationsyndroms 390
10.4	Anatomische Grundlagen 393
10.4.1	Skelettsystem 393
10.4.2	Gelenke 395
10.4.3	Skelettmuskulatur 396
10.4.4	Kopf 398
10.4.5	Körpermitte 400
10.4.6	Schultergürtel 403
10.4.7	Arm 404
10.4.8	Becken 405
10.4.9	Bein 407
10.5	Orthopädische Erkrankungen 409
10.5.1	Leitsymptome 409
10.5.2	Kontrakturen 409
10.5.3	Degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates 411
10.5.4	Entzündlich-rheumatische Erkrankungen 415
10.5.5	Osteoporose 419
10.5.6	Weitere Knochenkrankungen 421
10.5.7	Knochen Tumoren 421
10.6	Traumatologische Erkrankungen 422
10.6.1	Leitsymptome und -befunde 422

Gliederung nach Kompetenzbereichen, teilweise zusätzlich orientiert an den Themenfeldern der strukturierten Informationssammlung



Für die generalistische Pflegeausbildung nach Kompetenzbereichen strukturiert: Inhalte auch für **Kinderkrankenpflege**, aber Schwerpunkte im **Fokus auf den alten Menschen**



KOMPETENZBEREICH PFLEGE UND BETREUUNGSPROZESS

1	Spezielle Aspekte des Alterns 1
2	Konzepte, Modelle und Theorien in der Pflege 23
3	Pflegeprozess, Assessmentinstrumente, Pflegediagnosen 49
4	Pflegeprozesse und Pflegeplanung in der stationären Langzeitpflege, in der akut- und teilstationären und ambulanten Pflege 79
5	Kinder und Jugendliche: Entwicklung und Besonderheiten in der Pflege 111
6	Gesundheitsförderung, Prävention und Prophylaxen 131
7	Macht und Machtmissbrauch 179
8	Grundlagen der Anatomie, Physiologie, Chemie und der biologischen Alterung 185
9	Kognition und Kommunikation 217
10	Mobilität und Beweglichkeit 375
11	Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen 435
12	Selbstversorgung 479
13	Leben in sozialen Beziehungen 851
14	Wohnen und Haushaltsführung 939



Kompetenzbereich Kommunikation und Beratung

20	Grundlagen der Psychologie 199
21	Ethik 201
22	Kommunikation und Interaktion, Gespräch 203
23	Beratung und Anleitung von Angehörigen 205



Kompetenzbereich Wissen- schaftliche Erkenntnisse und berufsethische Werthaltungen

40	Pflegewissenschaft und Pflegeforschung 1345
41	Vorbereitungsaufgaben, Professionalisierung und Karriere 1357
42	Wissensmanagement und lebenslanges Lernen 1363
43	Berufstypische Belastungen und Strategien zur Kompensation 1381
44	Geschichte der Pflegeberufe 1407
45	Berufspolitische Entwicklung, Berufsverbände, Berufsorganisation 1415



Kompetenzbereich Gesetze, Verordnungen, ethische Leitlinien

33	Qualitätsmanagement 1081
34	Dokumentation und Qualitätskontrolle 1091
35	Rechtliche Bedingungen altengerechter Arbeit 1097
36	Rechtliche Bedingungen kinderkrankenpflegerischer Arbeit 1105
37	Gesundheits- und Sozialwesen 1111
38	Demografischer Wandel und interkulturelle Aspekte 1147
39	Ökonomische und ökologische Bedingungen 1165



Kompetenzbereich Intra- und interprofessionelles Handeln

24	Teamszusammensetzung und Teamarbeit 1081
25	Supervision und kollegiale Beratung 1091
26	Vernetzung, Koordination und Kooperation 1097
27	Praxisanleitung 1105
28	Hygiene 1111
29	Grundlagen der Arzneimittelkunde 1147
30	Grundlagen der medizinischen Diagnostik und Behandlung 1165
31	Durchführen ärztlicher Verordnungen 1193
32	Case-Management, Schnittstellenmanagement und Pflegeüberleitung 1251

Pflegesituation (Fallbeispiel) pro Setting immer mit dem kompletten Pflegeprozess – also viergliedrig – durchgespielt

[illegible]

Pflegesituationen gehen, außer im Kinderkapitel, vom älteren Menschen aus

z.B. Frau Grahner 77 Jahre....

[illegible]

INHALTSVERZEICHNIS

I: KOMPETENZBEREICH PFLEGE UND BETREUUNGSPROZESS

1 Spezielle Aspekte des Alterns

1.1	Alter und Alterungsprozess	3
1.1.1	Demografische Aspekte	3
1.1.2	Das Bild vom alten Menschen	4
1.2	Altern als Veränderungsprozess	5
1.2.1	Körperliche Veränderungen und mögliche Folgen	5
1.2.2	Psychische Veränderungen	6
1.2.3	Alterstheorien	6
1.3	Pflegebedürftigkeit im Alter	7
1.3.1	Gesundheit und Krankheit	7
1.3.2	Pflegebedürftigkeit: Entwicklung und System der Pflegegrade	8
1.4	Behinderung im Alter	9
1.4.1	Definitionen	10
1.4.2	Gesetzliche Grundlagen und Richtlinien zum Schutz behinderter Menschen	10
1.4.3	Behindert alt werden	11
1.5	Lebensgestaltung, Familienbeziehungen	11
1.5.1	Vom Sinn des Lebens	11
1.5.2	Hoffnung als Ressource in der Pflege	11
1.6	Bedeutung von Glauben und Religiosität für die Pflege	12
1.6.1	Stellenwert der Religion und Spiritualität	12
1.6.2	Religiöse Anamnese	13
1.6.3	Christentum	13
1.6.4	Islam	14
1.6.5	Judentum	15
1.6.6	Buddhismus	16
1.7	Familienbeziehungen und soziale Netzwerke alter Menschen	17
1.7.1	Sozialisation in der Familie	17
1.7.2	Prägende Lebensumstände	19
1.7.3	Familie in der Gegenwart	19
1.7.4	Pflegende Angehörige	20
1.7.5	Soziale Netze alter Menschen	21
1.7.6	Ehrenamtliche Helfer	21

2 Konzepte, Modelle und Theorien in der Pflege

2.1	Pflegewissen – Pflegewissenschaft	23
2.1.1	Metaparadigma	24
2.1.2	Konzeptuelle Modelle	24
2.1.3	Theorien	25
2.1.4	Einteilungen konzeptueller Modelle und Theorien	25
2.1.5	Konzeptuelle Modelle in der professionellen Altenpflege	27
2.1.6	Berücksichtigung des Pflegeprozesses	29
2.1.7	Berücksichtigung der Pflegebeziehungen	29
2.2	Ausgewählte konzeptuelle Modelle und Theorien	29
2.2.1	Elisabeth Beikirch: Strukturmodell	30
2.2.2	Monika Krohwinkel: Rahmenmodell ganzheitlich fördernder Prozesspflege	31
2.2.3	Florence Nightingale: Moderne Krankenpflege	33

2.2.4	Madeleine Leininger: Transkulturelle Pflege	33
2.2.5	Hildegard Peplau: Psychodynamische Krankenpflege	34
2.2.6	Virginia Henderson: Grundprinzipien der Krankenpflege	35
2.2.7	Dorothea Orem: Selbstpflege-Defizit-Theorie	35
2.2.8	Nancy Roper et al.: Die Elemente der Krankenpflege	37
2.2.9	Erwin Böhm: Psychobiographisches Pflegemodell	38
2.3	Biografiearbeit	39
2.3.1	Ziele der Biografiearbeit	40
2.3.2	Biografische Selbstreflexion	40
2.3.3	Lebenslauf und Zeitgeschichte	40
2.3.4	Lebensrückschau und Lebensbilanz	41
2.3.5	Biografisches Konzept als Teil des Pflegeprozesses	42
2.4	Kommunikation im Lebenslauf	42
2.4.1	Biografische Interaktion mit demenzerkrankten alten Menschen	43
2.4.2	Sprichwörter und Redensarten	43
2.4.3	Umgang mit Gefühlen und Antrieben	43
2.5	Methoden der Biografiearbeit	44
2.5.1	Gesprächsorientierte Methoden	44
2.5.2	Aktivitätsorientierte Methoden	45

3 Pflegeprozess, Assessmentinstrumente, Pflegediagnosen

3.1	Pflege theoretischer Bezugsrahmen	49
3.1.1	Grundprinzipien pflegerischen Handelns	49
3.1.2	Pflegeverständnis	50
3.1.3	Berufsverständnis	50
3.2	Pflegeprozess	50
3.2.1	Pflege als systematisch zu planender Prozess	51
3.2.2	Historische Aspekte	51
3.2.3	Ziele des Pflegeprozesses	51
3.2.4	Struktur der Pflegeprozessmodelle	52
3.2.5	Rechtliche Aspekte zum Pflegeprozess	54
3.2.6	Ärztliche Anordnungen und der Pflegeprozess	54
3.3	Aspekte des Pflegeprozesses: Pflegediagnostik und Pflegeplanung	54
3.3.1	Pflegediagnostik	58
3.3.2	Pflegeplanung	63
3.4	Assessmentinstrumente	64
3.4.1	Begutachtungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbands zur Begutachtung von Pflegebedürftigen gemäß SGB XI	65
3.4.2	Residence Assessment Instrument	68
3.4.3	Pflegeabhängigkeitsskala	68
3.4.4	Mini-Mental-Status-Test	68
3.4.5	Instrument zur Erfassung der Ernährungssituation in der stationären Altenpflege	69
3.4.6	Weitere Instrumente	69
3.4.7	Möglichkeiten und Grenzen von Assessmentinstrumenten	69
3.5	Ermitteln von Pflegeproblemen und Ressourcen	70
3.5.1	Pflegeprobleme	70
3.5.2	Ressourcen	71
3.5.3	Pflegediagnosen	71
3.5.4	Anwendung von Pflegediagnosen in der Praxis	73
3.5.5	Diskussion um Pflegediagnosen in Deutschland	74
3.5.6	Ausgewählte Pflegediagnosen nach NANDA	74

4

Pflegeprozesse und Pflegeplanung in der stationären Langzeitpflege, in der akut- und teilstationären und ambulanten Pflege

4.1	Gesetzliche Grundlagen	79
4.2	Schritte des Pflegeprozesses anhand der ABEDL	79
4.2.1	Schritt 1: Informationssammlung	79
4.2.2	Schritt 2: Erkennen von Problemen und Ressourcen	81
4.2.3	Schritt 3: Festlegung von Pflegezielen	82
4.2.4	Schritt 4: Planung der Pflegemaßnahmen	82
4.2.5	Schritt 5: Durchführen der Pflegemaßnahmen	84
4.2.6	Schritt 6: Auswertung und Ergebnisse	85
4.3	Pflegeprozess und Pflegeplanung nach den vier Elementen des Strukturmodells	86
4.3.1	Neuerungen und Charakteristika	86
4.3.2	Element 1: Strukturierte Informationssammlung (SIS®)	88
4.3.3	Element 2: Maßnahmenplan	91
4.3.4	Element 3: Berichtblatt	92
4.3.5	Element 4: Evaluation	92
4.4	Pflegeprozess und Pflegeplanung in der akutstationären Pflege (Krankenhaus)	92
4.4.1	Stellenwert der Akutgeriatrie	92
4.4.2	Besonderheiten der Pflegeplanung im Krankenhaus	93
4.4.3	Pflegeplanung nach den ATL	93
4.4.4	Pflegeplanung nach den ABEDL	95
4.5	Pflegeprozess und Pflegeplanung in der stationären Langzeitpflege	95
4.5.1	Stellenwert der Langzeitpflege	95
4.5.2	Besonderheiten der Pflegeplanung	95
4.5.3	Pflegeplanung nach den ABEDL	96
4.5.4	Pflegeplanung nach SIS®	97
4.6	Pflegeprozess und Pflegeplanung in der teilstationären Pflege: Pflegeplanung in der Kurzzeitpflege	97
4.6.1	Stellenwert der Kurzzeitpflege	97
4.6.2	Besonderheiten der Kurzzeitpflege	99
4.6.3	Pflegeplanung nach den ABEDL	100
4.6.4	Pflegeplanung nach SIS®	100
4.7	Pflegeprozess und Pflegeplanung in der teilstationären Pflege: Tagespflege/ Nachtpflege	102
4.7.1	Stellenwert und Besonderheiten der Tagespflege	102
4.7.2	Pflegeplanung nach ABEDL	103
4.7.3	Pflegeplanung nach SIS®	103
4.8	Pflegeprozess und Pflegeplanung in der ambulanten Pflege	105
4.8.1	Stellenwert und Besonderheiten der ambulanten Pflege	105
4.8.2	Pflegeplanung nach ABEDL	106
4.8.3	Pflegeplanung nach SIS®	107

5

Kinder und Jugendliche: Entwicklung und Besonderheiten der Pflege

5.1	Pränatale Entwicklung	111
5.2	Entwicklungs- und Lebensabschnitte des Kindes	111
5.2.1	Entwicklung bestimmte Organsysteme	112
5.2.2	Motorische Entwicklung	112
5.2.3	Sprachentwicklung	113
5.2.4	Psychosoziale Entwicklung	113
5.2.5	Pubertätsentwicklung	115
5.3	Bestimmung der Körpermaße	115
5.3.1	Körpergröße	115
5.3.2	Körpergewicht	115
5.3.3	Schädelwachstum	116

5

5.4	Vitalzeichen erheben	116
5.4.1	Atmung	116
5.4.2	Puls	117
5.4.3	Blutdruck	117
5.4.4	Körpertemperatur	117
5.5	Untersuchung des Neugeborenen	118
5.5.1	APGAR-Schema	118
5.5.2	Prophylaxen beim Neugeborenen	119
5.6	Plötzlicher Kindstod (Sudden Infant Death Syndrom – SIDS)	119
5.7	Pflegerische Besonderheiten beim Kind	119
5.7.1	Körperliche Unterschiede zwischen Erwachsenen und Säuglingen	120
5.7.2	Kindliche Bewegungsabläufe unterstützen	120
5.7.3	Säuglingsbad	121
5.7.4	Ohrenpflege	121
5.7.5	Nasenpflege	121
5.7.6	Augenpflege	121
5.8	Ernährung	121
5.8.1	Ernährung im ersten Lebensjahr	121
5.8.2	Beikost	122
5.8.3	Ernährung von Kindern und Jugendlichen	122
5.9	Orale Medikamentenverabreichung im Kindesalter	122
5.10	Schmerzassessment bei Kindern	123
5.11	Pflege bei Hauterkrankungen	124
5.11.1	Physiologische Veränderungen	124
5.11.2	Hautveränderungen bei Infektionskrankheiten	124
5.12	Das Kind im Krankenhaus	125
5.13	Pflegeprozess in der Pädiatrie	125
5.13.1	Pflegeprozess bei pädiatrischen Patienten	125
5.13.2	Besonderheiten der pädiatrischen Pflege	126

6

Gesundheitsförderung, Prävention und Prophylaxen

6.1	Dimensionen von Gesundheit und Prävention	131
6.1.1	Dimensionen der Gesundheit	131
6.1.2	Dimensionen von Gesundheitsförderung und Prävention	131
6.2	Bedingungen in der Altenpflege	132
6.2.1	Einflüsse des demografischen Wandels	132
6.2.2	Gesellschaftliche und politische Aktivitäten	133
6.2.3	Standpunkte der Pflegewissenschaft	133
6.2.4	Rechtlicher Rahmen	133
6.2.5	Handlungsfelder der Pflege in Prävention und Gesundheitsförderung	134
6.3	Theoretische Grundlagen	134
6.3.1	Präventionsebenen	134
6.3.2	Risikofaktorenmodell	135
6.3.3	Klassifikation der Präventionsmaßnahmen	135
6.3.4	Modell der Salutogenese	136
6.4	Strategien von Prävention und Gesundheitsförderung in der Altenpflege	136
6.4.1	Ziele	136
6.4.2	Gesundheitsförderndes Handeln	136
6.4.3	Präventives Handeln	138
6.4.4	Vorbildfunktion der Pflegenden	139
6.4.5	Grenzen von Prävention und Gesundheitsförderung	139
6.5	Prophylaxen als zentrale präventiv-pflegerische Maßnahmen	139
6.5.1	Dekubitusprophylaxe	140
6.5.2	Thromboseprophylaxe	146
6.5.3	Kontrakturprophylaxe	151
6.5.4	Sturzprophylaxe	154
6.5.5	Prophylaxe bei Munderkrankungen	159
6.5.6	Infektionsprophylaxe	163
6.5.7	Pneumonieprophylaxe	166
6.5.8	Hospitalismusprophylaxe	174

7

Macht und Machtmissbrauch

7.1	Gewalt in der Pflege	179
7.1.1	Gewalt an Pflegebedürftigen	179
7.1.2	Formen der Gewalt	179
7.1.3	Ursachen und Auslöser von Gewalt	180
7.1.4	Gewaltspirale	180
7.1.5	Gewalt gegen Pflegende	180
7.2	Freiheitsentziehende Maßnahmen	181
7.2.1	Freiheit als Rechtsgut	181
7.2.2	Formen der freiheitsentziehenden Maßnahmen	181
7.2.3	Regeln zum Umgang mit Freiheitsbeschränkung	183
7.2.4	Vermeiden freiheitsentziehender Maßnahmen	183

8

Grundlagen der Anatomie, Physiologie, Chemie und der biologischen Alterung

8.1	Begriffe und Größen zur Beschreibung des Menschen	185
8.1.1	Kennzeichen von Lebewesen	185
8.1.2	Aufbauebenen des menschlichen Körpers	186
8.1.3	Orientierung am menschlichen Körper	186
8.1.4	Maßeinheiten	186
8.2	Chemische und biochemische Grundlagen	190
8.2.1	Chemische Elemente	190
8.2.2	Aufbau der Atome	190
8.2.3	Periodensystem der Elemente	191
8.2.4	Chemische Bindungen	193
8.2.5	Chemische Reaktionen	195
8.2.6	Chemische Verbindungen	195
8.2.7	Anorganische Verbindungen	195
8.2.8	Organische Verbindungen	197
8.3	Zelle	200
8.3.1	Kennzeichen von Zellen	200
8.3.2	Zellmembran	201
8.3.3	Zellkern	201
8.3.4	Zellorganellen	202
8.3.5	„Wasserbasis“ des Organismus	203
8.3.6	Stofftransport	203
8.3.7	Eiweißsynthese	205
8.3.8	Teilung von Zellen	206
8.3.9	Genetisch bedingte Erkrankungen	208
8.4	Gewebe des Körpers	209
8.4.1	Übersicht	209
8.4.2	Epithelgewebe	209
8.4.3	Binde- und Stützgewebe	210
8.4.4	Fettgewebe	211
8.4.5	Knorpelgewebe	212
8.4.6	Knochengewebe	212
8.4.7	Muskelgewebe	212
8.4.8	Nervengewebe	213
8.5	Natürliche biologische Alterung des Menschen	213
8.5.1	Begriffsbestimmungen	213
8.5.2	Ursachen und Folgen des Alterns	215

9

Kognition und Kommunikation

9.1	Bedeutung und Einflussfaktoren	217
9.1.1	Kognition	217
9.1.2	Wahrnehmung	217
9.1.3	Beobachtung in der Pflege	220
9.1.4	Kommunikation	222
9.1.5	Selbstkonzept	224
9.1.6	Sicherheit	225
9.2	Informationssammlung zum Themenfeld	228
9.2.1	Selbstkonzept	228

9.2.2	Kommunikation	229
9.2.3	Sicherheit	230
9.3	Beeinträchtigungen und Einschränkungen	231
9.3.1	Störung des Selbstwertgefühls	231
9.3.2	Körperbildstörungen	235
9.3.3	Verlegungsstress-Syndrom	237
9.3.4	Machtlosigkeit	240
9.3.5	Beeinträchtigungen beim Sprechen	243
9.3.6	Beeinträchtigungen beim Hören	247
9.3.7	Beeinträchtigungen beim Sehen	254
9.3.8	Beeinträchtigungen beim Riechen und Schmecken	261
9.3.9	Beeinträchtigungen beim Tasten	264
9.4	Erkrankungen der Sinnesorgane	267
9.4.1	Erkrankungen des Auges	267
9.4.2	Erkrankungen des Hör- und Gleichgewichtsorgans	279
9.4.3	Erkrankungen von Haut und Hautanhangsgebilden	285
9.5	Psychische Erkrankungen	302
9.5.1	Grundlagen psychischer Erkrankungen	302
9.5.2	Demenzen	310
9.5.3	Affektive Störungen	330
9.5.4	Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises	338
9.5.5	Persönlichkeitsstörungen und -änderungen	345
9.5.6	Angst-, Zwangs-, Belastungs- und somatoforme Störungen	350
9.5.7	Psychosomatische Störungen	356
9.5.8	Abhängigkeitssyndrome	359
9.5.9	Suizidalität	367

10

Mobilität und Beweglichkeit

10.1	Bedeutung und Einflussfaktoren	375
10.2	Informationssammlung zum Themenfeld	377
10.3	Beeinträchtigungen und Einschränkungen	380
10.3.1	Beeinträchtigte Fähigkeit, sich zu bewegen	380
10.3.2	Gefahr eines Immobilisationssyndroms	390
10.4	Anatomische Grundlagen	393
10.4.1	Skelettsystem	393
10.4.2	Gelenke	395
10.4.3	Skelettmuskulatur	396
10.4.4	Kopf	398
10.4.5	Körperstamm	400
10.4.6	Schultergürtel	403
10.4.7	Arm	404
10.4.8	Becken	405
10.4.9	Bein	407
10.5	Orthopädische Erkrankungen	409
10.5.1	Leitsymptome	409
10.5.2	Kontrakturen	409
10.5.3	Degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates	411
10.5.4	Entzündlich-rheumatische Erkrankungen	415
10.5.5	Osteoporose	419
10.5.6	Weitere Knochenerkrankungen	421
10.5.7	Knochentumoren	421
10.6	Traumatologische Erkrankungen	422
10.6.1	Leitsymptome und -befunde	422
10.6.2	Luxationen	423
10.6.3	Frakturen	423
10.6.4	Amputationen	429

11

Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

11.1	Bedeutung und Einflussfaktoren	435
11.2	Informationssammlung	436
11.3	Beeinträchtigungen und Einschränkungen	444
11.3.2	Aspirationsgefahr	453
11.3.3	Unterkühlungsgefahr	455

INHALTSVERZEICHNIS

11.3.4	Fieber	458	11.8.5	Immunität und Impfungen	543
11.3.5	Bewusstseinsstörungen – Syndrom reaktionsloser Wachheit	461	11.8.6	Allgemeine Aspekte der Infektionslehre	545
11.4	Grundlagen der Krankheitslehre	464	11.8.7	Diagnostik, Behandlung und Pflege bei Infektionskrankheiten	547
11.4.2	Zell- und Gewebeveränderungen	469	11.8.8	Nosokomiale Infektionen	549
11.5	Herzerkrankungen	473	11.8.9	Krankheitserreger und ausgewählte Infektionskrankheiten	550
11.5.1	Beispiel eines Pflegeprozesses bei „verminderter Herzleistung“	473	11.8.10	Bakterien und bakteriell bedingte Erkrankungen	550
11.5.2	Form, Lage und Aufbau des Herzens	475	11.8.11	Viren und Viruserkrankungen	555
11.5.3	Herzzyklus	477	11.8.12	Prionen und Prionkrankheiten	560
11.5.4	Erregungsbildung und Erregungsleitung	478	11.8.13	Pilze und Mykosen	560
11.5.5	Blutversorgung des Herzens	479	11.8.14	Parasiten und Erkrankungen durch Parasiten	561
11.5.6	Herzleistung und ihre Regulation	479	11.9	Erkrankungen des Immunsystems	564
11.5.7	Leitsymptome bei Herzerkrankungen	480	11.9.1	Allergien	564
11.5.8	Durchblutungsstörungen des Herzens	481	11.9.2	Autoimmunerkrankungen	567
11.5.9	Herzinsuffizienz	484	11.9.3	Abwehrschwäche	568
11.5.10	Herzrhythmusstörungen	486	11.9.4	Immunsuppressiva	568
11.5.11	Entzündliche Herzerkrankungen	490	11.10	Endokrine, stoffwechsel- und ernährungsbedingte Erkrankungen	569
11.5.12	Kardiomyopathien	491	11.10.1	Beispiel eines Pflegeprozesses bei „defizitärem Wissen“ bezüglich Diabetes mellitus	569
11.5.13	Erworbene Herzklappenfehler	491	11.10.2	Aufbau und Funktionsprinzipien des Hormonsystems	572
11.6	Erkrankungen des Kreislauf- und Gefäßsystems	492	11.10.3	Hypothalamus und Hypophyse	573
11.6.1	Beispiel eines Pflegeprozesses bei „Risiko einer ineffektiven peripheren Gewebedurchblutung“	492	11.10.4	Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	574
11.6.2	Aufbau des Gefäßsystems	494	11.10.5	Nebennieren	575
11.6.3	Arterien des Körperkreislaufs	496	11.10.6	Bauchspeicheldrüse	576
11.6.4	Venen des Körperkreislaufs	496	11.10.7	Erkrankungen der Hypophyse	576
11.6.5	Arterien und Venen des Lungenkreislaufs	498	11.10.8	Erkrankungen der Schilddrüse	576
11.6.6	Blutdruck	498	11.10.9	Erkrankungen der Nebenschilddrüsen	579
11.6.7	Temperaturregulation	499	11.10.10	Erkrankungen der Nebennierenrinde	580
11.6.8	Leitbeschwerden bei Kreislauf- und Gefäßerkrankungen	499	11.10.11	Diabetes mellitus	581
11.6.9	Bluthochdruck	500	11.10.12	Erkrankungen des Fettstoffwechsels	590
11.6.10	Hypotonie	501	11.10.13	Hyperurikämie und Gicht	591
11.6.11	Schock	502	11.11	Erkrankungen des Blutes und des lymphatischen Systems	592
11.6.12	Arteriosklerose	503	11.11.1	Beispiel eines Pflegeprozesses bei einem „Risiko einer Blutung“	592
11.6.13	Periphere arterielle Verschlusskrankheit	504	11.11.2	Zusammensetzung und Aufgaben des Blutes	595
11.6.14	Akuter Verschluss einer Extremitätenarterie	505	11.11.3	Rote Blutkörperchen	596
11.6.15	Durchblutungsstörungen der Eingeweidearterien	505	11.11.4	Blutplättchen und Blutstillung	598
11.6.16	Aneurysmen	506	11.11.5	Weißer Blutkörperchen	599
11.6.17	Varikosis	507	11.11.6	Lymphatisches System	600
11.6.18	Varikothrombose	508	11.11.7	Erkrankungen der roten Blutzellen	602
11.6.19	Tiefe Venenthrombose	508	11.11.8	Erhöhte Blutungsneigung	604
11.6.20	Chronisch-venöse Insuffizienz	510	11.11.9	Thrombozytenaggregationshemmung, Antikoagulation und Lysetherapie	605
11.6.21	Ulcus cruris	510	11.11.10	Erkrankungen der weißen Blutzellen	607
11.7	Erkrankungen des Atmungssystems	512	11.11.11	Maligne Lymphome	608
11.7.1	Beispiel eines Pflegeprozesses bei „ineffektivem Atemwegsclearance“	512	11.11.12	Myeloproliferative Neoplasien	610
11.7.2	Nase	518	11.11.13	Myelodysplastische Syndrome	610
11.7.3	Rachen	519	11.11.14	Erkrankungen des lymphatischen Systems	610
11.7.4	Kehlkopf	520	11.12	Erkrankungen des Nervensystems	611
11.7.5	Lufttröhre und Bronchien	520	11.12.1	Beispiel eines Pflegeprozesses bei „einseitigem Neglect“	611
11.7.6	Lungen	521	11.12.2	Bestandteile des Nervengewebes	619
11.7.7	Atemmechanik	521	11.12.3	Funktion der Nervenzellen	619
11.7.8	Gasaustausch und Gastransport	522	11.12.4	Gehirn	621
11.7.9	Lungen- und Atemvolumina	523	11.12.5	Rückenmark	623
11.7.10	Steuerung der Atmung	524	11.12.6	Reflexe	624
11.7.11	Leitsymptome bei Erkrankungen des Atemsystems	524	11.12.7	Hirnnerven	624
11.7.12	Infektiöse Erkrankungen der Atmungsorgane	526	11.12.8	Rückenmarksnerven	625
11.7.13	Asthma bronchiale	530	11.12.9	Vegetatives Nervensystem	625
11.7.14	Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen	533	11.12.10	Schutz- und Versorgungseinrichtungen des ZNS	627
11.7.15	Bösartige Tumoren der Atmungsorgane	534	11.12.11	Leitsymptome bei neurologischen Erkrankungen	629
11.7.16	Lungenfibrosen	536	11.12.12	Schlaganfall	633
11.7.17	Lungenembolie	536	11.12.13	Weitere Durchblutungsstörungen und Blutungen des ZNS	636
11.7.18	Pleuraerkrankungen	536	11.12.14	Infektiöse und entzündliche Erkrankungen des ZNS	637
11.8	Infektionskrankheiten	537	11.12.15	Epileptische Anfälle und Epilepsie	640
11.8.1	Beispiel eines Pflegeprozesses bei „Risiko einer beeinträchtigten Integrität des Gewebes“	537			
11.8.2	Grundlagen der Immunologie	539			
11.8.3	Äußere Schutzbarrieren des Körpers	539			
11.8.4	Zellen, Gewebe und Organe des Immunsystems	540			

11.12.16	Parkinson-Syndrom und Morbus Parkinson	642	12.5.9	Verdauung und Resorption der Nahrungsbestandteile	797
11.12.17	Amyotrophe Lateralsklerose	644	12.5.10	Dickdarm und Mastdarm	798
11.12.18	Hydrozephalus	644	12.5.11	Leber	799
11.12.19	Hirntumoren	644	12.5.12	Erkrankungen der Mundhöhle	801
11.12.20	Erkrankungen des peripheren Nervensystems	645	12.5.13	Erkrankungen der Speiseröhre	802
11.13	Erkrankungen der Geschlechtsorgane	646	12.5.14	Erkrankungen von Magen und Zwölffingerdarm	805
11.13.1	Beispiel eines Pflegeprozesses bei „gestörtem Körperbild“	647	12.5.15	Darmerkrankungen	809
11.13.2	Geschlechtsorgane der Frau	649	12.5.16	Hernien	817
11.13.3	Geschlechtsorgane des Mannes	651	12.5.17	Erkrankungen der Gallenblase und der Gallenwege	819
11.13.4	Sexueller Reaktionszyklus von Frau und Mann	653	12.5.18	Erkrankungen der Leber	821
11.13.5	Leitsymptome bei Erkrankungen der Geschlechtsorgane	654	12.5.19	Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse	826
11.13.6	Sexuell übertragbare Erkrankungen	655	12.5.20	Akutes Abdomen	828
11.13.7	Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	655	12.6	Erkrankungen des Harnsystems und Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts	830
11.13.8	Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane	662	12.6.1	Beispiel eines Pflegeprozesses bei „übermäßigem Flüssigkeitsvolumen“	830
11.14	Bösartige Tumorerkrankungen	663	12.6.2	Nieren	832
11.14.1	Beispiel eines Pflegeprozesses bei „Rollenüberlastung der pflegenden Bezugsperson“	664	12.6.3	Ableitende Harnwege	833
11.14.2	Grundlagen der Tumorerkrankungen	667	12.6.4	Urin	834
11.14.3	Behandlung von Tumorerkrankungen	670	12.6.5	Wasserhaushalt	835
11.14.4	Allgemeine Pflege von Menschen mit Tumorerkrankungen	674	12.6.6	Elektrolythaushalt	835
			12.6.7	Säure-Basen-Haushalt	836
			12.6.8	Leitbeschwerden und -befunde bei Erkrankungen des Harnsystems	836
			12.6.9	Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts	837
			12.6.10	Erkrankungen der Harnblase und Harnröhre	839
			12.6.11	Harninkontinenz	840
			12.6.12	Erkrankungen der Nieren und Harnleiter	841
12	Selbstversorgung		13	Leben in sozialen Beziehungen	
12.1	Bedeutung und Einflussfaktoren	679	13.1	Bedeutung und Einflussfaktoren	851
12.1.1	Körperpflege	679	13.1.1	Sozialisation und Beziehungspflege	851
12.1.2	Bekleidung	683	13.1.2	Ruhen, schlafen, wach sein	855
12.1.3	Ausscheidung	684	13.1.3	Aktivitäten	857
12.1.4	Ernährung	685	13.1.4	Sexualität und gendersensible Pflege	860
12.2	Informationssammlung zum Themenfeld	689	13.2	Informationssammlung zum Themenfeld	869
12.2.1	Körperpflege	689	13.2.1	Sozialisation und Beziehungspflege	869
12.2.1	Körperpflege	689	13.2.2	Ruhen, Schlafen, wach sein	870
12.2.2	Bekleidung	690	13.2.3	Aktivitäten	871
12.2.3	Ausscheidung	691	13.2.4	Sexualität	872
12.2.4	Ernährung	694	13.3	Beeinträchtigungen und Einschränkungen	873
12.3	Beeinträchtigungen und Einschränkungen	696	13.3.1	Soziale Isolation	873
12.3.1	Selbstversorgungsdefizit bei der Körperpflege	696	13.3.2	Selbstversorgungsdefizit beim Ruhen und Schlafen	877
12.3.2	Selbstversorgungsdefizit beim Kleiden	718	13.3.3	Schlafstörungen	882
12.3.3	Selbstversorgungsdefizit beim Ausscheiden	722	13.3.4	Beschäftigungsdefizit oder potenzielles Beschäftigungsdefizit	889
12.3.4	Harninkontinenz	726	13.3.5	Störung des Sexualverhaltens	891
12.3.5	Stuhlinkontinenz	736	13.3.6	Posttraumatisches Belastungssyndrom aufgrund sexueller Gewalt	893
12.3.6	Obstipation	739	13.3.7	Störung der Rollenerfüllung	896
12.3.7	Diarrhö	750	13.4	Tagesstrukturierende Maßnahmen	898
12.3.8	Erbrechen	752	13.4.1	Warum brauchen Menschen Struktur im Leben?	898
12.3.9	Selbstversorgungsdefizit bei der Ernährung	754	13.4.2	Wesentliche Komponenten in der Tagesstruktur	900
12.3.10	Flüssigkeitsdefizit oder Gefahr eines Flüssigkeitsdefizits	762	13.4.3	Formen der Aktivierung	903
12.3.11	Überernährung	765	13.5	Aktivitäten mit Senioren	909
12.3.12	Unter- und Mangelernährung	767	13.5.1	Geselligkeitsorientierte Gruppenangebote	910
12.3.13	Beeinträchtigtes Schlucken	769	13.5.2	Spirituelle Aktivitäten	914
12.4	Grundlagen der Ernährungslehre	774	13.5.3	Aktivitäten für das Wohlbefinden	914
12.4.1	Erfassung und Bewertung der Ernährungssituation	774	13.5.4	Bildungsorientierte Beschäftigungsangebote	916
12.4.2	Informationen sammeln und dokumentieren	775	13.5.5	Kulturorientierte Beschäftigungsangebote	917
12.4.3	Altersgerechte Ernährung	778	13.5.6	Familien- und hausarbeitsorientierte Beschäftigungsangebote	919
12.4.4	Energie	784	13.5.7	Handwerklich orientierte Beschäftigungsangebote	921
12.4.5	Wasser	786	13.5.8	Bewegungsorientierte Beschäftigungsangebote	924
12.5	Erkrankungen des Verdauungssystems	788	13.5.9	Medienangebote	927
12.5.1	Beispiel eines Pflegeprozesses bei „dysfunktionaler gastrointestinaler Motilität“	788	13.5.10	Feste und Veranstaltungen	931
12.5.2	Übersicht über den Verdauungstrakt	790	13.5.11	Freiwilliges Engagement alter Menschen	933
12.5.3	Mund	791			
12.5.4	Speiseröhre	793			
12.5.5	Magen	794			
12.5.6	Dünndarm	795			
12.5.7	Bauchspeicheldrüse	796			
12.5.8	Gallenwege und Gallenblase	796			

14	Wohnen und Haushaltsführung		17	Notfall, Krisen- und Katastrophensituationen	
14.1	Bedeutung und Einflussfaktoren	939	17.1	Notfall	999
14.1.1	Wohnformen	939	17.1.1	Prüfung der Vitalfunktionen	999
14.1.2	Schaffung eines förderlichen und sicheren Wohnraums und Wohnumfelds	942	17.1.2	Prüfung des Bewusstseins	1000
14.1.3	Wohnen und Häuslichkeit	943	17.1.3	Prüfung der Atmung	1000
14.1.4	Lebensräume für Menschen mit Demenzerkrankungen	946	17.1.4	Prüfung des Kreislaufs	1001
14.1.5	Haushaltsführung	947	17.2	Maßnahmen bei einem Notfall	1001
14.2	Informationssammlung zum Themenfeld	950	17.2.1	Reanimation nach den ERC-Leitlinien 2015	1002
14.2.1	Wohnen	950	17.2.2	Maßnahmen bei Nicht-Reanimation	1006
14.2.2	Wohnen von Demenzerkrankten (Demenz-WG)	951	17.3	Erstmaßnahmen bei verschiedenen Notfällen	1007
14.2.3	Haushaltsführung	952	17.3.1	Vergiftungen und Rauschzustände	1007
14.3	Beeinträchtigungen und Einschränkungen	952	17.3.2	Verätzungen	1009
14.3.1	Beeinträchtigte Haushaltsführung	952	17.3.3	Verbrennungen	1010
14.4	Umgang mit Lebensmitteln	955	17.3.4	Kälteschäden	1011
14.4.1	Lebensmittelkennzeichnung	955	17.3.5	Verletzungen nach Sturz	1012
14.4.2	Lagerung von Lebensmitteln	957	17.3.6	Stromunfälle	1013
14.4.3	Zubereitung von Lebensmitteln	958	17.3.7	Ertrinkungsunfall	1013
14.4.4	Besonderheiten in der Gemeinschaftsverpflegung	958	17.3.8	Krampfanfälle	1013
14.5	Lebensmittelhygiene	959	17.3.9	Aspiration	1013
14.5.1	Pflichten von Lebensmittelunternehmen	960	17.4	Evakuierung und Räumung	1014
14.5.2	Lebensmittelhygiene in der stationären Altenpflege	962	17.5	Notfallevakuierung und Notfallplan	1014
14.5.3	Lebensmittelhygiene in Hausgemeinschaften	962	17.5.1	Ziele und Ursachen der Notfallevakuierung	1015
14.5.4	Lebensmittelhygiene in der ambulanten Altenpflege	962	17.5.2	Notfallplan	1015
14.5.5	Lebensmittelhygiene in Sonderfällen	963	17.6	Ethische und rechtliche Entscheidungsprozesse	1017
14.5.6	Schädigungsfaktoren bei Lebensmitteln	963	17.6.1	Patientenverfügung	1017
14.5.7	Lebensmittelvergiftungen und ihre Ursachen	963	17.6.2	Betreuungsrecht	1018
			17.6.3	Betreuungsverfügung	1018
			17.6.4	Vorsorgevollmacht	1018
			17.6.5	Zusammenfassung	1019
15	Pflege alter Menschen mit Schmerzen		18	Pflege alter Menschen mit Behinderung	
15.1	Schmerzen: gleich und doch verschieden	967	18.1	Bedeutung und Einflussfaktoren	1021
15.2	Schmerzen: Entstehung und Formen	968	18.2	Informationssammlung	1022
15.2.1	Schmerzwahrnehmung und -empfindung	968	18.2.1	Grundlage der Informationen	1022
15.2.2	Schmerzentsstehung	969	18.2.2	Vereinbarung der Pflegemaßnahmen	1022
15.2.3	Schmerzformen	969	18.3	Beispiel eines Pflegeprozesses bei „beeinträchtigter sozialer Interaktion“	1022
15.2.4	Schmerz im Alter	970	18.3.1	Informationssammlung	1023
15.2.5	Schmerzbewältigung	971	18.3.2	Pflegetherapie	1023
15.2.6	Schmerzempfinden bei kognitiven Defiziten	971	18.3.3	Pflegeevaluation	1026
15.3	Informationssammlung	972	18.4	Alte Menschen mit Behinderung	1026
15.3.1	Ursachen und Einflussfaktoren	972	18.4.1	Formen der Behinderung	1027
15.3.2	Schmerzassessment	973	18.4.2	Maßnahmen zur Unterstützung Behinderter	1027
15.4	Pflegetherapie	977	18.4.3	Integration von Menschen mit Behinderungen	1027
15.4.1	Eigenes Schmerzmanagement des alten Menschen unterstützen	978	18.5	Betreuungs- und Wohnformen für Menschen mit Behinderungen	1028
15.4.2	Nichtmedikamentöse Schmerzbehandlung	978			
15.4.3	Medikamentöse Schmerzbehandlung	979	19	Rehabilitation	
15.5	Pflegeevaluation	981	19.1	Gesetzliche Grundlagen und internationale Klassifikation	1031
16	Palliative Versorgung		19.1.1	Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung	1032
16.1	Palliative Versorgung in der Altenpflege	983	19.1.2	Aufgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung	1033
16.1.1	Allgemeine Palliativversorgung	983	19.1.3	Sozialhilfe	1033
16.1.2	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung	983	19.1.4	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit	1033
16.1.3	Vorausschauende Versorgungsplanung/ Advance Care Planning	983	19.2	Geriatrische Rehabilitation	1035
16.2	Sterben und Tod	984	19.2.1	Der geriatrische Rehabilitationsbedürftige	1035
16.2.1	Informationssammlung	984	19.2.2	Medizinische und psychosoziale Aspekte	1035
16.2.2	Pflegetherapie	986	19.2.3	Sonderfall: Demenz und Rehabilitation	1035
16.2.3	Pflegeevaluation	994	19.2.4	Voraussetzungen der Verordnung geriatrischer Rehabilitation	1036
16.3	Trauer	995	19.2.5	Rehabilitationsteam	1037
16.3.1	Informationssammlung	995	19.2.6	Technische Hilfsmittel	1039
16.3.2	Pflegetherapie	996			
16.3.3	Pflegeevaluation	997			

II: KOMPETENZBEREICH KOMMUNIKATION UND BERATUNG

20	Grundlagen der Psychologie	
20.1	Alltagspsychologie und wissenschaftliche Psychologie	1043
20.1.1	Menschenbilder in der Psychologie	1043
20.1.2	Menschliche Psyche und Gesellschaft	1044
20.2	Anknüpfungspunkte zwischen Psychologie und Altenpflegepraxis	1045
21	Ethik	
21.1	Stellenwert der Ethik in der Altenpflege	1047
21.2	Wertehorizont und Moral	1047
21.2.1	Menschenrechte im Bereich der Pflege	1048
21.2.2	Berufskodex	1049
21.2.3	Leitbild der Einrichtung	1050
21.3	Gelebte (empirische) Moral	1051
21.3.1	Rechtliche Grundlagen	1051
21.3.2	Ordnungen	1051
21.4	Kultur	1052
21.4.1	Kulturprägende Elemente	1052
21.4.2	Direkte und indirekte Pflege	1052
21.4.3	Umsetzen der Pflegekultur	1052
21.5	Moralisches Handeln	1053
21.5.1	Moral als Regelwerk des sozialen Miteinanders	1053
21.5.2	Moral als selbstgesetzte Normen (Moralität und Ethos)	1054
21.5.3	Moralische Konflikte	1054
21.6	Ethik als Lehre vom rechten Tun und guten Leben	1054
21.6.1	Mensch zwischen Vernunft und Glauben	1055
21.6.2	Ethik oder Gutes wollen und Gutes tun	1055
21.6.3	Ethische Theorien in der Pflege	1055
21.7	Verantwortliches Handeln	1057
21.7.1	Person-Sein	1057
21.7.2	Persönlichkeit	1057
21.7.3	Verantwortliche Handlungsbestimmung im konkreten sozialen Miteinander	1058
21.7.4	Überprüfung vorgegebener Normen und konkreter Interaktionsprozesse	1058
21.7.5	Verantwortliche Mitwirkung an einer „besseren Welt“ durch politisches Handeln	1059
21.8	Organisationsethik	1059
21.8.1	Ethikkomitee	1060
21.8.2	Ethische Fallbesprechungen	1060
21.9	Ethische Herausforderungen in der Altenpflege	1061
21.9.1	Das Regulativ „gute Pflege“	1061
21.9.2	Das Gute wollen	1062
22	Kommunikation und Interaktion, Gesprächsführung und Haltung	
22.1	Kommunikation in der menschlichen Entwicklung	1065
22.2	Interaktion und Kommunikation	1066
22.2.1	Annahmen der Kommunikationstheorie	1067
22.2.2	Kommunikationsstörungen	1068
22.2.3	Kommunikationsregeln für die Pflege	1069
22.2.4	Das helfende Gespräch in der Pflege	1070
22.2.5	Konzepte für den Umgang mit alten Menschen	1070

23	Beratung und Anleitung von Angehörigen und Bezugspersonen	
23.1	Anleitung	1073
23.2	Beratung	1073
23.3	Anleitung von Pflegeassistenten	1074
23.4	Selbsthilfegruppen	1074
23.4.1	Zweck von Selbsthilfegruppen	1075
23.4.2	Organisation und Aufbau	1075
23.4.3	Selbsthilfeorganisationen	1075
23.4.4	Finanzierung	1075
23.4.5	Selbsthilfekontaktstellen	1076
23.5	Seniorenvertretungen und -beiräte	1076
23.5.1	Entwicklung und Struktur	1076
23.5.2	Rechtliche Grundlage	1077
23.5.3	Nutzen der Seniorenvertretungen	1077
23.5.4	Aufgaben und Aktivitäten	1077

III: KOMPETENZBEREICH INTRA- UND INTERPROFESSIONELLES HANDELN

24	Teamzusammensetzung und Teamarbeit	
24.1	Team und Teamarbeit	1081
24.1.1	Teamfähigkeit	1082
24.1.2	Teamentwicklung	1082
24.1.3	Kommunikation im Team	1083
24.2	Interdisziplinäres Team	1085
24.2.1	Ärzte	1086
24.2.2	Ergotherapeuten	1087
24.2.3	Ernährungsberatung	1088
24.2.4	Logopäden	1088
24.2.5	Physiotherapeuten	1088
24.2.6	Psychotherapeuten und Psychologen	1088
24.2.7	Seelsorger	1088
24.2.8	Sozialpädagogen	1088
24.2.9	Betreuungskräfte	1088
24.3	Teamübergreifende Versorgung	1089
24.3.1	In stationären Einrichtungen	1089
24.3.2	Im ambulanten Bereich	1089
24.3.3	In der stationären Akutversorgung	1090
25	Supervision und kollegiale Beratung	
25.1	Supervision	1091
25.1.1	Grundidee und Ziele	1091
25.1.2	Teamsupervision	1092
25.2	Balintgruppen	1093
25.3	Kollegiale Beratung	1094
25.3.1	Grundidee	1094
25.3.2	Ziele	1094
25.3.3	Inhalte	1094
25.3.4	Praxis	1095
26	Vernetzung, Koordination und Kooperation	
26.1	Vernetzung durch Vermittlung und Koordinierung	1097
26.1.1	Pflegestützpunkte und Pflegeberatung	1097
26.1.2	Pflegeüberleitung	1098
26.1.3	Pflegekonferenzen	1098
26.1.4	Vernetzung durch externe Kooperationen	1098
26.2	Interne Koordination und Kooperation	1099
26.2.1	Dienstplanung	1099

26.2.2	Tourenplanung	1101
26.2.3	Organisationsformen der stationären Altenpflege	1101
26.2.4	Kommunikation und Information	1103

27 Praxisanleitung

27.1	Heranführen an pflegerische Aufgaben und Techniken	1105
27.2	Grundbegriff Praxisanleitung	1105
27.2.1	Praxisanleitung nach Quereinheim	1105
27.2.2	Qualifikation der Praxisanleiter	1106
27.3	Settings der Praxisanleitung	1106
27.4	Bildungsziele der Praxisanleitung	1106
27.5	Handlungsschritte der gezielten Praxis-Anleitung	1107
27.5.1	Vorbereitung des Praxisanleiters	1107
27.5.2	Planung der Anleitung	1108
27.5.3	Lernende vorbereiten	1108
27.5.4	Vorgespräch	1108
27.5.5	Durchführung	1108
27.5.6	Nachgespräch	1109
27.5.7	Trainingsphase	1109
27.5.8	Beurteilung	1109

28 Hygiene

28.1	Bedeutung der Hygiene	1111
28.1.1	Wirkungsaspekte der Hygiene	1111
28.1.2	Grundbegriffe	1111
28.1.3	Infektionsquellen und Übertragungswege	1112
28.1.4	Infektionsgefahren in Pflegeeinrichtungen	1115
28.2	Keimreduzierende Maßnahmen	1115
28.2.1	Wirkungsfaktoren	1116
28.2.2	Reinigung	1116
28.2.3	Desinfektion	1117
28.2.4	Sterilisation	1120
28.2.5	Aufbereitung von Medizinprodukten	1121
28.3	Hygieneorganisation	1123
28.3.1	Externe Regelwerke	1123
28.3.2	Interne Regelwerke	1125
28.3.3	Personelle Organisation	1125
28.3.4	Beaufsichtigende Institutionen	1127
28.4	Personalhygiene	1127
28.4.1	Umsetzung der Biostoffverordnung	1128
28.4.2	Persönliche Schutzausrüstung	1128
28.4.3	Arbeitskleidung	1128
28.4.4	Händehygiene	1128
28.4.5	Handschuhe	1131
28.4.6	Entsorgung von spitzen/scharfen Gegenständen und Verhalten im Verletzungsfall	1132
28.5	Infektionsintervention	1133
28.5.1	Meldepflicht gemäß Infektionsschutzgesetz	1133
28.5.2	Organisation	1134
28.5.3	Isolierungsformen	1135
28.5.4	Maßnahmen bei MRSA	1136
28.5.5	Maßnahmen bei multiresistenten gramnegativen Stäbchen	1139
28.5.6	Maßnahmen bei Clostridium difficile	1139
28.5.7	Maßnahmen bei infektiöser Gastroenteritis	1140
28.5.8	Maßnahmen bei Lebensmittelvergiftungen	1141
28.5.9	Maßnahmen bei Ektoparasitenbefall	1141
28.6	Umgebungshygiene	1142
28.6.1	Bauliche Gestaltung	1142
28.6.2	Hygienerrelevante Einrichtungen	1142
28.6.3	Wasserhygiene	1143
28.6.4	Abfallentsorgung	1144
28.6.5	Schmutzwäscheentsorgung und Wäscheaufbereitung	1144
28.6.6	Schädlingsmonitoring und -bekämpfung	1145

29

Grundlagen der Arzneimittelkunde

29.1	Allgemeine Arzneimittellehre	1147
29.1.1	Definition eines Arzneimittels	1147
29.1.2	Gesetzliche Vorschriften über den Umgang mit Arzneimitteln	1148
29.1.3	Arzneimittelnamen	1151
29.1.4	Beschaffung, Aufbewahrung und Entsorgung von Arzneimitteln	1152
29.1.5	Richten und Zubereiten von Arzneimitteln	1153
29.1.6	Verabreichung von Arzneimitteln	1155
29.1.7	Wege eines Arzneimittels im Organismus	1158
29.1.8	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen	1160
29.1.9	Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln	1160
29.2	Spezielle Arzneimittellehre	1161

30

Grundlagen der medizinischen Diagnostik und Behandlung

30.1	Der geriatrische Patient	1165
30.1.1	Charakteristika geriatrischer Patienten	1165
30.1.2	Geriatrische Syndrome	1167
30.1.3	Ärztliche Versorgung alter Menschen	1168
30.2	Der Weg zur Diagnose	1168
30.2.1	Diagnoseprozess und -strategien	1168
30.2.2	Ärztliche Anamnese	1169
30.2.3	Körperliche Untersuchung	1170
30.2.4	Geriatrisches Assessment	1170
30.2.5	Funktionsdiagnostik	1173
30.2.6	Messung elektrischer Phänomene	1174
30.2.7	Labordiagnostik	1176
30.2.8	Ultraschalldiagnostik	1178
30.2.9	Röntgendiagnostik	1179
30.2.10	Kernspintomografie	1181
30.2.11	Nuklearmedizinische Diagnostik	1181
30.2.12	Endoskopische Untersuchungen	1182
30.3	Der Weg zur Behandlung	1184
30.3.1	Indikation, Kontraindikation und Einteilung	1184
30.3.2	Rechtliche Grundlagen einer Behandlung	1185
30.3.3	Behandlungsverfahren im Überblick	1187
30.3.4	Operation	1189

31

Durchführen ärztlicher Verordnungen

31.1	Übernahme ärztlicher Tätigkeiten	1193
31.1.1	Verantwortung des Arztes	1193
31.1.2	Verantwortung der Pflegenden	1194
31.2	Medizinprodukte	1195
31.2.1	Medizinproduktegesetz	1195
31.2.2	Medizinprodukte-Betreiberverordnung	1195
31.2.3	Bestandsverzeichnis und Medizinproduktebuch	1196
31.2.4	Umgang mit Medizinprodukten in der Altenpflege	1196
31.3	Künstliche Ernährung	1196
31.3.1	Ernährung über eine Gastroduodenalsonde	1197
31.3.2	PEG- und PEJ-Ernährungssonde	1200
31.3.3	Arten der Sondenkost	1201
31.3.4	Methoden der Sondenkostverabreichung	1201
31.4	Pflegetherapie bei Injektionen	1204
31.4.1	Grundlagenwissen zu Injektionen	1205
31.4.2	Subkutane Injektion	1209
31.4.3	Intramuskuläre Injektion	1210
31.4.4	Verhalten nach Nadelstichverletzungen	1212
31.5	Pflegetherapie bei Infusionen	1213
31.5.1	Periphere Venenzugänge	1213
31.5.2	Zentrale Venenkatheter	1215
31.5.3	Implantierbare Kathetersysteme	1216

31.5.4	Grundlagenwissen zur Infusionstherapie	1217
31.5.5	Subkutane Infusion	1220
31.5.6	Risiken der Infusionstherapie	1221
31.6	Wunden und Wundversorgung	1222
31.6.1	Wunde	1222
31.6.2	Klassifikation der Wunden	1223
31.6.3	Wundheilung	1223
31.6.4	Störungen der Wundheilung	1224
31.6.5	Medizinische Wundversorgung	1225
31.6.6	Bindenverbände	1226
31.6.7	Verbandwechsel	1226
31.7	Harnblasenkatheter	1231
31.7.1	Blasenkateter und Harnableitungssysteme	1232
31.7.2	Technik des Katheterisierens	1233
31.7.3	Prophylaxe einer Harnwegsinfektion	1237
31.7.4	Suprapubische Urinableitung	1238
31.8	Pflege bei Enterostoma	1239
31.8.1	Stomatherapie	1240
31.8.2	Versorgung eines Stomas	1242
31.8.3	Komplikationen bei einem Stoma	1244
31.8.4	Irrigation	1245
31.8.5	Information, Beratung und psychische Betreuung des Stomatrögers	1247
31.8.6	Pflege bei einem Urostoma	1248

32 Case-Management, Schnittstellenmanagement und Pflegeüberleitung

32.1	Case-Management	1251
32.1.1	Ziele, Formen und Ebenen des Case-Managements	1251
32.1.2	Case-Management in der ambulanten Versorgung	1253
32.1.3	Qualifikationen des Case-Managers	1255
32.2	Überleitungspflege	1256
32.2.1	Aufgaben und Ziele	1257
32.2.2	Voraussetzungen und Vorgehen	1257
32.2.3	Übergangspflege nach Böhm	1257
32.2.4	Entlassungsmanagement	1259
32.3	Schnittstellenmanagement und Pflegeüberleitung	1260
32.3.1	Schnittstellenmanagement	1260
32.3.2	Entlassungsmanagement	1262
32.3.3	Pflegeüberleitung	1262

IV: KOMPETENZBEREICH GESETZE, VERORDNUNGEN, ETHISCHE LEITLINIEN

33 Qualitätsmanagement

33.1	Rechtliche Grundlagen zum Qualitätsmanagement	1267
33.1.1	Gesetzliche Bestimmungen im SGB	1267
33.1.2	Gesetzliche Bestimmungen im Heimgesetz	1268
33.1.3	Externe gesetzliche Qualitätsprüfungen	1268
33.2	Konzepte und Methoden der Qualitätsentwicklung	1270
33.2.1	Grundsätze des Qualitätsmanagements	1270
33.2.2	Qualitätsmanagementdokumentation	1270
33.2.3	Pflegevisite	1272
33.2.4	Interne Audits	1273
33.2.5	Qualitätszirkel	1273
33.2.6	Zertifizierungen	1274
33.2.7	Fachaufsicht	1274

34

Dokumentation und Qualitätskontrolle

34.1	Dokumentationspflicht	1277
34.1.1	Immer-so-Beweis	1277
34.1.2	Gesonderte Dokumentationen	1278
34.1.3	Pflegedokumentation: Kriterien und Zweck	1278
34.1.4	Aufbewahrung und Fachaufsicht	1279
34.2	Externe Qualitätskontrollinstitutionen	1279
34.2.1	Medizinischer Dienst	1279
34.2.2	Heimaufsicht	1280
34.2.3	Nationale Expertenstandards	1280
34.2.4	Direktionsrecht und Delegation	1280

35

Rechtliche Bedingungen altenpflegerischer Arbeit

35.1	Selbstverständnis und Berufsbild	1283
35.2	Bedingungen der Berufsausübung	1283
35.2.1	Menschen- und Grundrechte	1284
35.2.2	Sozialstaatsprinzip	1286
35.2.3	Einwilligung des pflegebedürftigen Menschen	1288
35.2.4	Betreuungsrecht und Vorsorgemöglichkeiten	1288
35.2.5	Patientenverfügung und Behandlungsabbruch	1289
35.2.6	Freiheitsentziehende Maßnahmen	1290
35.2.7	Haftungsrecht	1291
35.2.8	Schweigepflicht und Datenschutz	1292
35.3	Bedingungen des Beschäftigungsverhältnisses	1293
35.3.1	Arbeitsvertrag	1293
35.3.2	Tarifvertrag	1293
35.3.3	Direktionsrecht des Arbeitgebers	1293
35.3.4	Mitarbeiterbeurteilungen und Arbeitszeugnisse	1293
35.3.5	Mitbestimmung und Mitwirkung	1294
35.3.6	Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften	1294
35.4	Pflegebildungsgesetz	1295
35.4.1	Geschichte der Berufsentstehung	1293
35.4.2	Ländersache oder Sache des Bundes?	1295
35.5	Pflegeberufegesetz	1296
35.5.1	Regelungen für die Ausbildung	1296
35.5.2	Vorbehaltene Tätigkeiten	1296
35.5.3	Pflegfachperson oder Altenpfleger	1297
35.5.4	Theoretischer und praktischer Unterricht	1298
35.6	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung	1298
35.6.1	Gliederung in Kompetenzbereiche	1298
35.6.2	Zeugnisse und Prüfungen	1298
35.6.3	Zeugnis und Urkunde	1300
35.6.4	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz	1300
35.6.5	Nationale Expertenstandards	1301
35.6.6	Patientenrechtegesetz	1301

36

Rechtliche Bedingungen kinderkrankn-pflegerischer Arbeit

36.1	EACH-Charta und UN-Kinderrechtskonvention	1303
36.1.1	EACH-Charta	1303
36.1.2	UN-Kinderrechtskonvention	1304
36.2	Aufsichtspflicht und Haftung	1305
36.3	Stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson	1306
36.4	Einwilligung in der Pädiatrie	1306
36.4.1	Einwilligung in die Behandlung	1306
36.4.2	Konfliktsituationen	1307
36.5	Geburtskliniken und Perinatalzentren	1307
36.5.1	Perinatalzentrum Level 1 (Versorgungsstufe 1)	1307

36.5.2	Perinatalzentrum Level 2 (Versorgungsstufe 2)	1308
36.5.3	Perinataler Schwerpunkt (Versorgungsstufe 3)	1308
36.6	Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter	1308
36.7	Transplantationen in der Pädiatrie	1308
36.8	Schwangerschaftsabbruch	1309
36.9	Personenstandsgesetz	1311
36.10	Mutterschutzgesetz	1311
36.10.1	Anpassung des Arbeitsplatzes	1311
36.10.2	Besonderheiten im Krankenhaus	1311
36.10.3	Beschäftigungsverbote	1312
36.11	Arzneimittel- und Betäubungsmittelgesetz	1312
36.11.1	Arzneimittelgesetz	1312
36.11.2	Betäubungsmittelgesetz	1313
36.12	Infektionsschutzgesetz	1313
36.13	Masernschutzgesetz	1315
36.14	Kindeswohlgefährdung	1315
36.14.1	Formen der Kindesmisshandlung	1315
36.14.2	Vorgehen	1316
36.15	Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pädiatrie	1318

37 Gesundheits- und Sozialwesen

37.1	Altenhilfe und Altenpflege	1321
37.1.1	Träger der Altenhilfe und Wohlfahrtsorganisationen ...	1321
37.1.2	Dienste und Einrichtungen	1322
37.2	Systeme sozialer Sicherung	1324
37.2.1	Pflegeversicherung	1324
37.2.2	Krankenversicherung	1327
37.2.3	Sozialhilfe	1327

38 Demografischer Wandel und interkulturelle Aspekte

38.1	Demografische Entwicklung	1329
38.1.1	Altersstruktur der Gesellschaft	1329
38.1.2	Auswirkungen auf die Gesellschaft	1331
38.1.3	Herausforderungen und Chancen	1331
38.2	Ethnien-spezifische und interkulturelle Aspekte ..	1332
38.2.1	Kontext- und kultur- sensible Pflege	1332
38.2.2	Wirklichkeits- verständnis von Menschen unterschiedlicher Kulturen	1332
38.2.3	Lebensverhältnisse und Gesundheit von Migranten in Deutschland	1333

39 Ökonomische und ökologische Bedingungen

39.1	Ökonomie und Ökologie in Altenpflegeeinrichtungen	1337
39.1.1	Nachhaltiger Umgang mit den Ressourcen	1337
39.1.2	Der Pflegemarkt in der sozialen Marktwirtschaft	1337
39.2	Ökonomisches Handeln in Pflegeeinrichtungen	1338
39.2.1	Kosten in stationären Pflegeeinrichtungen	1338
39.2.2	Erlöse in stationären Pflegeeinrichtungen	1341
39.3	Ökologisches Handeln in Pflegeeinrichtungen ...	1341
39.3.1	Ökologischer „Fußabdruck“ und Umweltmanagementnormen	1341
39.3.2	Einrichtungsindividuelle ökologische Konzepte	1341

V: KOMPETENZBEREICH WISSENSCHAFTLICHE ERKENNTNISSE UND BERUFSETHISCHE WERTHALTUNGEN

40 Pflegewissenschaft und Pflegeforschung

40.1	Pflegewissenschaft	1345
40.1.1	Standortbestimmung	1345
40.1.2	Ziele der Pflegewissenschaft	1345
40.1.3	Pflegewissenschaft in Deutschland	1346
40.1.4	Wissenschaft zur Vertiefung von Fragestellungen	1347
40.2	Pflegeforschung	1349
40.2.1	Standortbestimmung	1350
40.2.2	Forschungsansätze	1350
40.2.3	Studiendesigns	1351
40.2.4	Ethische Kriterien in der Pflegeforschung	1353
40.2.5	Lesen und Verstehen von Forschungsberichten	1354

41 Vorbehaltsaufgaben, Professionalisierung und Karriere

41.1	Beruf oder Profession	1357
41.1.1	Professionalisierung der Pflege	1358
41.1.2	Stufenmodell der Kompetenzentwicklung	1358
41.1.3	Berufsbild.	1359
41.2	Arbeitsfelder und Qualifizierungsmöglichkeiten ..	1359
41.2.1	Arbeitsfelder	1359
41.2.2	Fort- und Weiterbildung	1360
41.2.3	Pflegestudium	1360

42 Wissensmanagement und lebenslanges Lernen

42.1	Grundbegriffe	1363
42.1.1	Lernen	1363
42.1.2	Physiologische Voraussetzungen	1364
42.1.3	Lerntheorien	1364
42.1.4	Lernen und Vergessen	1365
42.2	Grundlagen für erfolgreiches Wissensmanagement	1366
42.2.1	Lesen als Informationsmanagement	1366
42.2.2	Lernkooperationen	1367
42.2.3	Lernprozesse reflektieren	1368
42.3	Interne Lernbedingungen	1368
42.3.1	Motivation	1368
42.3.2	Konzentration	1369
42.3.3	Lern- und Denkförderung	1370
42.4	Externe Lernbedingungen	1372
42.4.1	Lernort	1372
42.4.2	Quellen	1372
42.4.3	Speichermedien	1373
42.5	Aufnahme und Weitergabe von Wissen	1373
42.5.1	Lerntechniken	1373
42.5.2	Lernen im Unterricht	1374
42.5.3	Schriftliche Arbeiten erstellen	1374
42.5.4	EDV-unterstütztes Lernen	1375
42.5.5	Prüfungen erfolgreich bewältigen	1376
42.6	Praktisches Lernen	1378
42.6.1	Erwerb praktischer Kompetenzen	1378
42.6.2	Praxisanleitung	1379
42.6.3	Prüfungen erfolgreich bewältigen	1379

43

Berufstypische Belastungen und Strategien zur Kompensation

43.1	Berufstypische Stressfaktoren und Belastungen ..	1381
43.1.1	Körperliche Stressfaktoren	1381
43.1.2	Arbeitszeitenregelung, Zeitdruck und Zeitmangel als Stressfaktoren	1382
43.1.3	Psychische Stressfaktoren	1382
43.1.4	Fehlende oder unzureichende Qualifikation als Stressfaktor	1383
43.1.5	Fehlende gesellschaftliche Anerkennung als Stressfaktor	1383
43.1.6	Organisationsstruktur als Stressfaktor	1383
43.1.7	Teamkonflikte als Stressfaktor	1384
43.1.8	Belastungsscheck	1384
43.2	Folgen der Belastung	1385
43.2.1	Belastungsfolgen im privaten Bereich	1385
43.2.2	Folgen der Belastung im körperlichen und psychovegetativen Bereich	1385
43.2.3	Innere Kündigung als Folge überhöhter Belastung	1385
43.2.4	Flucht aus dem Beruf als Folge überhöhter Belastung ..	1386
43.2.5	Burnout-Syndrom	1386
43.2.6	Coolout	1387
43.2.7	Mobbing	1388
43.3	Gesundheit von Pflegekräften fördern	1389
43.3.1	Betriebliche Gesundheitsförderung	1389
43.3.2	Persönliche Gesundheitsförderung	1392
43.3.3	Gesundheitsförderndes Verhalten	1395
43.4	Körperpflege und gesunde Lebensführung	1399
43.4.1	Methoden der Entspannung	1399
43.4.2	Ernährung, Genussmittel und gesunder Schlaf	1400
43.4.3	Rückenprävention	1401
43.5	Zeitmanagement	1401

43.5.1	Zeitmanagement und Dienst am Menschen – ein Widerspruch?	1401
43.5.2	Prinzipien des Zeitmanagements	1401
43.5.3	Zeitmanagement in der Pflegepraxis	1404

44

Geschichte der Pflegeberufe

44.1	Altenpflege als eigenständiger Beruf	1407
44.2	Alte Menschen im Mittelalter	1407
44.2.1	Rolle der Kirchen	1408
44.2.2	Spitalwesen	1409
44.3	Altenbild in der Neuzeit (16.–18. Jh.)	1409
44.4	Vom 19. Jahrhundert zur Gegenwart	1410
44.4.1	Entwicklung des medizinischen Fortschritts	1410
44.4.2	Erster Weltkrieg und Weimarer Republik	1411
44.4.3	Nationalsozialismus	1411
44.5	Entwicklung des Berufes Altenpflege nach 1945	1412
44.5.1	Geburtsstunde des Berufes Altenpflege	1412
44.5.2	Entwicklung der Altenpflegeausbildung	1413
44.5.3	Altenpflege im 21. Jahrhundert	1414

45

Berufspolitische Entwicklung, Berufsverbände, Berufsorganisationen

45.1	Berufsverbände und Arbeitsgemeinschaften	1415
45.1.1	Berufsverbände für die Pflege	1415
45.1.2	Freiwillige Registrierung der Pflegenden	1416
45.1.3	Pflegekammer – in der Gründungsphase	1416
45.2	Weitere Organisation in der Altenhilfe	1416
45.3	Gewerkschaften	1417

Abbildungsverzeichnis	1418
Register	1424

BASISPFLEGESITUATIONEN

AMBULANTE PFLEGE

Name der Einrichtung

Pflegedienst „Ambulante Pflege Bogendorf“

Träger

„Ambulante Pflege Bogendorf“ GmbH

Größe der Einrichtung

Der Pflegedienst ist in Bogendorf tätig, einer Gemeinde mit 16 000 Einwohnern. Außerdem versorgen die Mitarbeiter einige umliegende Dörfer, die in einer akzeptablen Entfernung liegen. Dafür steht ihnen ein Fuhrpark von 15 Kleinwagen zur Verfügung.

Mitarbeiter

Eine Geschäftsführerin; eine Pflegedienstleiterin (Krankenschwester mit der Qualifikation „Leitende Pflegefachkraft, Bereich Gesundheitswesen“ und „Pflegeberaterin“); eine stellvertretende Pflegedienstleiterin (Altenpflegerin mit der Qualifikation „Leitende Pflegefachkraft, Bereich Gesundheitswesen“), 40 Pflegenden, davon 22 Altenpflegerinnen und -pfleger, sieben Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, vier Altenpflegehelferinnen, vier Alltagsassistentinnen und drei Helferinnen im „Freiwilligen Sozialen Jahr“ (FSJ). Viele der Mitarbeiter sind in Teilzeit beschäftigt.

Besonderheiten

Der Pflegedienst „Ambulante Pflege Bogendorf“ wurde 1994 von einer Krankenschwester gegründet, die eine Versorgungslücke in der Gemeinde erkannt hatte. Damals war in der Region lediglich ein kirchlicher ambulanter Pflegedienst tätig gewesen, der seinen Sitz in der 15 Kilometer entfernten Kreisstadt hat. Zunächst begann die Krankenschwester allein mit den Versorgungen. Im Laufe der Zeit nahm die Zahl der Aufträge zu und das Unternehmen vergrößerte sich stetig. Seit einigen Jahren bleibt die Mitarbeiterzahl jedoch konstant, da die inzwischen ausschließlich administrativ in der Geschäftsführung tätige Gründerin eine Balance zwischen Unternehmensgröße und Nachfrage gefunden hat. In seltenen Fällen setzt sie Anfragen, die nicht so dringlich sind und sich aufgrund mangelnder Kapazität nicht sofort bewältigen lassen, auf eine Warteliste.

Ausgeklügelte Dienst- und Tourenpläne gewährleisten weitgehend den vereinbarten Umfang der Arbeitszeiten sowie relativ stabile Pflegebeziehungen, weil die Pflegebedürftigen meist von denselben Pflegenden betreut werden. Da viele der Mitarbeiter Familie haben, versucht die Pflegedienstleitung bei der Dienstplangestaltung, diese Verpflichtungen zu berücksichtigen.

Die Pflegedienstleiterin Yasmina Özdemir begleitet ihre Mitarbeiter gelegentlich unangemeldet auf ihren Touren und prüft so die Pflegequalität, aber auch die Zusammenarbeit von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen mit dem Pflegedienst. Beschwerden kommen beim Pflegedienst „Ambulante Pflege Bogendorf“ nur selten vor. Das Unternehmen verfügt über eine Mitarbeiterin, die für die Palliativpflege ausgebildet ist und ist in das regionale Konzept der Überleitungspflege integriert. Schulungen und Fortbildungen für

Mitarbeiter finden ebenso regelmäßig statt wie Pflegeberatungsgespräche mit Angehörigen und pflegenden Laien. Außerdem bietet der Dienst Kurse für pflegende Angehörige zur Körperpflege und zur Durchführung von Prophylaxen an, die sehr rege in Anspruch genommen werden. Hauswirtschaftliche Hilfe, Essen auf Rädern und Fahrdienste durch die Alltagsassistentinnen runden das Angebot ab.

Leitbild und Qualitätsanspruch

Das Leitbild des Pflegedienstes „Ambulante Pflege Bogendorf“ hat die Gründerin selbst formuliert, nachdem sie die ersten beiden Mitarbeiterinnen eingestellt hatte. Wichtig war ihr die Betonung der konfessionellen Neutralität sowie der Grundsatz, dass in ihrem Unternehmen Männer und Frauen für gleiche Leistung den gleichen Lohn erhalten.

Die angestrebte Qualität der Pflege beschrieb sie so: „Wir verstehen unter Pflege eine professionelle Tätigkeit, die Menschen zur Selbstständigkeit ermutigt, ihnen bei der Bewältigung des Alltags und ihrer Bedürfnisse assistiert, Leiden lindert und Gesundheit fördert. Wir orientieren unser Handeln an dem aktuellen Stand der Wissenschaft, indem wir uns regelmäßig fortbilden. Die unternehmensinternen Abläufe sind dynamisch und einer ständigen kritischen Überprüfung durch die Anforderungen der Praxis unterworfen. Alle Mitarbeiter sind aufgerufen, sich konstruktiv an der Verbesserung der Leistung zu beteiligen. Ihre Ideen sind ein wichtiges Kapital unseres Pflegedienstes.“

Kurzporträt von Mitarbeitern der Einrichtung

Linda Müller, 32 Jahre, hat nach der Realschule bewusst den Beruf der Altenpflegerin gewählt. Sie wollte „mit Menschen arbeiten“ und sich die Option von Weiterbildungen offen halten. Im Alter von 22 Jahren hat sie geheiratet und wurde bald schwanger. Jetzt sind ihre Kinder – 8 und 6 Jahre alt – „aus dem Gröbsten heraus“. Linda Müller hat sofort nach dem Ende der Erziehungszeit wieder zu arbeiten begonnen, und sich zunächst für ein Anstellungsverhältnis auf Teilzeitbasis (50 % der regulären Arbeitszeit) entschieden. Die Idee, bei dem Pflegedienst anzufangen, entstand im Gespräch mit Dorothee Zenker, einer Altenpflegerin, die bereits seit einigen Jahren dort arbeitete. Linda Müller hatte die Kollegin im Elternbeirat des Kindergartens kennen gelernt. Die Frauen waren sich auf Anhieb sympathisch. Inzwischen sind sie befreundet und treffen sich häufig. Da Dorothee Zenker damals bereits eine Weiterbildung als Praxisanleiterin absolviert hatte, arbeitete sie Linda Müller in ihre Aufgaben ein.

Die flexible Gestaltung der Dienstpläne beim Pflegedienst „Ambulante Pflege Bogendorf“ ermöglicht Linda Müller, Familie und Beruf optimal miteinander zu verbinden. Weil sie mit Leib und Seele Altenpflegerin ist, überlegt sie gemeinsam mit ihrem Mann schon seit geraumer Weile, ob es möglich wäre, die Arbeitszeit aufzustocken. Da sie jedoch ihren Rollen – als Altenpflegerin, Mutter und Ehefrau – gleichermaßen gerecht werden möchte und nicht

will, dass einer der Lebensbereiche leidet, hat sie zunächst alles so gelassen, wie es ursprünglich vereinbart war.

Die Pflegedienstleiterin Yasmina Özdemir würde Linda Müller gern stärker ins Team einbinden, da sie die Leistungen der Altenpflegerin sehr schätzt und sie als verlässliche Kollegin erlebt. In den regelmäßigen Mitarbeiterentwicklungsgesprächen gibt Frau Özdemir ihrer Mitarbeiterin immer wieder deutlich zu verstehen, dass sie ihre kommunikativen Kompetenzen und ihr Fachwissen als wertvoll für das Klima unter den Kollegen anerkennt.

A MONTAG, 15. MÄRZ 2021 – EIN VORMITTAG BEIM PFLEGEDIENST „AMBULANTE PFLEGE BOGENDORF“

Linda Müller ist für eine Tour im Zentrum von Bogendorf eingeteilt. Leider hat es in der Nacht stark geschneit und der Räumdienst der Gemeinde hat bisher lediglich die Durchgangsstraßen frei gemacht. Die Altenpflegerin ist mit einem Kleinwagen des Unternehmens unterwegs. Obwohl sie Schneeketten aufgezogen hat und eigens früher als üblich von zuhause aufbrach, macht sie sich Sorgen, ob sie alle Pflegebedürftigen zeitgerecht erreichen wird. Die Wege zwischen den Wohnungen sind mit einem Computerprogramm berechnet worden und bieten normalerweise genügend Spielraum für eine reibungslose Bewältigung der geplanten Tour. Linda Müller überlegt, ob sie die Pflegebedürftigen telefonisch darüber informieren soll, dass es eventuell zu Verzögerungen kommen könnte, weil sie weiß, dass einige von ihnen auf ihren Besuch warten und es mit der Zeit sehr genau nehmen.

Glücklicherweise kommt sie überall gut auf den Straßen vorwärts und die Pflegebedürftigen sowie deren Angehörige zeigen großes Verständnis. Sie haben selbst schon bemerkt, dass dieser Tag wettermäßig eine Ausnahme ist. Linda Müller hört von vielen: „Ach Sie Ärmste! Bei dem Wetter möchte ja niemand gern

hinausgehen.“ Dieses Verständnis zeigt Linda Müller, dass die Pflegebedürftigen ihre Leistung zu schätzen wissen.

Später am Vormittag kommt sie zu dem vorletzten Pflegebedürftigen auf dieser Tour. Da der Mann allein wohnt und sich nur mit einem Rollstuhl fortbewegen kann, hat er den Mitarbeitern des Pflegedienstes einen Schlüssel für seine Wohnung überlassen. Linda Müller klingelt zunächst, um sich anzukündigen. Dann geht sie mit schnellen Schritten durch den Flur und öffnet die Schlafzimmertür. Das Bett ist leer. Sie hört ein Stöhnen aus dem Badezimmer. Dort liegt der Mann, zwischen Rollstuhl und Toilette, und umklammert seinen Unterarm, an dem die Altenpflegerin deutlich eine erhebliche Fehlstellung erkennen kann.

Zuerst beruhigt Linda Müller den alten Herrn und lagert ihn vorsichtig, so gut es geht. Sie fragt nach dem Hergang des Unfalls und ob er an anderen Körperstellen Schmerzen habe. Die Altenpflegerin sagt, dass gleich Hilfe kommen werde und ruft schnell den Rettungsdienst. Während Linda Müller neben dem Mann kniet und ihm tröstend zuspricht, überprüft sie fortlaufend sein Befinden. Da er erzählt, dass der Sturz sich mitten in der Nacht ereignete, fragt die Altenpflegerin, ob er sich kalt fühle. Der Mann verneint dies und sagt, dass das Badezimmer zum Glück immer gut geheizt sei. Er müsse jedoch dringend Urin lassen. Linda Müller holt seine Urinflasche, die am Bett hängt, und legt sie in der richtigen Position an. Nachdem die Rettungsassistenten den Verunfallten auf die Trage gebettet haben und mit ihm ins Krankenhaus gefahren sind, dokumentiert Linda Müller das Ereignis, ihre Beobachtungen und die getroffenen Maßnahmen. Anschließend ruft sie die Pflegedienstleitung an und berichtet, was vorgefallen ist. Sie ist erleichtert, dass die Pflegedienstleitung sofort anbietet, Lindas letzte Anfahrt zu übernehmen. Als Linda Müller wieder im Büro ist, schlägt sie vor, nach dem Krankenhausaufenthalt mit dem Pflegebedürftigen über die Verwendung eines Hausnotrufs zu sprechen.

STATIONÄRE ALTENPFLEGE

Name der Einrichtung

„Seniorenzentrum Maxeberg“

Träger

Seniorenwohnen und -pflege gGmbH, Maxeberg

Größe der Einrichtung

Insgesamt 100 Plätze auf drei Wohnbereiche verteilt; ein Wohnbereich mit 40 Einzelzimmern (einschließlich zehn Zimmer für Kurzzeitpflege); zwei Wohnbereiche mit jeweils zehn Einzelzimmern und zehn Zweibettzimmern. Alle Zimmer sind mit einer Nasszelle (Waschbecken, Toilette und Dusche) ausgestattet.

Mitarbeiter

Eine Heimleitung; eine Pflegedienstleitung mit der Qualifikation „Leitende Pflegefachkraft – Schwerpunkt stationäre Altenpflege“; eine stellvertretende Pflegedienstleitung, ebenfalls mit der Qualifikation „Leitende Pflegefachkraft“; drei Wohnbereichsleitungen mit der Qualifikation „Leitung eines Wohnbereichs/Station“; 15 Altenpflege-

rinnen; 20 Altenpflegehelferinnen; sechs Altenpflegeschülerinnen; zwei Betreuungskräfte (nach § 87 b SGB XI); drei Helferinnen im „Freiwilligen Sozialen Jahr“ (FSJ).

Regelmäßig stehen zehn ehrenamtliche Mitarbeiter zur Verfügung, die im Helferkreis der benachbarten Kirchengemeinde St. Pankratius engagiert sind. Für Betreuung und Aktivitäten der Bewohner ist eine Sozialarbeiterin verantwortlich; eine Hauswirtschaftsleiterin, ein Hausmeister, ein Koch sowie im Haus beschäftigtes Reinigungspersonal sichern die hauswirtschaftliche Versorgung. Zwei Mitarbeiterinnen der Verwaltung erledigen die Abrechnung und die Personalangelegenheiten.

Besonderheiten

Das Gebäude des Seniorenzentrums wurde im Jahr 1987 erbaut. Es befindet sich im Eigentum der Gemeinde Maxeberg, die damit ihren Pflichten zur Daseinsvorsorge gegenüber den Bürgern nachkommen wollte. Durch eine Modernisierung im Jahr 2003 wurde der Komplex vollständig nach den Prinzipien des „barrierefreien Wohnens“ umgebaut. Die Gemeinde hatte dazu

einen Wettbewerb ausgeschrieben, den ein Architekturbüro gewann, das über große Erfahrung mit seniorengerechten Projekten verfügt. Die Architekten bezogen, wie in ihrem Auftrag vereinbart, die Heim- und Pflegedienstleitung in die Planung ein. So konnten die Planer auch die Bedürfnisse von Bewohnern mit Demenzerkrankungen berücksichtigen und die Wohnbereiche übersichtlicher gestalten.

In einem neu erstellten Flügel machen die großen Fenster und die transparente Deckenkonstruktion den Wechsel der Jahreszeiten sowie den Tag-Nacht-Rhythmus im Inneren des Hauses erlebbar.

Ein ambulanter Hospizdienst ist an das Seniorenzentrum angeschlossen. Er ist für die Aufgaben der Sterbegleitung in der Gemeinde Maxeberg und ihrer Umgebung zuständig.

Einbindung in die Infrastruktur der Gemeinde

Das „Seniorenzentrum Maxeberg“ ist zentral an einer der Hauptstraßen des Ortes gelegen. In unmittelbarer Nähe befinden sich Geschäfte, Rathaus, evangelische und katholische Kirche, Arztpraxen, Apotheken sowie zahlreiche andere Einrichtungen, in denen mobile Bewohner die Dinge des täglichen Bedarfs erledigen können. Eine Bushaltestelle sowie der Bahnhof sind ebenfalls nicht weit entfernt.

Leitbild und Qualitätsanspruch

Laut Unternehmensleitbild können die Bewohner bis zum Lebensende in den Zimmern leben, die sie beim Eintritt in das Seniorenzentrum bezogen haben. Ausnahmen von dieser Regel könnte es nur geben, wenn ein Maß an Pflegebedürftigkeit erforderlich würde, für das die Einrichtung außergewöhnlich spezialisiertes Fachpersonal zur Verfügung stellen müsste, z. B. bei einer Heimbeatmung. „Der Wille des Bewohners ist grundsätzlich in alle Pflegehandlungen einzubeziehen“, heißt es wörtlich in dem Leitbild, „seine Würde darf niemals verletzt werden“.

Verschiedene Qualitätszirkel im „Seniorenzentrum Maxeberg“ haben interne Handlungsanweisungen ausgearbeitet, mit deren Hilfe die Mitarbeiter die Vorgaben der Nationalen Expertenstandards erfüllen. Die Kriterien des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zur Qualitätssicherung sind im Pflegekonzept umgesetzt.

Kurzporträt von Mitarbeitern der Einrichtung

Die 51-jährige Hermine Brauer ist seit etwas mehr als 30 Jahren in der Altenpflege tätig und immer noch mit ihrer Berufswahl zufrieden. Obwohl in der Vergangenheit ihr Privatleben auch schon mal mit dem Schichtdienst in Konflikt geriet, weiß sie, dass die Entscheidung für die Altenpflege richtig war. Einige ihrer Mitschülerinnen aus der Hauptschule, die sie beim jährlichen Klassentreffen sieht, fanden nicht zu beruflicher Zufriedenheit und fühlen sich mittlerweile zu alt, um noch etwas anderes auszuprobieren.

Hermine Brauer mag die Vielfalt, die ihr Beruf bietet. Sie hat schon in verschiedenen Bereichen gearbeitet und zahlreiche Fortbildungen absolviert. In der Fachpresse verfolgt sie auch neue Entwicklungen der Pflegeforschung. Da sie früher einmal einen Intensivkurs „Englisch“ absolvierte, liest sie auch englischsprachige Artikel.

Hermine Brauer hat sich im Seniorenzentrum eine zentrale Stellung im Team erarbeitet. Die Kollegen wissen, dass sie sich auf Hermine Brauers Urteil verlassen können.

Hermine Brauer lebt seit ihrer Scheidung allein. Sie fährt gern mit ihren Freundinnen in den Urlaub. Sie suchen sich Ziele abseits der Touristenpfade. Auf diese Weise hat Hermine Brauer bereits viel von der Welt gesehen. In den Reiseländern ist sie nicht nur an den Sehenswürdigkeiten interessiert, sondern versucht oft auch herauszufinden, wie dort das Zusammenleben der Generationen organisiert ist. Besonders beeindruckt war Hermine Brauer von den Gepflogenheiten im buddhistischen Thailand und dem Willen zur gegenseitigen Unterstützung, der das Leben dort bestimmt. Die Altenpflegerin weiß, dass sich die Wertesysteme verschiedener Kulturen nicht beliebig übertragen lassen und betrachtet deshalb auch die Errungenschaften der christlich geprägten Gesellschaft als wertvoll.

Hermine Brauer kümmert sich im Seniorenzentrum intensiv um die Anleitung der Auszubildenden. Derzeit ist Hermine Brauer für die Auszubildende Janine Guter zuständig, die sich im zweiten Jahr der Ausbildung befindet. Die 20-Jährige erkennt die Lebenserfahrung ihrer älteren Kollegin an und übernimmt gewissenhaft die Aufgaben, die Hermine Brauer ihr überträgt.

Die Einrichtungsleiterin hat Hermine Brauer eine Weiterbildung zur Praxisanleiterin angeboten, obwohl auch zwei jüngere Kolleginnen dafür in Frage kommen würden. Darin zeigt sich die Anerkennung für die Motivation, mit der Frau Brauer ihren Beruf ausübt. Sie blieb immer „am Ball“, auch wenn sich seit ihren Lehrjahren in der Altenpflege gewaltige Änderungen vollzogen haben. Außerdem möchte die Leiterin damit ein Zeichen setzen: „Auch ältere Mitarbeiter werden bei uns gefördert!“

MITTWOCH, 17. MÄRZ 2021 – EIN VORMITTAG IM WOHNBEREICH DES „SENIORENZENTRUMS MAXEBERG“

Altenpflegerin Hermine Brauer und die Auszubildende Janine Guter haben gemeinsam Frühdienst. Gleich nach der Übergabe beginnt Hermine Brauer mit dem Herrichten der Tropfen; auch für die Blutzuckerkontrollen ist sie an diesem Morgen zuständig. Derweil kümmert sich die Auszubildende um die Morgentoilette der Bewohner, die bereits vor dem Frühstück ihre Körperpflege erledigen möchten. Die Arbeit geht ihr leicht von der Hand. Sie bringt mehr als einmal auch die an Demenz erkrankten Bewohner zum Lachen.

Wenig später sitzen alle Bewohner, die ihre Mahlzeiten im Gemeinschaftsraum einnehmen, am Frühstückstisch. Dort hat Siegrid Ahrend, Helferin im Freiwilligen Sozialen Jahr, mit der Unterstützung beim Streichen der Semmeln begonnen. Einer der Bewohner leidet an einem so starken Zittern der Hände, dass er die Speisen nicht allein zum Mund führen kann. Altenpflegerin Hermine Brauer hat sich neben ihn gesetzt, um ihm zu assistieren. Gleichzeitig kann sie während dieser Tätigkeit beobachten, ob die Bewohner den gewohnten Appetit entwickeln. In dem Wohnbereich leben zwei Pflegebedürftige, die bettlägerig sind und nicht an der Mahlzeiteinnahme im Gemeinschaftsraum teilnehmen können. Sie sind mit Ernährungssonden ausgestattet. Da Hermine Brauer die Altenpflegeschülerin bereits zur korrekten Handhabung der Sondenkost sowie der Ernährungspumpen angeleitet hat, kann Janine Guter heute die Verabreichung der Nahrung übernehmen. Zunächst überprüft sie die Durchgängigkeit der Sonden mit einer Blasenspritze und etwas Wasser.

Das Frühstück ist beendet. Auch die Mitarbeiter des Frühdienstes gehen in die Pause. Sie wechseln sich dabei ab, sodass für

die Bedürfnisse der Bewohner stets ein Ansprechpartner zur Verfügung steht.

Anschließend stehen die Termine der Bewohner auf dem Programm, einige nehmen Beschäftigungsangebote wahr, andere wollen zum Friseur gehen, der an diesem Tag im Haus ist. Die FSJ-Helferin ist mit dem Begleitsdienst beauftragt und wird dabei von einer Betreuungskraft unterstützt.

Gemeinsam mit der Auszubildende Janine Guter widmet sich Hermine Brauer nun der sehr aufwändigen Pflege der beiden bettlägerigen und stark dekubitusgefährdeten Bewohner. Bald darauf beginnen die Vorbereitungen zum Mittagessen. Dazu treffen sich erneut viele der Bewohner im Gemeinschaftszimmer. Während der Mahlzeit herrscht eine gelöste Atmosphäre. Danach wollen einige Bewohner ins Bett gehen, um einen Mittagsschlaf zu halten. Hermine Brauer und Janine Guter helfen

ihnen beim Entkleiden. Dann gehen sie noch zu den bettlägerigen Bewohnern, um den fälligen Positionswechsel durchzuführen. Dank der guten Zusammenarbeit bleibt den beiden nun noch genug Zeit, um die Dokumentation zu vervollständigen – alle zeitnah zu erledigenden Eintragungen haben sie bereits im Zuge der Arbeitsgänge erledigt. So gewinnen die Pflegerinnen noch einmal Distanz zu dem zurückliegenden Vormittag und sammeln ihre Gedanken für das kommende Übergabegespräch. Janine Guter wird erstmals selbstständig von der Bewohnergruppe berichten, für die sie hauptsächlich zuständig war.

Zu Hermine Brauers Überraschung meldet sich Janine Guter auch während der Übergabe der beiden schwerpflegebedürftigen Bewohner zu Wort und merkt an, dass sie nicht wisse, ob es im Sinne dieser Menschen sei, Nahrung über eine Sonde zu bekommen.

WOHNGRUPPE

Name der Einrichtung

Wohngruppe „Haus Wannestadt“

Initiator und Vermieter

Edeltraud-und-Karl-Heinz-Linse-Stiftung e. V., Wannestadt

Größe der Einrichtung

Zwölf Wohnplätze in Einzelzimmern. Alle Zimmer sind mit einer Nasszelle (Waschbecken, Toilette und Dusche) ausgestattet. Gemeinsam steht den Bewohnern ein großes Bad zur Verfügung, an dessen Badewanne ein Lifter installiert ist. Außerdem verfügt die Wohngruppe über eine Gemeinschaftsküche und einen Aufenthaltsraum. Einen Raum, der ausschließlich der Nutzung durch die Pflegenden vorbehalten ist, gibt es nicht.

Mitarbeiter

Eine Leiterin des Pflegeteams mit der Qualifikation „Leitende Pflegefachkraft, Bereich Gesundheitswesen“; zehn Altenpflegerinnen, davon drei mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung, einige von ihnen sind in Teilzeit beschäftigt; eine Alltagsassistentin; regelmäßig hospitieren Praktikanten aus verschiedenen sozialen Berufen und mit unterschiedlichen Qualifikationen; eine teilzeitbeschäftigte Reinigungskraft für die gemeinschaftlich genutzten Räume (die Reinigung der Bewohner-Zimmer übernehmen die Angehörigen sowie die Pflegenden).

Besonderheiten

Die Edeltraud-und-Karl-Heinz-Linse-Stiftung stellte dem Wohnprojekt im Jahr 2006 ein Gebäude im Zentrum von Wannestadt zur Verfügung und ließ es vor dem Bezug vollständig umbauen, um es an die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz anzupassen. Der Wohnbereich ist auf einer Etage untergebracht, sodass die Atmosphäre der Wohngruppe nicht durch räumliche Barrieren gestört wird. Im „Haus Wannestadt“ sind die Angebote Wohnen und Pflege organisatorisch voneinander getrennt. Die Stiftung tritt als Vermieterin auf und ist die Initiatorin des Projektes. Sie nimmt keinerlei Einfluss auf die organisatorische Gestaltung der Wohngruppe.

Die Bewohner bzw. deren Familien oder andere Personen, die mit der Betreuung beauftragt sind, mieten die Zimmer und anteilig auch die Gemeinschaftsflächen von der Edeltraud-und-Karl-Heinz-Linse-Stiftung. Der „Alzheimer-Hilfe Wannestadt e. V.“ stellt die pflegerische Versorgung sicher. Der Verein ist der Träger eines ambulanten Pflegedienstes und schließt Betreuungs- und Pflegeverträge mit den Bewohnern. Allerdings sieht die Konstruktion der Wohngruppe vor, dass die Angehörigen die ambulante pflegerische Dienstleistung und Betreuung frei wählen und jederzeit zu einem anderen Pflegedienst wechseln können.

Die Wohngruppe nimmt ausschließlich Bewohner auf, die an Demenzerkrankungen im mittelschweren oder schweren Stadium leiden. Die Mitarbeiter gestalten den Alltag gemeinsam mit den Bewohnern. Sie nehmen alle Mahlzeiten zusammen ein.

Dem pflegerischen Team kommt in der Wohngruppe eine Gastrolle zu, die Bewohner oder deren Angehörige bzw. Betreuer bestimmen die Leitlinien der Versorgung.

Einbindung in die Infrastruktur der Gemeinde

Das „Haus Wannestadt“ befindet sich im Zentrum des Ortes. Es liegt am Rand eines Parks, sodass die Bewohner durch die Fenster ihrer Zimmer ins Grüne sehen können. Diese Situation entspricht dem Willen der Stiftungsgeber, die ausdrücklich gewünscht haben, die Themen „Alter“ und „Krankheit“ in der Mitte der Gesellschaft zu verankern. Von dem Gebäude der Wohngruppe aus sind alle Einrichtungen des täglichen Bedarfs in Wannestadt zu Fuß erreichbar.

Leitbild und Qualitätsanspruch

Die Edeltraud-und-Karl-Heinz-Linse-Stiftung ist finanziell sehr gut ausgestattet und hat im Laufe von fast zehn Jahren fünf Wohngruppen nach demselben Muster in der Region eingerichtet. Die Stiftungsgeber haben dazu ein klares Ziel in ihren Statuten festgelegt: „Die Edeltraud-und-Karl-Heinz-Linse-Stiftung möchte Menschen, die an Demenz leiden, ein Leben in Würde ermöglichen.“

In dem Konzept der Wohngruppen tragen die Angehörigen nicht nur eine große Verantwortung, sondern sind auch ganz praktisch an der Gestaltung des Alltags sowie der pflegerischen Betreuung beteiligt. Sie wirken als unmittelbare Auftraggeber und bilden ein Gremium, in dem die Entscheidungen über alle Bereiche der Pflege

und Lebensgestaltung der Bewohner fallen. Das pflegerische Team erfüllt eine beratende Funktion, ist aber an die Wünsche der Angehörigen gebunden.

Kurzporträt von Mitarbeitern der Einrichtung

Der 45-jährige Moritz Schmitz ist verheiratet und hat drei schulpflichtige Kinder. Er hatte unmittelbar nach dem Abitur Zivildienst in einer gerontopsychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses geleistet. Obwohl er zunächst befürchtet hatte, vom Umgang mit den Erkrankten überfordert zu sein, fand Moritz Schmitz bald einen guten Draht zu Menschen mit Demenzerkrankungen. Er begriff in den zwei Jahren, dass sich das auffällige oder aggressive Verhalten der Erkrankten nicht in erster Linie gegen das Pflegepersonal richtet, sondern als Ausdruck einer Verunsicherung der Betroffenen zu verstehen ist. Also begann Moritz Schmitz schon als Zivildienstleistender, Bücher über die Pflege von Menschen mit Demenzerkrankungen zu lesen. So stieß er auch auf die ersten deutschsprachigen Veröffentlichungen über „Validation“⁹⁰ und eignete sich eine positiv geprägte Haltung gegenüber den Erkrankten sowie eine besondere Vorliebe für die anspruchsvolle pflegerische Versorgung dieser Menschen an.

Während der ersten Monate des Zivildienstes blieb Moritz Schmitz zunächst bei seinem ursprünglichen Plan, ein geisteswissenschaftliches Studium aufzunehmen. Doch je intensiver er sich mit den Erkrankten in der Abteilung beschäftigte, desto klarer wurde sein Wunsch, einen Pflegeberuf zu erlernen. Er entschied sich für die Altenpflege, weil ihn an dem Aufgabenspektrum vor allem die langfristige Begleitung von Menschen reizte. Er verstand die Altenpflege als einen Berufszweig, in dem es ihm möglich sein würde, sich ganz auf die Bedürfnisse der betreuten Menschen zu konzentrieren. Während der Ausbildung wurde Moritz Schmitz schon bald berufspolitisch aktiv. Er trat in den Berufsverband ein und empfand das Image der Altenpflege in der Öffentlichkeit als störend, weil es nach seiner Auffassung die Bedeutung des Berufs nicht korrekt wiedergibt. Als Moritz Schmitz die Ausbildung abgeschlossen hatte, arbeitete er zunächst einige Jahre in einem Wohnbereich des „Marienstifts“ im acht Kilometer entfernten Grafhofen. Dort hörte er, dass der ambulante Pflegedienst im „Haus Wannestadt“ eine Stelle zu besetzen hatte.

Moritz Schmitz bewarb sich und wurde aufgrund seiner sehr guten Noten im Abschlusszeugnis der Altenpflegeschule und eines guten Zwischenzeugnisses aus dem „Marienstift“ eingestellt.

Nach seiner Probezeit lässt er sich zur anstehenden Wahl des Betriebsrates aufstellen. Dass es ein solches Gremium in dem Pflegedienst der Einrichtung überhaupt gibt, geht auf den Willen der Initiatoren der „Alzheimer-Hilfe Wannestadt e.V.“ zurück, die davon überzeugt waren, dass selbstbewusste Mitarbeiter sich stärker an der Qualitätssicherung beteiligen.

Die kommunikativen Fähigkeiten von Moritz Schmitz wirken sich aus: Er wird Vorsitzender der Arbeitnehmervertretung. Aus dieser Position kann er Verbesserungen der Arbeitsbedingungen für die Pflegenden in die Wege leiten.

Die Krankenschwester Luzia Greber leitet das Pflegeteam der Einrichtung. Obwohl sie erst 25 Jahre alt ist, weiß sie sich energisch durchzusetzen. Da sie einen fairen Führungsstil pflegt ist sie bei ihren Kollegen sehr beliebt. Luzia Greber kommt es vor allem darauf an, den Bewohnern eine häusliche Atmosphäre zu vermitteln.



DIENSTAG, 16. MÄRZ 2021 – EIN TAG IM „HAUS WANNESTADT“

Wie immer beginnt auch an diesem Montag der Tag im „Haus Wannestadt“ ruhig. Um sieben Uhr treffen sich die Mitarbeiter des Frühdienstes in der Gemeinschaftsküche. Die Kollegin vom Nachtdienst hat Kaffee gekocht. Die Pflegenden hören den Bericht zur vergangenen Nacht. Über die meisten Bewohner gibt es nichts Besonderes zu sagen. Manche von ihnen waren noch bis nach Mitternacht wach, sind im Flur der Wohngruppe spazieren gegangen und haben einen Tee getrunken. Die Stimmung war allerdings ein wenig gedrückt, denn einer Bewohnerin geht es sehr schlecht. Sie hat bereits seit zwei Wochen ihr Bett nicht mehr verlassen. Der Zustand der 95-Jährigen deutet darauf hin, dass sie bald sterben wird. Die Kollegin vom Nachtdienst erzählt, dass die Tochter dieser Bewohnerin am Abend zu Besuch war. Später seien noch drei Enkelkinder vorbeigekommen. Die Familienmitglieder hätten einige Stunden am Bett gesessen, mit ihr gesprochen und ihre Hände gehalten. Die Frau sei sehr ruhig gewesen. Bereits am Vortag habe sie nicht mehr über Durst geklagt.

Wie im Hause üblich, hatten die Pflegenden den anderen Bewohnern vom Zustand der Frau berichtet und auch die Befürchtung geäußert, dass sie vielleicht sterben werde. Daraufhin hatte zunächst eine traurige Stimmung geherrscht.

Die Kollegin des Nachtdienstes sagt noch, dass die Sterbende nun schlafe, nachdem sie sie gegen fünf Uhr in der Früh noch einmal positioniert und die Lippen mit Tee betupft habe.

Die Pflegenden des Frühdienstes gehen an die Arbeit und unterstützen die Bewohner, die zum Frühstück gern gewaschen und vollständig angekleidet sein wollen. Anderen assistieren sie lediglich beim Toilettengang.

In kurzen Abständen schaut Moritz Schmitz, der für die sterbende Bewohnerin zuständig ist, in deren Zimmer, um zu überprüfen, ob sie noch schläft.

Gegen 10 Uhr kommen die Tochter und der Sohn der alten Dame. „Ihre Mutter schläft noch“, sagt Moritz Schmitz. Er rückt zwei Stühle ans Bett. „Wir haben dem Pfarrer Bescheid gesagt“, erklärt die Tochter. Eine Viertelstunde später kommt der Geistliche. Moritz Schmitz übergibt die anderen Bewohnerinnen an seine Kolleginnen, um Zeit für die Zeremonie zu haben. Der Geistliche segnet die Kranke und spricht ein Gebet. Währenddessen bewegt sich die Sterbende nicht. Mit leisen Stimmen sprechen die Geschwister mit ihrer Mutter und auch Moritz Schmitz steht am Bett. Nach einiger Zeit verlässt er das Zimmer und bittet die Angehörigen darum, benachrichtigt zu werden, wenn sie das Gefühl haben, seine Unterstützung sei ihnen oder ihrer Mutter hilfreich.

Kurz vor dem Mittag kommt die Tochter weinend in die Küche. „Unsere Mutter ist gestorben, sie hat die Augen gar nicht mehr aufgemacht.“ Moritz Schmitz folgt ihr in das Zimmer und sieht sofort, dass die Frau Recht hat. Er drückt sein Beileid aus und fragt, ob er den Arzt rufen dürfe.

Nachdem dieser den Tod bestätigt hat, richtet Moritz Schmitz gemeinsam mit den Geschwistern die Verstorbene her und bezieht das Bett frisch. Er sagt ihnen, dass der Leichnam für 48 Stunden im Zimmer bleiben könne und die Familie deshalb genügend Zeit habe, sich von der Mutter zu verabschieden. „Wir werden auch den Bewohnern, die es wünschen, Gelegenheit zu einem Abschied geben. Ihre Mutter war bei allen sehr beliebt“, sagt der Altenpfleger.



KOMPETENZBEREICH PFLEGE UND BETREUUNGSPROZESS

1	Spezielle Aspekte des Alterns	1
2	Konzepte, Modelle und Theorien in der Pflege.....	23
3	Pflegeprozess, Assessmentinstrumente, Pflegediagnosen	49
4	Pflegeprozesse und Pflegeplanung in der stationären Langzeitpflege, in der akut- und teilstationären und ambulanten Pflege.....	79
5	Kinder und Jugendlich: Entwicklung und Besonderheiten in der Pflege	111
6	Gesundheitsförderung, Prävention und Prophylaxen	131
7	Macht und Machtmissbrauch	179
8	Grundlagen der Anatomie, Physiologie, Chemie und der biologischen Alterung	185
9	Kognition und Kommunikation.....	217
10	Mobilität und Beweglichkeit.....	375
11	Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen.....	435
12	Selbstversorgung.....	679
13	Leben in sozialen Beziehungen	851
14	Wohnen und Haushaltsführung	939

15	Pflege alter Menschen mit Schmerzen	967
16	Palliative Versorgung.....	983
17	Notfall-, Krisen- und Katastrophensituationen.....	999
18	Pflege alter Menschen mit Behinderung.....	1021
19	Rehabilitation.....	1031



SPEZIELLE ASPEKTE DES ALTERNS

Günter Schmitt (1.1–1.4), Karin Menker (1.5–1.6), Ursula Becker (1.7)

1.1 Alter und Alterungsprozess

Natürliche biologische Alterung des Menschen → 8.5

A PFLEGESITUATION Ambulant

Die Altenpflegerin Linda Müller, die bei der „Ambulanten Pflege Bogendorf“ arbeitet, hat private Sorgen. Ihre Schwiegermutter Sieglinde Siebert ist nach einem Oberschenkelhalsbruch im wahrsten Sinne des Wortes „nicht mehr richtig auf die Beine gekommen“. Nun überlegt die ganze Familie, ob der Umzug in eine stationäre Einrichtung die beste Lösung wäre. Bei einem Familientreffen sitzt auch die Mutter der Altenpflegerin, Elisabeth Müller, mit am Tisch. Sie ist trotz ihrer 75 Jahre im Vorstand des Sportvereins Protokollführerin, gestaltet in der Kirchengemeinde die Kindergottesdienste mit und kümmert sich aufgrund ihrer Mitgliedschaft in einem großen Sozialverband um Belange von sozial schwachen Senioren. Elisabeth Müller bietet sofort ihre Hilfe an: „Ich kann alle Einkäufe und Apothekengänge erledigen, wenn Sieglinde zu Hause wohnen bleibt.“ Linda Müller, die sich durch ihre eigenen Erfahrungen im Beruf befangen fühlt, blickt ins Leere. Mutter und Schwiegermutter sind im gleichen Jahr geboren. Trotzdem – zwischen den Frauen liegen Welten.

Der Mensch ist verletzlich und endlich. Diese beiden Grundpositionen sind in der Gesellschaft nicht sonderlich beachtet.

Altern ist ein Prozess, der schon bei der Entstehung des Lebens beginnt und durch alle Lebensphasen hindurch bis zum Tod führt. Die Ursachen des **Alterungsprozesses** sind nicht eindeutig geklärt und Gegenstand der Forschung. Oft wird der Alterungsprozess einseitig an der Leistungsfähigkeit gemessen, die zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr deutlich abnimmt. Diese Auffassung lässt jedoch außer Acht, dass die Abnahme der Leistungsfähigkeit eines Menschen schon nach seinem 20. Lebensjahr einsetzt – zu einer Zeit also, in der das Erwachsenenalter gerade begonnen hat.

Alter ist kein feststehender Begriff. Unter Alter verstehen Menschen sehr unterschiedliche Bedingungen und Zustände. Der **Begriff des Alters** hat sich in den vergangenen Jahren erheblich gewandelt. Alter steht für eine Lebensphase, eine Periode am Ende der menschlichen Biografie. Alter ist gekennzeichnet durch eine Abnahme

der Anpassungsfähigkeit. In dem Sprichwort „einen alten Baum soll man nicht verpflanzen“ kommt dieses Anpassungsproblem bildhaft zum Ausdruck. Professionell betrachtet sind Pflegefachpersonen gefordert, sich älteren Menschen stärker anzupassen, als es umgekehrt von jenen zu erwarten.

1.1.1 Demografische Aspekte

Der Eintritt ins Rentenalter – zurzeit noch mit 65 Jahren – gilt als der einzige offizielle Grenzbereich für das Alter (→ Tab. 1.1). Seit dem Jahr 2012 wird das Rentenalter schrittweise auf 67 Jahre angehoben. Das Rentenzugangsalter von 67 Jahren wird im Jahr 2029 voll umgesetzt sein. Das Statistische Bundesamt hat für das Jahr 2016 eine Erwerbstätigenquote von 64 % bei den 60- bis 64-jährigen Arbeitnehmern ausgewiesen. Im Jahre 2000 lag diese bei 29 %. Dies ist eine starke Zunahme in nur wenigen Jahren. [1]

Tab. 1.1 Alters-Definitionen des Statistischen Bundesamts. [2]

Begriff	Definition
Ältere Menschen, alte Menschen	Älter als 65 Jahre
Drittes Lebensalter: Junge Alte	65–85 Jahre
Höheres Alter, Hochbetagte, sehr alte Menschen	Ab 85 Jahren

Die mittlere Lebenserwartung der Deutschen verlängert sich jedes Jahr statistisch um etwa drei Monate. Derzeit geborene Mädchen haben eine Lebenserwartung von durchschnittlich 83 Jahren und drei Monaten, Jungen von 78 Jahren und fünf Monaten. Vor 130 Jahren betrug Lebenserwartung nur die Hälfte (Statistisches Bundesamt, Sterbetafel 2016/2018). Damit wächst statistisch gesehen auch die Zeitspanne, die Ältere noch vor sich haben (→ Abb. 1.1). [2]

Ergebnisse der Berliner Altersstudie

Mitte der 1990er-Jahre wurde die **Berliner Altersstudie** durchgeführt. Seit 2009 forscht BASE II (Berliner Altersstudie II) an dieser Stelle weiter. Mehr als 1 600 ältere und ca. 600 jüngere Menschen wurden von Wissenschaftlern unterschiedlicher Disziplinen untersucht. Das Ergebnis zeigte, dass der Anstieg der Lebenserwartung mit einem Gewinn an gesunden Jahren einhergeht. Ein Vergleich der Daten von BASE I und II zeigt, dass die geistige Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden im Alter länger erhalten bleiben. [3]

BASE II ist als Längsschnittstudie konzipiert: Es ist geplant, die Teilnehmer wiederholt in Abständen von etwa drei Jahren zu untersuchen, um Veränderungen bestimmen zu können. Eine Folgeuntersuchung „geschlechtssensitive Vorbeugung kardiovaskulärer und metabolischer Krankheiten bei älteren Erwachsenen in Deutschland“ wird vom 01.07.17–30.06.2021 durchgeführt.

Alter und Bewegungsfähigkeit

Da es **keine verbindliche Einteilung** des Alters gibt, wird in England eine Eingruppierung älterer Menschen anhand ihrer



Abb. 1.1 Viele ältere Menschen genießen die Zeit, in der sie von beruflichen Pflichten befreit sind. [J787]

Gefähigkeit vorgenommen. Jene, die ohne Hilfsmittel gehen und sich fortbewegen können, werden als „Go-goes“ bezeichnet. Können sie sich unter Zuhilfenahme eines Hilfsmittels (z. B. Stock, Rollator, Rollstuhl) fortbewegen, wird ihnen die Wortschöpfung „Slow-goes“ zugeordnet. Die komplette Immobilität oder Bettlägerigkeit wird mit dem Begriff „No-goes“ belegt.

1.1.2 Das Bild vom alten Menschen

Altern als Veränderungsprozess → 1.2

Viele Menschen haben ein negatives **Bild vom Alter**. Sie verbinden Alter mit Begriffen wie Krankheit, Vergesslichkeit und Schmerzen. Unter einem alten Menschen wird oft eine dunkel gekleidete, von der Last des Lebens gebeugte oder auf einer Bank sitzende Gestalt verstanden. Oder alte Menschen, die von ihren Fenstern auf die Straße schauen und dies jeden Tag, weil sie ihre Wohnung nicht mehr verlassen können (→ Kap. 13).

Auch die Vorstellung, nicht mehr aus dem Bett aufstehen zu können und evtl. in die Abhängigkeit von fremden Menschen zu geraten, wirkt erschreckend.

Veränderung des Bildes vom Alter

Eine Allensbach-Studie im Auftrag des Generali Zukunftfonds hat 2017 in einer repräsentativen Befragung von über 4 000 Personen im Alter von 65–85 Jahren herausgefunden, dass auch im Alter die Vitalität höher ist, als es bei den Generationen davor der Fall war. Viele fühlen sich um 7,5 Jahre jünger als ihr biologisches Alter. Materiell geht es vielen alten Menschen gut. Die Zufriedenheit mit dem Leben stuft diese Gruppe mit einem Wert von 7,2 auf einer Skala von null bis zehn ein. Die Vorteile des Alters werden in der Abnahme von Stress, mehr Ruhe sowie mehr Zeit für Familie, Partner und sich selbst gesehen.

Die Altersgruppe ist mehrheitlich in ihrem Lebensabschnitt aktiv. 58 % sind dabei mit dem eignen Auto unterwegs. Die große Mehrheit hat neben engen familiären Bindungen auch einen stabilen Freundeskreis und widerspricht somit dem Bild der Vereinsamung im Alter. [4] [5]

LERN-TIPP

Stellen Sie sich vor, Sie sind alt. Was wünschen Sie sich für diese Lebensphase? Schreiben Sie Ihre Gedanken auf und nehmen Sie den Zettel im Verlauf Ihrer

Ausbildung immer wieder zur Hand, um Einträge zu ergänzen oder zu korrigieren. Sprechen Sie mit Ihren Mitschülern über die Ergebnisse.

Entwicklung der „Alten“

Deutschland befindet sich wie viele Industrienationen in einem demografischen Wandel hin zu einer **alternden Gesellschaft** (→ 1.2). Während in den letzten Jahren die Sorge um die Bezahlbarkeit der Folgen des demografischen Wandels im Vordergrund standen, gibt es erste Studien, welche die Belastungen für die Sozialsysteme bei richtiger Anpassung für beherrschbar erachten. Auch die WHO betont in ihrer Studie „Weltbericht über Altern und Gesundheit“ die positiven Aspekte der Zunahme des Lebensalters überall auf der Welt. [6]

Alte Menschen als finanzkräftige Konsumenten

Die Gesellschaft erwartet, dass sich die ältere Generation verstärkt bei der Betreuung der Enkelkinder einsetzt und dass sie ihre freie Zeit für ehrenamtliche Tätigkeiten verwendet.

Gleichzeitig werden die Alten als neue Käuferschicht entdeckt. Die Rentnergeneration ist finanzkräftig, körperlich fit, gut ausgebildet und mobil. Sie wird zunehmend als **Konsumentengruppe** erkannt. Begriffe wie „Silver Ager“ stehen für dieses Phänomen. Unter „Best Ager“ oder „Generation 50plus“ werden Konsumenten mit einem Lebensalter ab 50 Jahren und älter verstanden. Diese Gruppe, die heute ca. 36,5 Millionen Deutsche oder 44 % der Bevölkerung umfasst, wird in Zukunft größer werden. Dadurch wird sie als Zielgruppe für Unternehmen immer interessanter.

Da bei den über 50-Jährigen die Nutzung des Internets eine besondere Rolle spielt, hat sich der Begriff „**Silversurfer**“ herausgebildet. Etwa ein Fünftel der „Best Ager“ sind regelmäßig im Internet unterwegs. Bevorzugt nutzen sie das Medium zum Nachschlagen und zum Versenden von E-Mails. Angelegenheiten von zu Hause aus erledigen zu können, ist ein weiterer wichtiger Grund für die Nutzung des Internets. [7]

Vielfältige Lebensmodelle

„Das Alter ist längst nicht mehr grau sondern bunt und schillernd. Und die Lebenslagen älterer Menschen ... sind so vielfältig und widersprüchlich wie

die anderer Menschen auch. Das Bild des vereinsamten und von der Familie im Stich gelassenen und in ein Alten- und Pflegeheim abgeschobenen alten Menschen ist ebenso schief und verklärend, wie die Vorstellung vom ständig engagierten reisefreudigen kultur- und konsumfreudigen Aktivsenior. Die Wirklichkeit ist differenzierter. Die alten Menschen unterscheiden sich in ihren Kompetenzen und Bedürfnissen ihren Lebenslagen und Lebensstilen und auch in ihren Freiheiten und Zwängen. Einige stehen auf der Sonnenseite, andere auf der Schattenseite des Alters, wieder andere irgendwo dazwischen.“ [8]

1.2 Altern als Veränderungsprozess

A PFLEGESITUATION

Ambulant

Altenpflegerin Linda Müller versorgt seit einigen Jahren Magda Limburger, eine 60-jährige Frau, die aufgrund einer fortgeschrittenen Multiplen Sklerose auf den Rollstuhl angewiesen ist. Der Ehemann war häufig dienstlich unterwegs, aber wenn die Altenpflegerin ihn mal traf, empfand sie ihn als höflichen und sehr netten Menschen, der sich intensiv um das Wohl seiner Frau kümmert. Vor zwei Wochen ist Herr Limburger in den Ruhestand getreten und seither scheint eine extreme Wandlung in ihm vorgegangen zu sein. Er schaut Linda Müller und ihren Kollegen bei allen Pflegeverrichtungen genau auf die Finger und äußert sehr aggressive Kommentare, wenn ihm etwas nicht gefällt. Seiner Frau ist das peinlich, weil sie ein ausgezeichnetes Verhältnis zu den Pflegenden hat.

i DEFINITION

Gerontologie (Alternforschung): Wissenschaft, die sich mit dem Altern des Menschen, seinen Ursachen und Auswirkungen befasst. Hauptziel der Gerontologie ist es, Alternsprozesse zu optimieren.

Gerontopsychologie (Alterspsychologie): Teilgebiet der Entwicklungspsychologie, das sich mit den Veränderungen menschlichen Verhaltens und Erlebens im Alter beschäftigt, z. B. Wahrnehmung, Lernen, Kommunikation.

Geriatric (Altersheilkunde): Lehre von den Krankheiten des alternden und alten Menschen, ihrer Vorbeugung und Behandlung.

Gerontologen unterscheiden zwischen **Altern** und **Alter**.

- **Altern** ist ein lebenslanger Prozess, der von der Geburt bis zum Tod dauert. Er umfasst sowohl biologische, psychologische als auch soziale Prozesse, die ineinander greifen.
- **Alter** ist eine eigenständige Lebensphase. Beim Alter eines Menschen unterscheidet man zwischen biografischem und biologischem Alter.
 - Das **biografische** Alter, auch **kalendarisches** Alter genannt, richtet sich nach dem Geburtsdatum, das biologische bezeichnet den Zustand des Körpers. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die verschiedenen Organsysteme unterschiedlich schnell altern. So kann jemand ein gesundes Herz haben, aber kranke, abgenutzte und dadurch vorzeitig gealterte Gelenke und dadurch in seiner Bewegungsfähigkeit eingeschränkt sein.
 - Das **biologische** Alter wird u. a. durch die **Veranlagung**, z. B. eine genetisch bedingte Fettstoffwechselstörung beeinflusst. Dazu kommen **äußere Einflüsse** wie Ernährung, körperliche Fitness und Umwelt.

Es ist immer eine Kombination aus angeborenen Voraussetzungen und äußeren Faktoren, die das Maß und die Geschwindigkeit des Alterns bestimmt (→ Abb. 1.1). Bei einer durchschnittlich gesunden Entwicklung ist ein Mensch meist bis ins hohe Alter nicht wesentlich eingeschränkt im Hinblick auf die Bewältigung praktischer Aufgaben im Alltag.

Zu berücksichtigen ist allerdings, dass verschiedene Fähigkeiten im Alter ab- oder zunehmen. Diese Fähigkeiten sind abhängig von Ausgangsbegabung, Lebensgeschichte, Bildung, Training und Anregungen durch das soziale Umfeld. [9]

- **Fähigkeiten**, die im Alter – individuell verschieden – **abnehmen**:
 - Sehvermögen, Hörfähigkeit, Tastsinn
 - Reaktionstempo
 - Merkfähigkeit
 - Muskelkraft und körperliche Leistungsfähigkeit
 - Beweglichkeit
 - Koordination.
- **Fähigkeiten**, die im Alter – individuell verschieden – **zunehmen**:
 - Urteilsvermögen
 - Erfassen von Sinnzusammenhängen
 - Selbststeuerung
 - Verantwortungsbewusstsein und Zuverlässigkeit
 - Kommunikationsfähigkeit. [9]

Nicht das Alter, sondern das Leben

Es kommt nicht darauf an wie **alt** man ist, sondern **wie** man alt ist. (Carl Ochseneius). Es ist das Leben, das die Persönlichkeit formt, nicht das Alter.

1.2.1 Körperliche Veränderungen und mögliche Folgen

- **Muskelmasse und Knochengewebe** bilden sich zurück, Knorpelgewebe wird weniger elastisch. Muskelkraft und Ausdauer lassen nach, die Gefahr von Stürzen und Verletzungen nimmt zu
- **Blutgefäße** sind weniger elastisch. Zusätzliche Risikofaktoren, z. B. Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen, führen zu Gefäßverengungen und -verschlüssen, die mit Gewebsuntergang und Funktionsverlust von Organen einhergehen. Regulationssysteme nachgeschalteter Organe arbeiten nur noch eingeschränkt
- Mit dem Älterwerden nimmt die Zahl der **Nervenzellen** ab. Bei Hochbetagten sinkt die Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung. Unsicherheit und Verletzungen, z. B. durch Stürze, können die Folge sein
- Im Alter ist die **Anpassung an Umweltbedingungen** verlangsamt, z. B. vermindert sich die Fähigkeit Wetterwechsel zu tolerieren, Sommerhitze führt leicht zu Kreislaufversagen.

Um die Voraussetzungen für ein möglichst gesundes und selbstständiges Altern zu schaffen, sollten Menschen bereits in jüngeren Jahren ihre Lebensgewohnheiten auf die Förderung der Gesundheit und das Vermeiden von Krankheiten ausrichten. Hierbei stehen Bewegung und gesunderhaltende Ernährung im Vordergrund, da der Mensch auf die genetischen Grundpositionen viel Bewegung und wenig Essen „geeicht“ ist. Selbstständiges Altern bedeutet auch, dass das soziale Leben gestaltet und geistige Interessen wach gehalten werden.

Zur Gesunderhaltung gelten die Regeln der **Prävention** (→ 6.1):

- Regelmäßige Bewegung
 - Gesunde Ernährung, ausreichende Flüssigkeitszufuhr
 - Frische Luft
 - Gehirntaining
 - Angemessene Behandlung von Grundkrankheiten
 - Pflege sozialer Kontakte
 - Gute Bildung und lebenslanges Lernen
- Im Alter kommen hinzu:

- An Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen
- Therapeutische und medizinische Maßnahmen nutzen
- Gesunder Optimismus
- Selbstständigkeit und Selbstbestimmung erhalten
- Ziele setzen und an ihrer Verwirklichung arbeiten
- Ein Teil der freien Zeit als soziale Zeit verschenken, um glücklich zu sein
- Neugierig bleiben
- Veränderungen als Chance begreifen und aktiv mitgestalten
- Die Frage nach dem Sinn des Lebens nicht aus dem Auge verlieren. [9]

Bildung und Gesundheit

Es gibt eine große Kluft zwischen den Bildungsschichten, bzw. zwischen „arm und reich“, die derzeit immer größer wird. Menschen aus höheren Bildungsschichten haben größere Chancen, lange gesund zu bleiben und selbstständig alt zu werden. Sie sind besser informiert, leben meist gesundheitsbewusster, können sich qualitativ bessere Lebensmittel, einen besseren Wohnkomfort und bessere medizinische Versorgung leisten. Sie nutzen außerdem mehr gesundheitsfördernde Freizeitangebote.

Kompetenz als Regel des Alterns

Kompetenz ist die Regel des Alterns, Unselbstständigkeit die Ausnahme. Aber: Kompetenzeinbußen existieren und sind ernst zu nehmen.

Emotionale Intelligenz

Soziale Fähigkeiten und Fertigkeiten, die ein Mensch im Laufe seines Lebens entwickelt hat, bestehen auch im Alter fort und können sogar weiterentwickelt werden. Dabei spielt die emotionale Intelligenz eine wichtige Rolle. „EQ statt IQ“ heißt die neue Erfolgsformel von Daniel Goleman, dem Autor des Bestsellers „Emotionale Intelligenz“. Darin beschreibt der amerikanische Psychologe die Intelligenz der Gefühle, d.h. Fähigkeiten wie die, sich selbst zu motivieren, auch bei Enttäuschungen weiterzumachen und sich in andere hineinzusetzen. [10]

1.2.2 Psychische Veränderungen

Altern geht oft einher mit **vermehrten Belastungen** und einem allmählichen **Rückgang von Lebensfunktionen**. Viele alte Menschen reagieren darauf mit Abwehr,

Festhalten am Gewohnten, Überängstlichkeit, labilem körperlichem und seelischem Gleichgewicht, Krankheiten und Krisen bis hin zu Selbsttötungstendenzen. Oft gibt ihnen die Vergangenheit die Befriedigung, die sie in der Gegenwart nicht finden. Sie sprechen dann nur noch von früher und wehren alles Neue und Unbekannte ab.

Mit zunehmendem Alter nehmen schwere **Lebenskrisen** zu, verbunden mit vielen Verlusterlebnissen, z.B. Trennung oder Tod des Partners, Wegzug der Kinder und Enkel, Abschied vom Beruf und von Hobbys, die nicht mehr ausgeführt werden können. Im Rückblick ziehen die Betroffenen eine Bilanz des Lebens, die ihnen möglicherweise nicht günstig erscheint. Wenn sie zusätzlich keine erstrebenswerte Perspektive in die Zukunft entdecken können, entsteht in ihnen leicht der Eindruck, das Leben sei sinnlos (→ 9.1.5).

Probleme können außerdem entstehen durch Einsamkeit, wegen fehlender sozialer Kontakte (→ 13.3.1) und durch nachlassende Autonomie aufgrund körperlicher Behinderungen.

Es gibt Berufe, bei denen man nicht mit Beginn des Rentenalters aufhören muss, sondern den Ausstieg gemäß dem eigenen Tempo und den eigenen Bedürfnissen gestalten kann. Oft zeigt sich bei Angehörigen dieser Berufe, dass das Gefühl, noch gebraucht zu werden und etwas Sinnvolles zu tun, nicht nur das Selbstbewusstsein stärkt, sondern auch länger jung hält.

Mit dem unfreiwilligen **Ausstieg aus dem Berufsleben** beginnt für die meisten Betroffenen von einem Tag zum anderen ein völlig neues Leben. Der Rentner muss nun seinen Tag selbst strukturieren und verliert auch noch von heute auf morgen den Kontakt zu seinen Kollegen und damit wichtige Bezugspunkte seines Lebens. Um mit diesem biografischen Bruch angemessen umgehen zu können, sollten insbesondere Menschen, die in die Nähe des Ruhestands kommen, sorgfältig die Perspektiven analysieren, die ihnen das Leben bietet. Auch Menschen, die schon seit längerer Zeit das Rentenalter überschritten haben, profitieren von der Beschäftigung mit den Zielen, die sie ihrem Leben gesetzt haben oder noch setzen wollen. Die Fähigkeiten, die sie sich im Laufe der Zeit angeeignet haben, können zu einer wichtigen Ressource für die Zukunft werden:

- **Vergangenheit**, an frühere Interessen, Gewohnheiten, Fähigkeiten anknüpfen
- **Gegenwart**, den jeweiligen Tag strukturieren (→ 13.4)
- **Zukunft**, für morgen planen.

1.2.3 Alterstheorien

Klassische gerontologische Konzepte

Alternstheorien haben in den vergangenen Jahrzehnten die Einstellung und die Angebote in der Altenarbeit auf unterschiedliche Weise beeinflusst. Sie versuchen, Veränderungsprozesse im Alter zu beschreiben und herauszufinden, was ältere Menschen brauchen, um ihren letzten Lebensabschnitt im Einklang mit sich und ihrer Umwelt verbringen zu können. Die Alterstheorien haben nach aktueller Sicht keine Allgemeingültigkeit. Durch neue Forschungsansätze, z.B. BASE II, versuchen Wissenschaftler die Komplexität des Alterns besser zu verstehen.

Der **Prozess des Alterns** wird in den Theorien unterschiedlich bewertet:

- In den Anfängen der Altersforschung zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts stand im Vordergrund, dass Menschen im Alter gewisse Fähigkeiten verlieren. Es entsteht ein Defizit gegenüber jugendlichen und erwachsenen Menschen. Es zeigte sich eine verminderte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit und eine zunehmende Anfälligkeit für Krankheiten
- Andere Altersforscher vertreten die Meinung, dass mit zunehmendem Alter nicht automatisch eine Abnahme der Arbeitsleistung zu erwarten ist
- Kompensationsmodelle gehen davon aus, dass ältere Menschen Leistungseinbußen in einzelnen Bereichen durch Stärken in anderen Bereichen ausgleichen können. So kann im Arbeitsleben die Arbeitszufriedenheit größer oder die Arbeitsunfallquote rückläufig sein.

Aktivitätstheorie

Die **Aktivitätstheorie** spricht davon, dass ein Zusammenhang zwischen Aktivität und Lebenszufriedenheit besteht. Darunter werden die Nähe und Stärke sozialer Kontakte verstanden (→ Abb. 1.2). Die Grundannahme ist, dass Menschen glücklich und zufrieden sind, wenn sie in der Lage sind, etwas aktiv zu leisten und das Gefühl haben, gebraucht zu werden. Daraus entwickelte sich seit den 1960er-Jahren ein „Aktivieren um jeden Preis“. So wurden Altennachmittage, Bastelstunden und Kaffeefahrten organisiert, in der Annahme, das sei genau das, was **alle** alten Menschen brauchen (→ 13.3.4). [11]

Die Aktivitätstheorie richtet sich an ältere Menschen, die körperlich und geistig rüstig

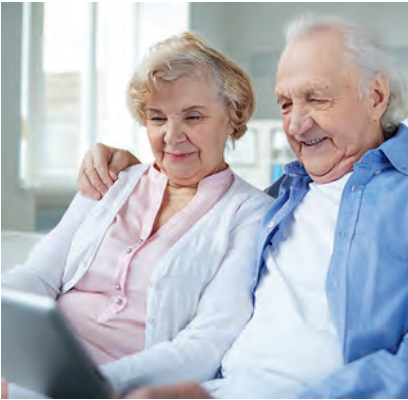


Abb. 1.2 Es ist gleichgültig, ob man Senioren als „Silversurfer“ oder „Best Ager“ bezeichnet. Entscheidend für die Lebenszufriedenheit sind tragfähige persönliche Beziehungen. [J787]

sind. Gemäß einer biografieorientierten Pflege planen Altenpflegerinnen jedoch ihre Beschäftigungs- und Aktivierungsangebote individuell zugeschnitten auf die Bedürfnisse des Einzelnen.

Disengagement-Theorie

Die **Disengagement-Theorie** (Disengagement: *Lösung, Sich-Zurückziehen*) besagt, dass Rollen- und Kontaktverluste älterer Menschen auch von ihnen selbst ausgehen bzw. individuell gesteuert werden (→ Abb. 1.3). Die abnehmende Leistungsfähigkeit bewege ältere Menschen dazu, sich zurückzuziehen. Die Verfechter dieser Theorie vermuten, dass dieser Rückzug eine Voraussetzung für ein zufriedenes Altern und damit positiv ist. [11]

Kontinuitätstheorie

Die **Kontinuitätstheorie** stützt sich darauf, dass das zufriedene Altern von der Möglichkeit abhängig ist, seinen gewohnten Lebensstil weitgehend beibehalten zu können. Der Gesellige wird auch im Alter



Abb. 1.4 Menschen können trotz Krankheit oder Behinderung Wohlbefinden verspüren und sogar Extremlösungen erbringen. [J787]

gesellig bleiben wollen (→ Abb. 1.4), der zurückgezogen Lebende wird auch im Alter bevorzugen, allein zu sein. Voraussetzung ist, dass der alte Mensch seinen Lebensstil und sein Verhalten selbst bestimmen kann. [11]

Selektive Optimierung und Kompensation

Eine weitere Alternstheorie ist das Modell der **selektiven Optimierung und Kompensation (SOK)**. Es geht davon aus, dass sich Menschen an abnehmende körperliche und geistige Fähigkeiten anpassen können und sie immer noch in der Lage sind, persönlich zufriedenstellende Leistungen zu vollbringen, indem man sich seiner Stärken und Schwächen bewusst ist (Selektion), die Stärken durch Übung optimiert (Optimierung) und die Schwächen durch neue Strategien kompensiert (Kompensation). Ein Beispiel für diese Theorie ist ein Landwirt, der in jungen Jahren einen Bauernhof bewirtschaftet, im Alter werden einen Garten und gegen Ende seines Lebens eine Zimmerpflanze pflegt. In jeder Lebensphase kann er seine Liebe zu den Pflanzen leben, dadurch psychisch gesund bleiben und seine jeweils vorhandenen Fähigkeiten anwenden. [11]



Abb. 1.3 Laut der Disengagement-Theorie erhöht sich bei manchen alten Menschen die Lebenszufriedenheit durch das Nachlassen vieler Aktivitäten und Alltagspflichten. [J787]

1.3 Pflegebedürftigkeit im Alter

1.3.1 Gesundheit und Krankheit

S PFLEGESITUATION

Stationär

Inge Esser und Kathrin Vogt bewohnen im „Seniorenzentrum Maxeberg“ ein Doppelzimmer. Da bei beiden die Rente für den Aufenthalt in einer stationären Einrichtung nicht reicht, erhalten sie den Differenzbetrag von der Sozialhilfe. Die Frauen können aufgrund Ihrer Erkrankungen das Zimmer nur noch im Rollstuhl verlassen. Eigentlich sind die beiden grundverschieden und dennoch sind sie über die vergangenen zwei Jahre zusammengewachsen. Kathrin Vogt ist eigentlich immer gut gelaunt, obwohl sie häufig Schmerzen wegen ihres Rheumas hat. Jetzt hat die Ärztin auch noch einen Darmtumor diagnostiziert. Frau Vogt soll in der kommenden Woche operiert werden. Als sie anfängt, ihren achtzigsten Geburtstag zu planen, der in zwei Monaten ansteht, sagt Inge Esser: „Das ist doch jetzt schon kein Leben mehr. Nichts als Krankheit. Wir haben in unserem Alter überhaupt keinen Grund, noch zu feiern.“

Gesundheit und Krankheit werden häufig als Gegensatzpaar dargestellt. Dabei gilt die Gesundheit als der anzustrebende Teil und Krankheit als ein Ausdruck der Unangepasstheit an die äußere Lebenssituation (→ 19.1.4).

Gesundheit ist aber nicht so sehr ein linearer Prozess, sondern zeigt eher einen sinusförmigen Verlauf, bei dem sich Gesundheit mit Krankheit abwechselt.

Definition von Gesundheit

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
→ 19.1.4

i DEFINITION

Gesundheit (Definition der WHO): Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen (WHO, 1948). [12]

Gesundheit (Definition von Hurrelmann): Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen,

psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet (Klaus Hurrelmann). [13]

Die WHO hat mit diesem Satz eine allgemeingültige **Definition von Gesundheit** erstellt. Gesundheit ist der Erklärung der Menschenrechte der **Vereinten Nationen (UN)** zufolge ein Grundrecht. Die Bewahrung und Verbesserung der Gesundheit sind also Ziele von staatlichen Gesundheitssystemen. Die Qualität eines Gesundheitssystems kann an der Realisierung dieses Rechts für die Bürger eines Staates bewertet werden.

Die WHO-Definition von Gesundheit bewahrt vor einer Verengung der Begriffe auf rein körperliche Funktionsstörungen. Trotzdem bleibt sie eine Maximalforderung, nach der es kaum Gesunde geben kann. Eine weitere Definition stammt vom deutschen Gesundheitsforscher Klaus Hurrelmann (siehe Definition).

Definition von Krankheit

i

DEFINITION

Krankheit: Ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Bundessozialgericht, 2005).

Bei dieser **Definition von Krankheit** sind die Behandlungsbedürftigkeit und die Wiederherstellung stark betont. Krankheit wird als Abweichung von der Norm verstanden, wobei es oft schwierig ist, genau festzulegen, wo Gesundheit aufhört und Krankheit beginnt (→ 11.4.1).

„Als Krankheit wird das Vorliegen von Symptomen und/oder Befunden bezeichnet, die als Abweichung von einem physiologischen Gleichgewicht oder einer Regelgröße (*Norm*) interpretiert werden können und die auf definierte Ursachen innerer oder äußerer Schädigungen zurückgeführt werden können.“ Aber: „Abweichungen von einem physiologischem Gleichgewicht, einer Regelgröße, einer Organfunktion oder einer Organstruktur sind oft schwer zu beurteilen, weil manche physiologische Regelgrößen eine beachtliche Streuung aufweisen.“ [14]

Ottawa-Charta der WHO

In der kanadischen Stadt Ottawa fand 1986 die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung statt. Am Ende wurde eine Charta verabschiedet, die als das zentrale **Dokument der Gesundheitsförderung** gilt. Die Grundidee der **Ottawa-Charta** liegt in einem eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Umgang mit der Gesundheit. Gleichzeitig sollen die Lebensräume und die Gesundheitsdienste gesundheitsförderlich gestaltet werden. In der Ottawa-Charta heißt es: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist 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. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden“.

Der Anspruch des „umfassenden Wohlbefindens“ wurde oft als unrealistisch kritisiert, da bestimmte Faktoren wie Altern, Trennung oder Tod wenig beeinflussbar sind. [15]

Salutogenese

Salutogenese nach Antonovsky → 11.4.1

In jüngster Zeit hat sich die WHO vermehrt den Aspekten der Lebensführung zugewandt, die den Menschen gesund erhalten. Aus diesen Überlegungen hat sich der Bereich der **Salutogenese** entwickelt. Antonovsky, der Begründer des Konzepts (→ 11.4.1), versuchte die damalige Definition von Krankheit und Gesundheit zu korrigieren, da durch die entgegengesetzten Begriffe der Mensch entweder krank oder gesund sei. Ihm zufolge seien Menschen jedoch sowohl krank als auch gesund. Irgendwo zwischen den Polen sind die meisten Menschen „angesiedelt“. Der Organismus strebt

danach, gesunde „Anteile“ zu mehrten und zumindest ein Gleichgewicht zwischen den gesunden und kranken „Anteilen“ herzustellen. Eine salutogenetisch orientierte Therapie zielt nicht nur darauf ab, kranke Anteile (beispielsweise Symptome) zu lindern, sondern zusätzlich gesunde Anteile zu stärken und damit die Ressourcen der jeweiligen Person zu nutzen. An diesem Punkt trennt sich der Weg zwischen dem pathogenetisch und dem salutogenetisch orientierten Ansatz. In der pathogenetisch orientierten Therapie steht im Vordergrund, ein auffälliges Symptom – unabhängig vom Patienten – zu behandeln. In der auf Ressourcen ausgerichteten, salutogenetisch orientierten Behandlung gilt es, allgemein die „gesunden Anteile“ des Patienten zu wecken, d.h. die persönlichen Ressourcen aufzufinden und zu fördern.

W PFLEGESITUATION

Wohngruppe

Kathrin Roth, 77 Jahre alt, ist vor kurzem in die Wohngemeinschaft „Haus Wannenstadt“ gezogen. Lange hatten die Angehörigen versucht, Frau Roth zu Hause zu pflegen, aber nachdem sie trotz der deutlichen Zeichen einer Demenz zunächst keinen Pflegegrad bestätigt bekamen, wurden ihnen nicht nur die Pflege, sondern auch die bürokratischen Hürden zu viel.

Vor allem die Angst vor der Zukunft führte dazu, dass sie im Einvernehmen mit Frau Roth die Entscheidung für den Einzug in die Wohngemeinschaft trafen. Altenpfleger Moritz Schmitz erklärt den Angehörigen, dass sie wohl eine bessere Beratung in der Pflege gebraucht, hätten, erklärt aber auch, dass der gesetzlich festgelegte Pflegebedürftigkeitsbegriff einige Schwächen aufweist. Zusammen mit dem Sozialdienst der Stadt soll nun ein Widerspruch formuliert werden. Die Verwandten von Frau Roth fragen sich, ob dieser Widerspruch Erfolgsaussichten haben wird.

1.3.2 Pflegebedürftigkeit: Entwicklung und System der Pflegegrade

i

DEFINITION

Pflegebedürftigkeit: Diese liegt gemäß dem Gesetzgeber Sozialgesetzbuch (SGB XI) vor, sofern eine Person dauerhaft (mindestens 6 Monate) nicht in der Lage ist, alltäglichen Verpflichtungen, Aktivitäten und Aufgaben nachzugehen

und deshalb Hilfe benötigt, um diese Defizite auszugleichen.

Die ausführliche Lesart, angelehnt an den Bericht des Expertenrats zur konkreten Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs lautet: „Pflegebedürftig ist, wer infolge fehlender Ressourcen, mit denen körperliche oder psychische Schädigungen, die Beeinträchtigung körperlicher oder psychischer Funktionen oder gesundheitlich bedingte Belastungen und Anforderungen kompensiert oder bewältigt werden können, dauerhaft oder vorübergehend zu selbstständigen Aktivitäten im Lebensalltag, selbstständiger Krankheitsbewältigung oder selbstständiger Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe nicht in der Lage und deshalb auf professionelle Hilfe angewiesen ist.“ [16]

Entwicklung der Pflegebedürftigkeit im Alter

Die Pflegestatistik 2017 zeigt, dass mit zunehmendem Alter das Risiko der Pflegebedürftigkeit steigt. Während bei den 70- bis unter 75-Jährigen „nur“ 6 % pflegebedürftig waren, wurde für die ab 90-Jährigen eine Pflegequote von 71 % ermittelt. Auffallend ist, dass Frauen ab etwa dem 80. Lebensjahr eine deutlich höhere Pflegequote aufweisen – also eher pflegebedürftig sind als Männer dieser Altersgruppe. Die Pflegequote der 85- bis unter 90-jährigen Frauen liegt bei 49 %, während sie für Männer bei 36 % liegt.

Die Pflegestatistik 2017 des Statistischen Bundesamtes gibt einen Überblick über die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit (→ Tab. 1.2). Diese Werte werden seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1999 alle zwei Jahre ermittelt und veröffentlicht. [16]

System der Pflegegrade

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff zielt auf eine Gleichstellung von psychisch-kognitiven und somatischen Beeinträchtigungen, womit eine Benachteiligung demenzkranker Menschen

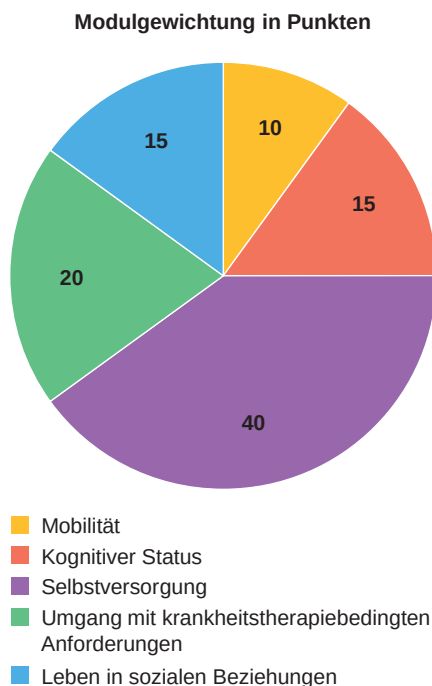


Abb. 1.5 Pflegegrade [L143]

ausgeglichen werden soll. Das Hauptaugenmerk richtet sich darauf, die Fähigkeiten der Betroffenen stärker in den Blick zu nehmen als deren Defizite. [16]

Die **Pflegegrade** (→ Abb. 1.5, → Tab. 1.3) bilden die Intensität der Unterstützung und damit den Grad der Selbstständigkeit/Unselbstständigkeit ab. Daraus lässt sich ein Anspruch des Versicherten auf bestimmte Pflegeleistungen ableiten. Der Grad der Selbstständigkeit ist das maßgebliche Kriterium für die Pflegebedürftigkeit. Während bei Grad 1 eine geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit vorliegt, ist bei Grad 5 die schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (→ 37.2) gegeben.

Von den Pflegekassen beauftragte Gutachter erfassen alle wichtigen Gesichtspunkte der Pflegebedürftigkeit aufgrund körperlicher, psychischer und kognitiver

Beeinträchtigungen. Ausschlaggebend für die Zuweisung eines Pflegegrads ist der **Grad der Selbstständigkeit** einer Person in folgenden sechs Modulen:

- **Mobilität:** Wie selbstständig bewegt sich der Begutachtete fort und kann er seine Körperhaltung ändern?
- **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:** Kann sich der Antragsteller in einem Alltag noch örtlich und zeitlich orientieren? Kann er für sich selbst Entscheidungen treffen, noch Gespräche führen und seine Bedürfnisse mitteilen?
- **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:** Wie oft benötigt der Betroffene Hilfe wegen psychischer Probleme wie aggressivem oder ängstlichem Verhalten?
- **Selbstversorgung:** Wie selbstständig kann sich der Begutachtete noch täglich selbst pflegen?
- **Bewältigung und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:** Welche Hilfen benötigt der Antragsteller beim Umgang mit Krankheit und Behandlungen wie z. B. bei Medikamenteneinnahme oder Verbandswechsel?
- **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:** Wie selbstständig kann der Begutachtete noch seinen Tagesablauf planen oder Kontakte pflegen?

1.4 Behinderung im Alter

Menschen mit Behinderung im Alter
→ Kap. 18

S PFLEGESITUATION

Stationär

Hilmar Rost, 89 Jahre, wohnt seit einer Woche im „Seniorenzentrum Maxeberg“. Nach einem Oberschenkelhalsbruch hat er sich nicht mehr allein nach Hause getraut.

Deshalb vermittelte der Sozialdienst im Krankenhaus ihm diesen Platz in der stationären Einrichtung. Vorher wohnte Herr Rost eine Straße entfernt von seiner Tochter und den Enkelkindern. Eigentlich war er zunächst mit seiner Entscheidung ganz zufrieden. Als die Altenpflegerin Hermine Brauer und die Schülerin Janine Güter eines Tages zu ihm ins Zimmer kamen, sehen sie, wie er erschrickt und sich schnell Tränen aus dem Gesicht wischt. Auf die Frage, warum er traurig sei, erklärt Herr Rost, dass er seine Enkel vermisst. Er lebe nun ja auf der anderen

Tab. 1.2 Pflegestatistik 2017. [17]

	2015	2017	Veränderung in %
Pflegebedürftige in Millionen	2,86	3,4	+ 19
Zu Hause versorgt	2,08	2,59	+ 24,5
Nur Angehörigenpflege	1,38	1,76	+ 27,5
Ambulante Pflegedienste	0,692	0,830	+ 19,9
Stationäre Pflege	0,783	0,818	+ 4,5
Tagespflege	0,051	0,066	+ 29,3



PFLEGEPROZESS, ASSESSMENTINSTRUMENTE, PFLEGEDIAGNOSEN

Ursula M. Borgiel

3.1 Pflege theoretischer Bezugsrahmen

Theorien, Konzepte Modelle in der Pflege
→ Kap. 2
Pflegewissenschaft und Pflegeforschung
→ Kap. 40

S PFLEGESITUATION Stationär, Teil I

Botho Rilling, ein 82-jähriger Vater von zwei Kindern und Großvater von drei Enkeln, hat sich schweren Herzens entschieden, in das „Seniorenzentrum Maxeberg“ zu ziehen. In letzter Zeit ist es ihm zunehmend schwergefallen, sich selbst zuhause zu versorgen. Heute ist der Tag, an dem Herr Rilling den Umzug von seinem Haus in die stationäre Einrichtung vornehmen lässt. Er hat von der Einrichtung einen guten Eindruck, denn er kennt sie durch frühere Besuche bei Freunden und Bekannten. In einem Gespräch mit Herrn Rilling versucht Hermine Brauer, die zuständige Pflegefachperson, einen Überblick über sein bisheriges Leben und seine Erwartungen zu erhalten und Informationen für die Maßnahmenplanung zu sammeln.

Pflegetheorien sollen Aussagen zu Tatsachen oder Erscheinungen in der Pflege erklären. Verschiedene **Pflegetheorien** (→ 2.1.3) formulieren unterschiedliche Auffassungen, was Pflege ist und wie **Pflege sein sollte**. Daraus ergeben sich für die Umsetzung einer theoriegestützten Pflege unterschiedliche Schwerpunkte und Handlungsempfehlungen. So wird Pflege von einigen Theoretikern als dynamischer Interaktionsprozess zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen verstanden, von anderen als Prozess zur Befriedigung der Bedürfnisse Pflegebedürftiger (→ Kap. 2).

Eine **pflegetheoretische Grundaussage** kann sich z. B. in Pflegemodellen, Pflegekonzepten, Pflegeleitbildern und auch in der Umschreibung dessen, was zur Pflege gehört, verdeutlichen. Darüber hinaus haben Pflegetheorien die Gestaltung der Pflegediagnostik und der pflegerischen Dokumentation beeinflusst.

3.1.1 Grundprinzipien pflegerischen Handelns

Es lassen sich **verschiedene Grundprinzipien pflegerischen Handelns** unterscheiden. Dies hängt davon ab, wo sich der

pflegebedürftige Mensch befindet. Im Krankenhaus muss z. B. eine biografieorientierte Pflege meist in den Hintergrund treten, da die Akutbehandlung des Pflegebedürftigen im Vordergrund steht. In einer Demenz-WG hingegen erleichtert eine biografieorientierte Pflege allen Beteiligten den Zugang zu dem Demenzerkrankten und gibt ihm Sicherheit.

- **Biografieorientierung:** Die Biografie eines Menschen prägt ihn und gibt ihm Identität. Die Biografieorientierung wird in der Praxis häufig nur an Vorlieben bei Speisen, Getränken, Kleidung und an Hobbies festgemacht. Und auch an den religiösen und soziokulturellen Lebenswelten. Viel wesentlicher aber wäre es, die Frage zu stellen, wie ist der Pflegebedürftige mit schweren Krisen umgegangen? War er in der Lage diese selbstständig zu bewältigen? Wer oder was hat ihm geholfen? Die Grundlage bietet die Pflegetheorie von Erwin Böhm, das Psychodynamische Pflegemodell. Die Veränderungen sollten im Sinne Antonovskys dann salutogen ausgerichtet sein (→ 11.4.1)
- **Lebensweltorientierung:** Neben der konkreten Lebensgestaltung beinhaltet die Lebenswelt der Patienten auch

kulturelle, politische und religiöse Überzeugungen sowie krankheitsbezogene Erfahrungen

- **Subjektorientierung:** Körper, Geist und Seele sowie die individuellen Erfahrungen, Gefühle und Gedanken müssen bei der pflegerischen Versorgung der Pflegebedürftigen wahrgenommen und berücksichtigt werden
- **Ressourcen- und Defizitorientierung:** Unter der Ressourcen- bzw. Defizitorientierung versteht man die Haltung, die Pflegende gegenüber ihrer Arbeit und den Pflegebedürftigen einnehmen. Blicken Pflegende ressourcenorientiert auf die Pflegebedürftigen, wird deren Selbstständigkeit gefördert. Durch eine Defizitorientierung werden Defizite lediglich durch die Pflegenden kompensiert
- **Aktivierung und Schonung:** Pflegende sollten erkennen, wann ein Pflegebedürftiger Aktivierung und wann Schonung benötigt. Die aktivierende Pflege setzt beim Pflegebedürftigen wichtige Impulse zum selbständigen Handeln. Eine aktivierende Pflege kann motivierend, anleitend oder in Form von Teilunterstützung erfolgen
- **Transparenz:** Die geplanten Pflegeinterventionen sollten nachvollziehbar und sinnvoll sein. Dazu gehört, dass sie dem Pflegebedürftigen unabhängig von seinem kognitiven Status mitgeteilt werden müssen
- **Kontinuität:** Kontinuität gibt Sicherheit. Die geplanten Pflegeinterventionen sollten von allen Beteiligten gleich ausgeführt werden, es sei denn der Pflegebedürftige wünscht dies anders. Bei Anwendung von Pflegestandards müssen immer die individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Pflegebedürftigen berücksichtigt werden.

3.1.2 Pflegeverständnis

Was Pflege ist und was unter Pflege verstanden wird, hängt maßgeblich von dem zugrundeliegenden **Welt- und Menschenbild** ab und wird auch durch die Art und Weise der Durchführung der Handlungen bestimmt. Jede Pflegefachperson hat also ein eigenes Verständnis davon, was gute Pflege ist und wie sie diese dann praktiziert. Dies kann aufgrund von falsch verstandener Hilfsbereitschaft dazu führen, dass z. B. eine Vollübernahme praktiziert wird. Damit geht der Verlust an Ressourcen und eine zunehmende Abhängigkeit von Pflegehandlungen beim Pflegebedürftigen einher.

Die Folgen ist eine Abnahme des Selbstwertgefühls und der Selbstständigkeit. Daher ist es sinnvoll, dass sich eine Institution auf eine Pflege Theorie einigt und diese dann mit ihrem Modell und Pflegekonzepten in der Pflegepraxis Anwendung findet.

Das Pflegeverständnis hängt somit auch von den **Vorgaben** der **Institution** und des Gesetzgebers ab. Die Institution gibt in ihrem Leitbild die jeweilige Pflege Theorie bzw. das Pflege Modell vor. Dies kann das Modell von Monika Krohwinkel (→ 2.2.2), Juliane Juchli (→ 2.2.2) oder auch Roper et al. (→ 2.2.8) sein, welche in Deutschland bevorzugt zur Anwendung kommen. Diese Pflege Modelle, die sich an der bedürfnisorientierten Pflege orientieren, enthalten meist auch Anteile aus Interaktionstheorien. Denn die Durchführung der Grundpflege (waschen, kleiden, Speisen- und Getränke anreichen, Toilettengangbegleitung) erfordert einen nahen körperlichen Kontakt, wodurch eine persönliche Beziehung entsteht, die über die grundpflegerische Handlung hinausgeht. Diese Beziehung/Interaktion ist vielfach durch Vertrauen gekennzeichnet.

Zugleich ist pflegerisches Handeln auch durch den **Ökonomisierungsdruck** und Verpflichtungen gegenüber den Institutionen geprägt, in denen Pflege stattfindet. Das Pflegeverständnis kann bei zunehmender Arbeitsverdichtung ins Wanken geraten, z. B. wenn bei knappen Personalressourcen eine subjektorientierte/bewohnerorientierte Pflege in einem Bezugspflegemodell nicht mehr geleistet werden kann und die Funktionspflege im Vordergrund steht (→ 26.2.3). Dies führt dazu, dass ein prozesshaftes Vorgehen nach dem Pflegeprozess nicht mehr möglich ist, das bedeutet die Qualität der pflegerischen Leistung sinkt.

3.1.3 Berufsverständnis

Neben weltweiten Organisationen, wie der International Council of Nurses, formulieren auch nationale Organisationen zentrale Wertvorstellungen und Verhaltensanforderungen, die mit der Berufsausübung verbunden sind. Für beruflich Pflegende in Deutschland sind allgemeine Grundsätze und Verhaltensregeln in der „Rahmen-Berufsordnung für professionell Pflegende“ festgeschrieben. Die Schrift wurde vom Deutschen Pflegerat e. V. (DPR), dem Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens, herausgegeben.

Durch eine Berufsordnung erhalten Pflegende eine Orientierungsgrundlage, die ein berufsangemessenes Verhalten bei der Ausübung der Tätigkeiten fördern soll. Damit trägt sie zur beruflichen Bestimmung und zur Identitätsfindung der Berufsangehörigen bei. Die Unantastbarkeit der Würde des Menschen gilt auch in Lebenssituationen, in denen Menschen auf Hilfe und pflegerische Betreuung angewiesen sind. Darauf wird in der Präambel der Berufsordnung verwiesen, denn das Handeln professionell Pflegenden ist dem Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland verpflichtet. Als weitere Grundlagen des beruflichen Handelns werden darüber hinaus die aktuellen wissenschaftlich fachlichen Erkenntnisse und die ethischen Regeln der einzelnen Berufsverbände genannt. Im § 2 der Rahmenberufsordnung werden die zentralen Aufgaben der professionell Pflegenden aufgeführt.

Rahmenberufsordnung

<https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2020/04/Rahmenberufsordnung.pdf>

3.2 Pflegeprozess

i DEFINITION

Pflegeprozess: Eine grundsätzliche Denk- und Handlungsstrategie (Arbeitsmethode) in der Pflege, die auf der Interaktion zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen im Sinne eines fortlaufenden Problemlösungs- und Beziehungsprozesses beruht. All das, was sich zwischen Pflegebedürftigen, Angehörigen und Pflegefachpersonen vom ersten Kontakt bis zum Ende der Beziehung abspielt.

Der Pflegeprozess (→ Abb. 3.1) bildet das Kernstück der professionellen Pflege. Er macht die Pflegegrundlagen transparent, sichert eine kontinuierliche Pflege und bietet die Möglichkeit, die Pflege zu evaluieren. Durch die damit einhergehende Dokumentation wird die Pflegequalität überprüfbar. Die Professionalisierung wird erhöht durch den Einbezug von Wissen der Pflegewissenschaften in ein Gebiet mit Handlungsautonomie.

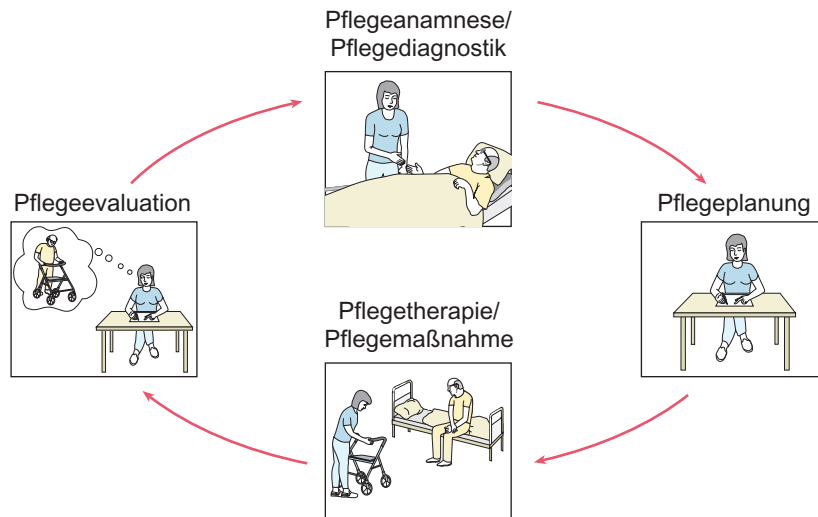


Abb. 3.1 Beispiel eines Pflegeprozesses bei der Mobilisierung eines alten Menschen. [L143]

3.2.1 Pflege als systematisch zu planender Prozess

Der Pflegeprozess wurde in den 1950er-Jahren von Pflegewissenschaftlern in den USA als Modell definiert. Zu dieser Zeit begann sich die Auffassung durchzusetzen, dass **Pflege** als ein **systematisch zu planender Prozess** zu verstehen sei. Durch die beginnende Akademisierung und die damit verbundene Entwicklung der Pflegewissenschaft wurde das Verständnis von Pflege intensiv diskutiert. Es setzte sich nach und nach die Auffassung durch, dass Pflege neben der Medizin als eigenständige Profession im Gesundheitswesen anzusehen sei.

Für Pflegefachpersonen bedeutete dies konkret, mehr Verantwortung für die umfassende pflegerische Betreuung von Pflegebedürftigen zu übernehmen. Solange Pflege als eine reine Assistenz Tätigkeit für den Arzt angesehen wird, liegt die Verantwortung für einen Maßnahmenplan außerhalb ihrer Kompetenz. Wenn hingegen die Kernbereiche der Pflege als eigenständige Aufgaben des Berufsstandes verstanden werden, erwächst daraus die Notwendigkeit eines **gezielten und geplanten Handelns**. Demzufolge entstand der Bedarf, den Pflegenden Arbeitshilfen an die Hand zu geben, die ein selbstständiges, systematisches und zielgerichtetes Handeln fördern. [1]

Pflege als systematisches Handeln

Pflegefachpersonen sollten darin unterstützt werden, Pflegesituationen bei alten Menschen erkennen, erfassen

und bewerten zu können. Dadurch lässt sich unreflektiertes Handeln, das ausschließlich auf eigene Erfahrungen gestützt ist, wirksam vermeiden. Die prozessorientierte Gestaltung der Pflege fördert die kritische Reflexion des eigenen Handelns und unterstützt die Anwendung aktuellen Pflegewissens.

Der Pflegeprozess hat auch 60 Jahre nach seiner Entstehung eine ungebrochen zentrale Bedeutung bei der Ausgestaltung professioneller Pflege.

3.2.2 Historische Aspekte

Noch weit bis in das 20. Jahrhundert verstanden sich Pflegenden in Deutschland als Gehilfen des Arztes, die selbst keine eigene Entscheidungskompetenz besaßen. Aus den USA kamen unterschiedliche Antworten auf die Frage, was Pflege ist und welche Aufgaben und Rollen Pflegenden, Patienten und das Umfeld haben. Ein Ansatz war und ist Pflege als einen Prozess aufzufassen. Insbesondere Ida Jean Orlando, Dorothee Johnson, Lydia Hall und Ernestine Weidenbach entwarfen verschiedene Modelle.

Der Pflegeprozess wurde erstmals um 1950 von Lydia Hall noch etwas ungenau, und anschließend von der Pflegeethikerin Ida-Jean Orlando 1961 (Pflegeprozess-theorie) konkreter beschrieben. 1967 stellten Helen Yura und Mary B. Walsh aus den Vereinigten Staaten den Pflegeprozess ebenfalls vor. Ihre theoretischen Arbeiten stützten sich auf pflegetheoretische Ansätze sowie auf Erkenntnisse aus der Systemtheo-

rie, der Kybernetik und der Entscheidungstheorie.

Der Pflegeprozess wurde in Deutschland in den 1970er Jahren aktuell. Bis dahin war die Vorgehensweise lediglich die Dokumentation der Fieberkurve sowie der ärztlich verordneten Maßnahmen. Informationen über den Patienten wurden überwiegend mündlich oder in Übergabebüchern weitergegeben. Pflegerische Tätigkeiten waren in Standardplänen beschrieben. In den 1970er-Jahren kam dann die Idee des Pflegeprozesses über die USA nach Deutschland. 1982 beschrieben Verena Fiechter und Martha Maier als Erste den Pflegeprozess für den deutschsprachigen Raum. Mit dem Krankenpflegegesetz von 1985 wurde in Deutschland zum ersten Mal die sach- und fachkundige Pflege als Ausbildungsziel für Pflegenden benannt. Darin war die „umfassende und geplante Pflege“ als ein Ausbildungsziel benannt.

In Europa erfolgt die Entwicklung des Pflegeprozesses langsam, unsystematisch und nicht einheitlich. Der Pflegeprozess wurde 1985 in die Krankenpflegeausbildungen in Deutschland aufgenommen. Die Pflegediagnosen nach NANDA wurden in Deutschland 1990 eingeführt.

3.2.3 Ziele des Pflegeprozesses

Der Pflegeprozess besteht aus einer Reihe von logischen, voneinander abhängigen Überlegungs-, Entscheidungs- und Handlungsschritten, die auf eine Problemlösung, also auf ein Ziel hin ausgerichtet sind und im Sinne eines Regelkreises einen Rückkopplungseffekt (Feedback) in Form von Beurteilung und Neuanpassung enthalten. Er ist eine wissenschaftliche, systematische, zielgerichtete, kontinuierliche, dynamische Methode der Pflege zur Problemlösung. Je nach pflegetheoretischer Ausrichtung (→ 3.2.4) kann der Prozess, der sich zwischen den Pflegefachpersonen und dem Pflegebedürftigen vollzieht, unterschiedlich gedeutet und differenziert werden.

Individualisierung der Pflege

Das Ziel der Verwendung der einzelnen Schritte des Pflegeprozesses besteht letztendlich in der Individualisierung der Pflege.

Die Schritte des Pflegeprozesses haben zum Ziel:

- Sicherheit für den Pflegebedürftigen im Pflegeverlauf herstellen
- Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen in die Pflege- und Betreuungsplanung einbeziehen
- Kontinuität der personellen und fachlichen Durchführung von Pflege- und Betreuungsleistungen gewährleisten
- Sicherung einer gezielten Abstimmung zwischen den Pflegefachpersonen, sodass die Pflegemethoden nach dem neuesten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnis durchgeführt werden
- Qualität von Pflege- und Betreuungsleistung sichern
- Transparenz der Pflegeleistungen gegenüber den Pflegebedürftigen, deren Angehörigen, den Kollegen, anderen Berufsgruppen, den Kostenträgern sowie Prüfinstanzen, z. B. MDK (→ 37.2.1) darstellen können
- Personalressourcen sinnvoll einsetzen
- Berufliche Identität stärken [2].

Im Rahmen des Pflegeprozesses werden Pflegegrundlagen transparent gemacht und eine kontinuierliche Pflege gewährleistet. Er verbessert die Organisation der Pflege für Patienten. Zudem bietet er die Möglichkeit, die Pflege zu evaluieren. Die Effizienz kann gesteigert werden. Er bietet außerdem für die Pflegenden eine Rechtssicherheit und dient als Argumentationsgrundlage.

3.2.4 Struktur der Pflegeprozessmodelle

Der Pflegeprozess ist zunächst ein abstraktes Problemlösungsverfahren bzw. ein offenes analytisches Handlungsmodell, welches erst

durch die Anwendung in einer konkreten Pflegesituation zu einem berufsspezifischen Prozess wird.

Aufgrund ihrer fachlichen bzw. kommunikativen Kompetenzen (→ 9.1.4) unterstützen und begleiten die Pflegefachpersonen den Pflegebedürftigen in der Gestaltung des gesamten Prozesses. Darüber hinaus sollten Angehörige und Bezugspersonen so weit wie möglich in den Pflegeprozess eingebunden werden.

Durch das prozessgeleitete Handeln entsteht eine **Pflegeplanung**, die dem Pflegebedürftigen die Pflege zukommen lassen soll, die er in seiner individuellen Situation benötigt.

Modelle

Verbreitet sind Modelle mit vier, fünf oder sechs Phasen (→ Abb. 3.2), die verwendeten Begriffe für die einzelnen Phasen sind nicht einheitlich. Beispielsweise wird die erste Stufe des Pflegeprozesses als Assessment, Einschätzung bzw. Informationssammlung bezeichnet. Auch die Festlegung und die Beschreibung von Stufen zwischen dem Assessment und der Planung sind unterschiedlich. Obwohl die einzelnen Phasen in den unterschiedlichen Modellen in der Begrifflichkeit, in der Dauer, Reihenfolge, variieren, können diese identifiziert, untersucht und analysiert werden. Die Phasen bauen logisch aufeinander auf und beeinflussen sich gegenseitig. Es kann trotzdem vorkommen, dass es je nach verwendetem Modell zu Problemen in der Praxis führen, insbesondere bei der Kommunikation zwischen verschiedenen Einrichtungen. Die Phasen des Pflegeprozesses dienen als Basis

der gesetzlich vorgeschriebenen Pflegedokumentation (→ Kap. 34).

- Das **4-schrittige Modell** geht auf Yura und Walsh zurück und ist in folgende Schritte unterteilt:

- 1. Assessment: Erhoben wird der Ist-Zustand der Erfüllung der menschlichen Bedürfnisse
- 2. Planung: Erfüllung der menschlichen Bedürfnisse
- 3. Intervention: Pflegeplan
- 4. Evaluation: Zielerreichung und Nachweis für Verhaltensendpunkte.

- **5-schrittige Modelle:** Das 5-schrittige Modell von Gordon nimmt – im Gegensatz zum 4-schrittigen Modell nach der Phase des Assessments – die Diagnosephase auf

- 1. Assessment
- 2. Diagnose
- 3. Planung
- 4. Intervention
- 5. Evaluation

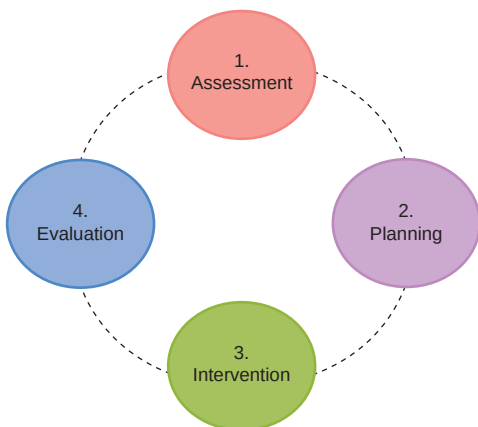
Die 1. und 2. Phase dienen der Problemidentifikation, während in den drei nachfolgenden Phasen mit der Planung (Bestimmung der Pflegeziele), mit der Intervention und der Evaluation (Ergebnisbewertung) die Problemlösung erfolgt.

Das Assessment dient hier dazu, begründete Pflegediagnosen aufzustellen. Im fünfstufigen Pflegeprozess hat die Pflegediagnostik eine separate, eigenständige Stufe (Stufe zwei).

- Das **6-schrittige Modell** ist in Deutschland am weitesten verbreitet. Es wurde 1981 von *Verena Fiechter* und *Martha Meier* vorgestellt für den

Pflegeprozessmodelle

Vier-Phasenprozessmodell der WHO (1981)



Sechs-Phasen-Modell nach Fiechter/Meier (1981)

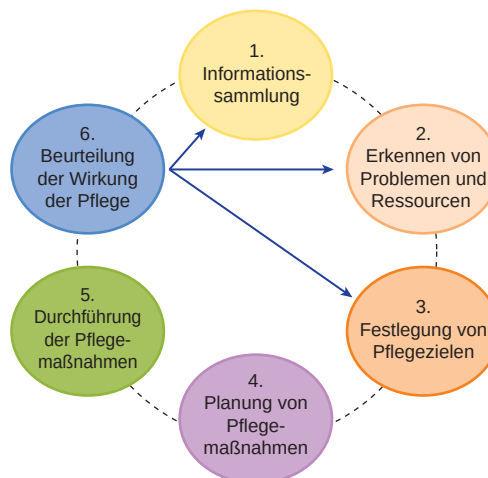


Abb. 3.2 Der vier- und sechs-schrittige Pflegeprozess. [L143/E668]

Tab. 3.1 Die Pflegeprozess-Modelle der WHO, von Krohwinkel, Brobst und Fiechter/Meier und Yura und Walsch (Strukturmodell).

4-Schritt-Modell der WHO und nach Roper	4-Schritt-Modell nach Krohwinkel	5-Schritt-Modell nach Brobst	6-Schritt-Modell nach Fiechter/Meier	Strukturmodell	In diesem Buch
Assessment (Pflegebedürftigkeit einschätzen)	Erhebung/Pflege-diagnose	Einschätzung	Informationen sammeln	Strukturierte Informationssammlung (SIS [®]) und Risikoeinschätzung Kurzevaluation (individuell)	Informationssammlung bzw. Pflegediagnostik (inkl. Pflegeanamnese, Biografiearbeit und Risikoeinschätzung)
		Pflegediagnose	Probleme und Ressourcen finden, Pflegediagnosen stellen		Ermittlung des Pflege- und Betreuungsbedarfs Konkretisiert in: Pflegediagnosen bzw. pflegefachliche Einschätzung
Planning (Pflege planen)	Planung	Planung	Ziele festlegen	Individuelle Maßnahmenplanung Kurzevaluation (individuell)	Pflege-therapie (Verständigungsprozess, Ziele festlegen, Maßnahmen planen)
			Maßnahmen planen		
Intervention (Pflege durchführen)	Durchführung/Pflege-therapie	Umsetzung	Maßnahmen durchführen	Berichteblatt mit Fokus auf Abweichungen Kurzevaluation (individuell)	Pflegemaßnahmen durchführen
Evaluation (Beurteilen, Verbessern)	Auswertung/Evaluation	Auswertung	Überprüfen und verbessern	Evaluation (individuell)	Pflegeevaluation

deutschsprachigen Raum (→ Tab. 3.1). In dieser Darstellung ist speziell der Schritt der Zielsetzung zusätzlich herausgehoben. Die Beschreibung von Fiechter und Meier hat im deutschsprachigen Raum große Beachtung erlangt und wird in vielen Einrichtungen als Richtlinie für die Ausgestaltung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation zu Grunde gelegt.

- Schritt 1: Informationssammlung (→ 4.2.1) zusammenstellen
- Schritt 2: Erkennen von Problemen und Ressourcen (→ 4.2.2)
- Schritt 3: Festlegung von Pflegezielen (→ 4.2.3)
- Schritt 4: Planung der Pflegemaßnahmen (→ 4.2.4)
- Schritt 5: Durchführen der Pflegemaßnahmen (→ 4.2.5)
- Schritt 6: Auswertung und Ergebnisse (→ 4.2.6)

- Das „**Strukturmodell der vier Elemente**“ (→ Abb. 4.8) wurde von Elisabeth Beikirch mit Experten und Praktikern entwickelt, um die Pflegedokumentation zu entbürokratisieren. Es ist seit 2015 bundesweit eingeführt worden. Der Dokumentationsaufwand wird erheblich reduziert, ohne fachliche Qualitätsstandards zu vernachlässigen oder haftungsrechtliche Risiken aufzuwerfen. Die vier Elemente sind zugleich die Dokumentations-elemente:

- Strukturierte Informationssammlung (SIS[®]) als Einstieg in den Pflegeprozess mit den Kernelementen Eigeneinschätzung, fachliche Einschätzung durch sechs Themenfelder, Matrix für pflegesensitive Risiken und Phänomene
 - Maßnahmenplan – mit den Erkenntnissen aus der SIS[®]
 - Berichteblatt – mit der Fokussierung auf Abweichungen und Tagesereignisse aus den beiden vorangehenden Punkten
 - Evaluation – aus den Erkenntnissen der vorangehenden Punkte.
- Beim Strukturmodell der vier Elemente wurde der Begriff „Pflege“ bei Maßnahmen weggelassen, um die Pflege- und Betreuungsleistung gleichwertig zu gewichten. Zudem soll die interdisziplinäre Zusammenarbeit unterstrichen werden. Dem *Bericht* wird als ein neuer Schritt im Strukturmodell besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Damit soll der Relevanz der Verlaufskontrolle und der Nachvollziehbarkeit von Abweichungen in Bezug zur Maßnahmenplanung eine besondere Bedeutung beigemessen werden.

Regelkreis

Mit dem Pflegeprozess werden die „Abläufe“ des Handelns festgelegt. Die Pflegefachpersonen hingegen definieren dessen Inhalte. Der Pflegeprozess ist, bis auf das

Strukturmodell von E. Beikirch, als **Regelkreis** gestaltet, der eine Reihe logischer, voneinander abhängiger

- Überlegungsschritte,
- Handlungsschritte,
- Entscheidungsschritte durchläuft.

Interventionen werden in ihren Zusammenhängen und Wechselwirkungen erkannt. Die Ergebnisse werden nach Prioritäten und unter Einbeziehung der Gesamtsituation systematisch ausgewertet. Dies ist grundlegende Voraussetzung, um Pflege qualitativ und quantitativ zu gestalten und zu beurteilen. Das prozessorientierte Arbeiten zielt darauf ab, dem Pflegebedürftigen so weit wie möglich seine eigenen Fähigkeiten (Ressourcen) zur Problemlösung bewusst zu machen und diese für die Förderung seiner Gesundheit und Selbstpflege einzusetzen. Wenn ihm dies nicht gelingt, soll er befähigt werden seine Selbstfürsorge-defizite wahrzunehmen und zu formulieren. Diese Defizite gleicht die Pflegefachperson in Form von Beratung, Anleitung, Teilübernahmen oder Vollübernahme aus.

Pflegeprozess und Pflegeplanung

Durch das prozessgeleitete Handeln entsteht eine Pflegeplanung, die dem Pflegebedürftigen die Pflege zukommen lassen soll, die er in seiner individuellen Situation benötigt.

Das systematische und zielgerichtete Vorgehen im Rahmen des Pflegeprozesses verdeutlicht, in welcher Weise sich berufliche Pflege von nichtberuflicher Pflege unterscheidet.

3.2.5 Rechtliche Aspekte zum Pflegeprozess

Dokumentation und Qualitätskontrolle
→ Kap. 34

Die rechtliche Verpflichtung zur Umsetzung des Pflegeprozesses beinhaltet für Pflegefachpersonen die Übernahme von mehr Verantwortung, die auch haftungsrechtliche Folgen nach sich ziehen kann. Umso wichtiger ist die Umsetzung des Pflegeprozesses als selbstverständlicher Bestandteil der Pflegepraxis.

Aus dem rechtlichen Charakter der handschriftlichen Dokumentation als Urkunde ergeben sich arbeitspraktische Konsequenzen, insbesondere hinsichtlich ihrer Beweisfunktion im Zivil- und Strafrecht sowie der Transparenz- und Qualitätssicherungsfunktion (→ Kap. 33, → Kap. 35).

Rechtliche Grundlagen

Rechtliche Grundlagen des Pflegeprozesses bilden sich ab im

- Pflegebildungsgesetz (→ 35.6),
- in den Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen, hier insbesondere die Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die ambulante und stationäre Pflege. Nach § 114a Abs. 3 SGB XI ist auch die Auswertung der Pflegedokumentation vorgesehen,
- in den Vorgaben der Heimaufsichtsbehörden auf der Grundlage der jeweiligen Landesheimgesetze.

Der Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI **bewertet** den **Pflegeprozess** im Hinblick auf die Verantwortung der Pflegefachpersonen. Gefragt wird nach der Organisation der fachlichen Planung, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses und der fachgerechten Führung der Pflegedokumentation.

Beweislastumkehr

Nicht dokumentierte Pflegemaßnahmen führen in einem Zivilrechtsstreit zu einer Beweislastumkehr, sodass die Pflegefachpersonen bzw. der Einrichtungsträger die fachgerechte Durchführung der Pflegemaßnahmen beweisen müssen.

Dokumentationssystem

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) hat mit den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung und für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten und vollstationären Pflege Hinweise zur prozesshaften Pflege formuliert. Dienste und Einrichtungen sind verpflichtet, ein **praxistaugliches Dokumentationssystem** vorzuhalten. Die Dokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen und umfasst die Bereiche:

- Stammdaten
- Pflegeanamnese inkl. Erfassung von pflege relevanten Biografiedaten
- Maßnahmenplanung, Verlaufsbericht und Evaluation
- Ärztliche Anordnungen
- Leistungsnachweis mit Durchführungskontrolle.

Innerhalb dieser Bereiche werden alle für die Erbringung der vereinbarten Leistungen notwendigen Informationen im Rahmen des Pflegeprozesses erfasst und bereitgestellt.

Aus den Unterlagen der Dokumentation müssen jederzeit der aktuelle tägliche Verlauf und der Stand des Pflegeprozesses ablesbar sein (→ Abb. 3.3). [3]

Darüber hinaus dient die Dokumentation auch der Prüfung durch die Pflegekassen. Zur Überprüfung der Pflegebedürftigkeit ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) berechtigt, Auskünfte und mit Einwilligung des Versicherten bei der Pflegeeinrichtung einzuholen. Üblicherweise findet bei einer ambulanten oder stationären Einrichtung einmal jährlich eine Qualitätsprüfung gemäß § 114 SGB XI durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) statt. Neben der Inaugenscheinnahme und der Befragung des pflegebedürftigen Menschen und der Befragung der Mitarbeiter wird immer auch die Dokumentation zur Auswertung der Pflegequalität geprüft.



VORSICHT! Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat die Dokumentation nach der geltenden Regelung gemäß § 113 SGB XI mindestens drei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der Leistungserbringung aufzuheben. Im ambulanten Bereich ist die Dokumentation beim pflegebedürftigen Menschen aufzubewahren. Soweit eine sichere Aufbewahrung dort nicht möglich

ist, ist die Dokumentation beim ambulanten Pflegedienst zu hinterlegen.

3.2.6 Ärztliche Anordnungen und der Pflegeprozess

Neben den Bereichen in der Pflege, die eigenständig geplant, durchgeführt und ausgewertet werden, gibt es zahlreiche Tätigkeiten, die aufgrund einer **ärztlichen Anordnung** (→ Kap. 31) zu erledigen sind. Pflegerisches Handeln bewegt sich immer in einem Spektrum von selbstständigen Handlungen, kooperativem Handeln und Ausführung von Anordnungen.

Ärztliche Anordnungen

Die Ausführung von ärztlichen Anordnungen ist nicht mit dem Modell des Pflegeprozesses abzubilden, sondern wird zusätzlich in den Behandlungsplan eingepflegt z. B., die verordnete medizinische Behandlungspflege. Diese muss gesondert zeitnah durchgeführt und mit Handzeichen im entsprechenden Durchführungsnachweis dokumentiert werden.

In der **Dokumentation** muss deutlich erkennbar sein, welche Tätigkeiten aufgrund einer ärztlichen Anordnung durchgeführt werden (→ Abb. 3.4) und welche auf der eigenständigen Planung der Pflegefachperson beruhen. Darüber hinaus ist es notwendig, Ziele multiprofessionell festzulegen, Maßnahmen durchzuführen und auszuwerten, beispielsweise mit:

- Alltagsbegleitern
- Sozialdienst
- Ergotherapeuten
- Logopäden
- Physiotherapeuten.

3.3 Aspekte des Pflegeprozesses: Pflegediagnostik und Pflegeplanung



PFLEGESITUATION

Stationär, Teil II

Botho Rilling erzählt der Pflegefachperson Hermine Brauer im Erstgespräch, dass er ungern in die Altenpflegeeinrichtung gehe, da er sein Haus und den schönen Garten vermissen werde. Früher war er Gärtner. Er habe sich für den Umzug entschieden, da er allein lebe und seit geraumer Zeit nach einem Schlaganfall fremde Hilfe benötige. Er habe eine Toch-

ter, die in Amerika lebe und einen Sohn, zu dem er keinen Kontakt pflege. Ein Neffe besuche ihn regelmäßig und versorgte ihn daheim mit Lebensmitteln und frischer Wäsche. Ein regelmäßiger Kirchenbesuch ist für Herrn Rilling sehr wichtig und er hofft, dass er dies fortsetzen kann. Er kann nicht mehr selbstständig laufen, da er sein linkes Bein und seinen linken Arm nicht richtig spürt. Das Sprechen fällt ihm schwer. Die Mahlzeiten hatte der ambulante Pflegedienst für ihn mitgebracht und vorbereitet. Er mag keinen Spinat und hat kaum Appetit. Das Schlucken fällt ihm noch schwer, aber er ist zuversichtlich, dass es ihm bald besser gehen wird.

Der Pflegeprozess zielt darauf ab, eine **individuelle Pflege** zu ermöglichen. Diesem liegt die Annahme zugrunde, dass Pflege auf der Entwicklung einer Beziehung zwischen Gepflegtem und Pflegendem basiert. Das gemeinsame Ziel ist eine auf den Pflegeempfänger ausgerichtete Problemlösung oder die Kompensation nicht zu lösender Probleme durch die Pflege.

Der **Pflegeprozess** (→ Abb. 3.5) beginnt mit dem ersten Kontakt zwischen den Pflegefachpersonen und dem Pflegebedürftigen. Für die umfassende Pflegediagnostik bzw. Informationssammlung sind die ersten Gespräche, in denen sich der Pflegebedürftige und die Pflegenden kennenlernen, grundlegende Schritte beim Aufbau einer professionellen Vertrauensbeziehung. Zu Beginn werden richtungsweisende Informationen über Gewohnheiten, Fähigkeiten und Pflegebedarfe sowie Erfahrungen des Pflegebedürftigen und dessen Umfeld erhoben.

Die Informationssammlung darf nicht in ein bloßes Abfragen einer Checkliste münden. Vielmehr geht es hier um einen sensibel zu gestaltenden Erstkontakt, der die Basis für ein sich weiter aufbauendes Vertrauensverhältnis sein soll.

Lebensgeschichtliche Aspekte sind bei Gesprächen mit alten Menschen wie ein Türöffner für Wünsche und Bedürfnisse. Wenn ältere Menschen über wichtige Ereignisse in ihrem Leben erzählen, können Pflegefachpersonen sich ein Bild machen über die Einstellungen, Werte und Bedürfnisse des Betroffenen. Dieser biografische Ansatz verlangt die Zustimmung des Pflegebedürftigen, diese Informationen als Bestandteil der Pflegediagnostik bzw. Informationssammlung dokumentieren zu dürfen (→ Abb. 3.6).

Sie bieten für alle Mitarbeiter und Beteiligten eine wertvolle Grundlage zum Verständnis des Verhaltens des jeweiligen Menschen (→ 2.3).

Pflegeprozess

Ausgangspunkt und Beginn des Pflegeprozesses sind die aktuelle pflegerische

Situationseinschätzung/Assessment und die Wünsche des Pflegebedürftigen. Der Pflegebedarf wird einerseits durch die festgestellte Pflegebedürftigkeit und andererseits durch das Leistungsspektrum der Altenpflegeeinrichtung sowie den Auftragsumfang durch den Pflegebedürftigen bzw. seine Angehörigen bestimmt.

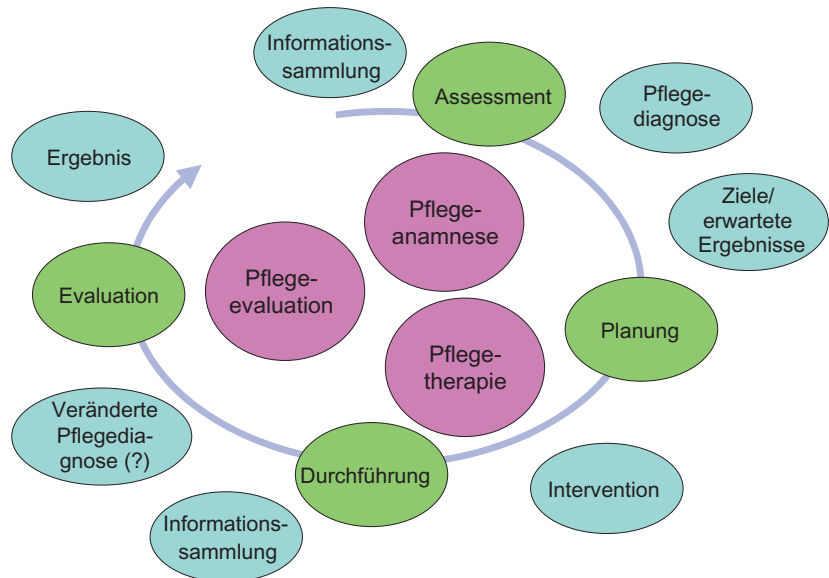


Abb. 3.5 Der Pflegeprozess. [M595]

Phasen des Pflegeprozesses	Aktionen der Pflegenden	Pflegedokumentation Formularbeispiele
Information	Erstgespräch	Stammblatt
Probleme, Ressourcen, Diagnose	Körperliche Untersuchung	Strukturierte Informationssammlung
	Biografiearbeit	Assessment-instrumente, Skalen
Ziele	Einschätzung Pflegebedürftigkeit	Maßnahmenplanung Ziele/ Pflegestandards
Maßnahmen planen	Erhebung Pflegebedarf	Berichtblatt, Durchführungskontrolle
Durchführung	Ziele definieren	Zusätzliche Formulare: z. B. Lagerungsplan Trinkprotokoll Ernährungsprotokolle
Auswertung	Maßnahmen planen und durchführen	Evaluation/ Auswertung/ Pflegebericht
	Beobachten Beurteilen	
	Pflege anpassen	

Abb. 3.6 Die Umsetzung des Pflegeprozesses in der Pflegedokumentation. [M595]

3.3.1 Pflegediagnostik

i DEFINITION

Pflegediagnostik: Prozess der Informationssammlung (→ Abb. 3.7) von der ersten Erhebung von Informationen bis zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit anhand einer (oder mehrerer) Pflegediagnose(n). Komplexes Geschehen, zu dem die konsequente Analyse und Interpretation von Informationen auf der Basis von Pflegewissen und der sinnvolle Einsatz von Erfahrung und Intuition gehören.

Ziel der Pflegediagnostik ist es, das Maß der Pflegebedürftigkeit eines Pflegebedürftigen zu erheben und als Pflegeproblem mithilfe von Pflegediagnosen zu beschreiben. Darüber hinaus ermitteln Pflegende die individuellen Ressourcen, die dazu beitragen, dass der Pflegebedürftige eine größtmögliche Selbstständigkeit erhalten kann.

Pflegediagnostik umfasst somit die **Auswertung von schriftlichen Informationen**, die der Pflegebedürftige mitbringt, Gespräche mit dem Pflegebedürftigen und dessen Angehörigen (und hier speziell das Pflegeanamnesegespräch) sowie eine körperliche Untersuchung (z.B. Begutachtung einer Wunde).

Pflegediagnostik basiert im Unterschied etwa zum biografischen Konzept (→ 2.3) auf einer **analytischen** und zielgerichteten

Arbeitsweise, um die Pflegebedürftigkeit möglichst zuverlässig zu erfassen. Der Schwerpunkt liegt also beim Erkennen und Benennen des Zustands des Pflegebedürftigen, während die therapeutischen Ansätze im nächsten Schritt des Pflegeprozesses beschrieben werden.

Pflegediagnose

- Neben dem hier verwendeten Begriff Pflegediagnostik wird diese Phase auch als Einschätzungsphase, Pflegeanamnese oder Pflegeassessment bezeichnet. Alle diese Begriffe bezeichnen den Prozess der Erhebung der Pflegebedürftigkeit und der Feststellung des Pflegebedarfs.
- Wenn keine Pflegebedürftigkeit besteht, lässt sich natürlich auch keine Pflegediagnose stellen. Möglicherweise besteht jedoch ein Unterstützungsbedarf.

Erstgespräch und Pflegevisite

Dem **Erstgespräch** mit dem Pflegebedürftigen in der Pflegediagnostik kommt eine zentrale Bedeutung zu. Das Erstgespräch (Pflegeanamnese) bietet eine sinnvolle Unterstützung zur systematischen Erfassung. Um die gesamte Lebenssituation des Pflegebedürftigen zu erfassen, müssen **Informationen** aus **verschiedenen Bereichen** kontinuierlich erhoben werden:

- Persönliche Daten, (Stammdaten) wie Name, Vorname, Alter, Anschrift, Religionszugehörigkeit, Beruf, Wohnort, Versicherung
- Soziale Situation, Beschreibung des aktuellen gesellschaftlichen Lebens des Pflegebedürftigen, z.B.: allein lebend, verheiratet, verwitwet, Lebenspartner, Angehörige, Bezugspersonen, Kinder, Freunde
- Analyse der physischen Verfassung, z.B. akute und chronische Krankheiten, ärztliche Befunde, körperliche Einschränkungen
- Analyse der psychischen Verfassung, z.B.: Angst, Optimismus, Nervosität
- Analyse der Gewohnheiten, wie Vorlieben und Abneigungen
- Lebensgeschichte (Biografie), die einen Zugang zum Pflegebedürftigen sowie Verständnis für seine Persönlichkeit ermöglichen (→ 2.3).

Pflegefachpersonen nutzen weitere **Informationsquellen** (→ Abb. 3.8):

- Befragungen des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen z.B. in Form einer Selbsteinschätzung der pflegebedürftigen Person
- Spontane Äußerungen des Pflegebedürftigen, seiner Angehörigen, Bezugspersonen, Betreuer oder Mitbewohner und sonstige Gespräche
- Beobachtung des Verhaltens z.B. in der Einrichtung und in seinem sozialen Umfeld
- Teammitglieder und Angehörige anderer Berufe, z.B. Hausarzt, sozialer Dienst, Seelsorger, Physio-, Ergo-, Logotherapeuten, Alltagsbegleiter, hauswirtschaftlicher Dienst.

Körperliche Untersuchung

Dieser Erstkontakt umfasst neben der Befragung des Pflegebedürftigen auch eine körperliche Untersuchung und, wenn sinnvoll, eine Einbeziehung von Angehörigen und anderen Bezugspersonen (→ Abb. 3.9).

Neben dem Aufnahmegespräch ist die **Pflegevisite** ein wichtiges Instrument zur Informationssammlung und Überprüfung der weiteren Schritte.

Art der Informationen

Die **Informationen** lassen sich einteilen nach der Informationsquelle in direkte und indirekte Informationen und nach dem Informationstyp in subjektive und objektive Informationen (→ Abb. 3.8).

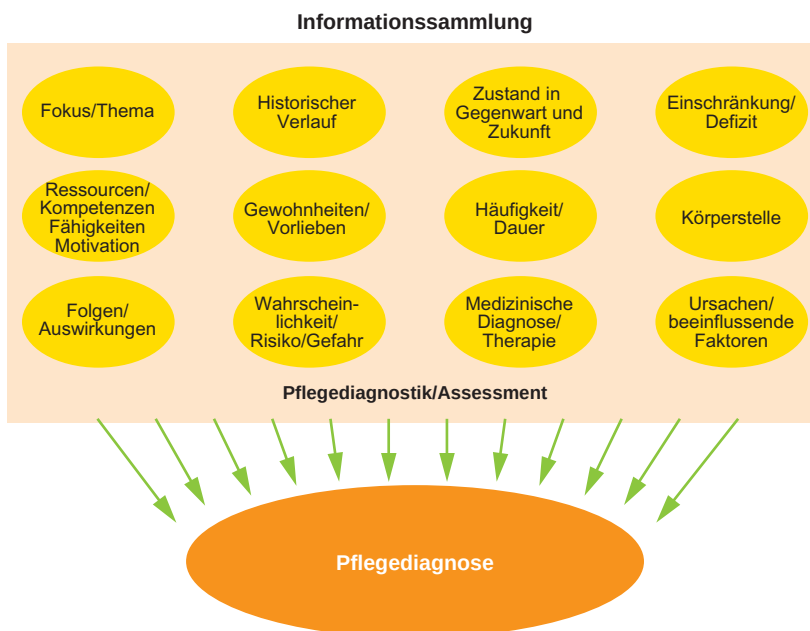


Abb. 3.7 Pflegediagnostik im Pflegeprozess. [M595]



KINDER UND JUGENDLICHE: ENTWICKLUNG UND BESON- DERHEITEN DER PFLEGE

Sarah Bayer, Cordula Kornberger-Mechler

5.1 Pränatale Entwicklung

Die Dauer einer regulären Schwangerschaft beträgt **40 Wochen** (± 10 Tage) bzw. 10 Lunarmonate zu 28 Tagen und wird in **drei Phasen** eingeteilt:

- Entwicklung der **Blastozyste** (Zeitraum von der Befruchtung bis zur Einnistung – Dauer etwa 15 Tage)
- **Embryonalentwicklung** (ab dem 16. Tag bis zum Ende der 8. SSW)
- **Fetalentwicklung** (ab der 9. SSW).

Im Anschluss an die Nidation (Einnistung) beginnt die Embryonalentwicklung, diese dauert bis zum Ende der 8. Schwangerschaftswoche (SSW). Während dieser Zeit werden die sämtlichen Organsysteme angelegt. In dieser Entwicklungsphase führen Störungen zum Fruchttod oder zu Organfehlbildungen. In der Fetalphase, die von der 9. SSW bis zur Geburt andauert, wachsen die zuvor angelegten Organe und nehmen zum Teil bereits ihre Funktion auf.

In der Schwangerschaft können physikalische und chemische Einflüsse ebenso wie Erkrankungen der Mutter die Anlage und Ausbildung der Organe (**Organogenese**) beeinträchtigen. Während der Embryonalperiode führen teratogene Noxen zu intra-

uterinen Fruchttod bzw. zu umschriebenen oder komplexen Fehlbildungen, die als **Embryopathien** bezeichnet werden. Diese **Störungen der Embryonal- und Fetalentwicklung** sind abhängig vom

- Zeitpunkt der Schädigung, von der
- Art der teratogenen Noxe und von der
- Intensität der teratogenen Noxe.

Durch die **Vorsorgeuntersuchungen** in der Schwangerschaft gemäß der Mutterschafts-Richtlinien sollen mögliche Gefahren während der Schwangerschaft und nach der Entbindung für das Leben und die Gesundheit von Mutter und Kind abgewendet und Gesundheitsstörungen frühzeitig erkannt und behandelt werden.

Beeinträchtigende Faktoren

- Physikalische Noxen: insbesondere Strahlen
- Chemische Noxen: Medikamente, Alkohol, Nikotin und Drogen
- Pränatale Infektionen: Beispielsweise Röteln, Zytomegalie oder Toxoplasmose
- Mütterliche Stoffwechselstörungen
- Blutgruppenunverträglichkeiten

LERN-TIPP

- Informieren Sie sich über die Untersuchungen, die während der Schwangerschaft durchgeführt werden. Bei Risikoschwangerschaften finden die Vorsorgeuntersuchungen in kürzeren Zeitabständen statt. Recherchieren Sie, welche Befunde ein erhöhtes Risiko für Mutter und Kind im Sinne einer Risikoschwangerschaft bedeuten können.
- Sehen Sie sich während Ihres praktischen Einsatzes in der Geburtshilfe einen Mutterpass und die eingetragenen Daten an und lesen Sie ggf. unklare Begriffe und Abkürzungen nach.

5.2 Entwicklungs- und Lebensabschnitte des Kindes

In der Medizin wird unter dem Begriff Kindheit der Zeitraum von der Geburt bis zum Beginn der Geschlechtsentwicklung bezeichnet. In der Pädiatrie werden diverse Alters- und Entwicklungsstufen unterschieden. Die Begriffe **Neugeborenes**, **Säugling**, **Kleinkind** sind dabei an entsprechende Zeiträume gebunden. Die → Tab. 5.1 fasst

Tab. 5.1 Alters- und Entwicklungsstufen.

Altersstufe	Definition bzw. Dauer
Neugeborenenperiode	1.–4. Lebenswoche
Säuglingsalter	1. Lebensjahr (auch als 1.–4. Trimenon bezeichnet)
Kleinkindalter	2.–6. Lebensjahr
Frühes Schulalter	6.–10. Lebensjahr
Pubertät	Zeitraum vom ersten Auftreten der sekundären Geschlechtsmerkmale bis zur Geschlechtsreife • Mädchen: Beginn mit 8–14 Jahren, Abschluss mit 14–18 Jahren • Jungen: Beginn mit 10–15 Jahren, Abschluss mit 16–20 Jahren
Adoleszenz	Zeitlich nicht einheitlich definierter Lebensabschnitt zwischen Beginn bzw. Ende der Pubertät und dem Abschluss des Körperwachstums; Dauer bis etwa 20. Lebensjahr

die Alters- und Entwicklungsstufen, die in der Pädiatrie unterschieden werden, zusammen.

Den einzelnen **Entwicklungsphasen** sind entsprechenden Entwicklungsaufgaben und Bedürfnissen zugeordnet, die sowohl für die motorische als auch die soziale Entwicklung bedeutsam sind. Das **Entwicklungsalter** orientiert sich vor allem an den Fähigkeiten des Kindes und gibt den tatsächlichen Entwicklungsstand an.

Unter **Entwicklung** versteht man alle Veränderungen im Erleben und Verhalten, Wahrnehmen und Können eines Menschen, die sich im Laufe eines Lebens vollziehen und sich von der Zeugung bis zum Tod fortlaufend ereignen. Die Entwicklungspsychologie als Teilgebiet der Psychologie untersucht und erforscht die Entwicklung des Menschen über die gesamte Lebensspanne. Im Zusammenhang mit der Entwicklung sind folgende **Begriffe** gebräuchlich:

- **Chronologisches Alter:** Lebensalter zum Zeitpunkt der Beurteilung
- **Gestationsalter:** Dies wird in Schwangerschaftswochen (kurz: SSW) angegeben, bei Frühgeborenen wird nach der Geburt bis zum errechneten Geburtstermin (40 SSW) weitergezählt
- **Entwicklungsalter:** Orientiert sich an den Fähigkeiten des Kindes und gibt den tatsächlichen Entwicklungsstand an.

5.2.1 Entwicklung bestimmte Organsysteme

Knochenwachstum

Bis auf die Schädelknochen und die Schlüsselbeine entstehen alle Knochen durch chondrale Ossifikation (Verknöcherung), d. h. sie gehen aus Knorpelgewebe hervor. Anzahl, Form und Größe von Knochenkernen und der Grad des knöchernen Ver-

schlusses der Epiphysenfugen unterliegen während der Entwicklung einem charakteristischen Wandel.

Die **Knochenreife** des Kindes lässt sich durch eine Röntgenuntersuchung der linken Hand erfassen. Das Knochenalter wird durch den Vergleich mit Aufnahmen alters- und geschlechtstypischen Bildern bestimmt. Auf diese Weise ist eine Prognose über die Endgröße sowie die Beurteilung von Wachstumsstörungen möglich. Das **Knochenwachstum** der unteren Extremitäten endet mit dem Verschluss der Epiphysenfugen der Tibia zwischen dem 19. und 21. Lebensjahr. Die Wachstumsfugen von Humerus und Radius verknöchern zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr.

Zahnentwicklung

Der erste Zahn des Milchgebisses erscheint durchschnittlich im **6. Lebensmonat**. Mit 2 ½ Jahren sind gewöhnlich alle 20 Milchzähne vorhanden. Vor dem Zahndurchbruch ist das Zahnfleisch gerötet und geschwollen, wodurch die Kinder Schmerzen haben und häufig unruhig sind. Teilweise tritt dazu begleitend leichtes Fieber auf. Die Schmerzen können gelindert werden, indem das Kind auf einen stumpfen festen Gegenstand oder auf einen entsprechenden Kühlring beißen kann. Das **bleibende Gebiss** mit 32 Zähnen entwickelt sich ab dem **6. Lebensjahr**.

Zur **Kariesprophylaxe** wird empfohlen, die Zahnpflege durchzuführen, sobald der erste Milchzahn durchgebrochen ist. Durch Fluoride können die (Milch-)Zähne zusätzlich gehärtet werden. Darüber hinaus sollte auf einen niedrigen Zuckergehalt der Nahrung geachtet werden.

Verzögerter Zahndurchbruch

Mögliche Ursachen für einen verzögerten Zahndurchbruch können neben einer harmlosen konstitutionellen Entwicklungsverzögerung u. a. schwere Ernährungsstörungen, Rachitis oder eine angeborene Hypothyreose sein.

5.2.2 Motorische Entwicklung

Die **Reifung des zentralen Nervensystems (ZNS)** in den ersten Lebensjahren ist eine Voraussetzung für die motorische Entwicklung des Kindes: Die Anzahl der Nervenzellen (graue Substanz) und der Myelinscheiden (weiße Substanz) verdoppelt sich etwa bis zum 10. Lebensjahr. Das Schädelwachstum ist durch die Größenzunahme des Gehirns bedingt.

- Die Nervenzellen gehen nach der Geburt zahlreiche Verbindungen ein, d. h. die Dichte der Synapsen nimmt zu
- Folglich werden auch vermehrt Neurotransmitter produziert. Dabei werden zunächst erregende und dann hemmende synaptische Überträgerstoffe gebildet
- Diese Veränderungen ermöglichen u. a. die motorische Entwicklung sowie die sensorische, propriozeptive und die vestibuläre Wahrnehmung.

Die motorische Entwicklung ist zudem von zahlreichen **Umweltfaktoren** abhängig, z. B. von:

- Motivierenden Reizen wie Spielzeug, welches das Kind greifen oder durch Fortbewegung erreichen möchte
- Möglichkeit, motorische Erfahrungen zu sammeln
- Kulturellen Einflüssen.

Sensomotorische Entwicklung

Die Bewegungsentwicklung und die kognitive Entwicklung beeinflussen sich gegenseitig. Die kindliche Neugier dient als Motor der sensomotorischen Entwicklung.

Die sogenannten **Grenzsteine der Entwicklung** (→ Tab. 5.2) stellen eine diagnostische Hilfe zur Beurteilung der Entwicklung bzw. von Entwicklungsstörungen dar. Es handelt sich dabei um Richtwerte, hier gibt es jedoch eine große Variationsbreite. Die dort aufgeführten Entwicklungsschritte, sind von 90–95 % der gesunden Kinder bis zu einem bestimmten Alter erreicht worden. Werden diese Entwicklungsschritte nicht

Tab. 5.2 Die Grenzwerte der Entwicklung geben Richtwerte der idealen motorischen Entwicklung wieder.

Alter	Motorische Fähigkeiten	Handfunktion
6 Wochen	- Bauchlage: Unterarmstütz - Rückenlage: Fechterstellung	Handgreifreflex
3 Monate	- Symmetrischer Ellenbogenstütz - Stabile Rückenlage - Hält Kopf in Mittelstellung	- Hand-Hand-Koordination - Hand-Mund-Augen-Koordination - Beginnendes ulnares Greifen
4½ Monate	Einzelellenbogenstütz	–
5–5½ Monate	Handwurzelstütz	- Radiales Greifen über die Mittellinie - Transferiert Gegenstände von einer Hand in die andere
6 Monate	- Symmetrischer Handstütz - Dreht von Rückenlage in Bauchlage	- Hand-Fuß-Koordination - Handgreifreflex muss erloschen sein
7½ Monate	- Einzelhandstütz - Kreisrutschen - Schräger Sitz - Drehen von Bauchlage in Rückenlage	Hand-Fuß-Mund-Koordination
8 Monate	- Robben - Vierfüßlerstand	–
9 Monate	- Langsitz - Krabbeln	- Opposition des Daumens - Pinzettengriff
10½ Monate	- Zieht sich zum Stand hoch - Seitliche Schritte	- Zangengriff - Blättert im Bilderbuch um
12 Monate	Macht erste Schritte	- Steckt Gegenstände ineinander - Zeichnet Punkte oder flüchtige Striche auf Papier
2 Jahre	- Rennen - Hockt sich zum Spielen hin und steht freihändig auf	- Isst selbstständig mit einem Löffel - Hält eine Tasse und trinkt aus ihr - Malt eine runde Spirale - Schraubt Deckel auf und zu
3 Jahre	- Hüpft auf beiden Beinen - Steht auf einem Bein - Steigt Treppen im Wechselschritt mit Festhalten hinauf - Fährt Dreirad	- Benutzt eine Gabel - Zieht ein Kleidungsstück an oder aus - Packt ein Bonbon aus dem Papier - Zeichnet einen geschlossenen Kreis
4 Jahre	- Hüpft auf einem Bein - Schießt einen Ball	- Schneidet mit der Schere - Kann Knöpfe leicht zumachen - Zeichnet Menschen
5 Jahre	Steigt Treppen im Wechselschritt herab	- Zieht sich selbstständig an - Säubert sich alleine auf der Toilette
6 Jahre	- Hüpft im Wechselschritt - Fährt Fahrrad	- Schreibt eigenen Namen in Druckbuchstaben - Kann einen Ball fangen

erreicht, muss eine Abklärung der Entwicklungsverzögerung erfolgen.

Vorsorgeuntersuchungen

Die gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen dienen u. a. der fortlaufenden Einschätzung und Beurteilung der sensomotorischen Entwicklung.

5.2.3 Sprachentwicklung

Die zentralen **Voraussetzungen** für eine **regelrechte Sprachentwicklung** sind:

- Hörfähigkeit des Kindes (bereits intrauterin vorhanden)
- Zuwendung verbunden mit einem Angebot an menschlichen Stimmen
- Altersentsprechende sensomotorische Entwicklung.

Bei der stationären Aufnahme eines Kindes werden neben Parametern wie den Körpermaßen und den Vitalzeichen weitere Beobachtungen gemacht.

Bereits im Rahmen der ersten Kontaktaufnahme bzw. dem Anamnesegespräch mit Eltern und Kind erhält die Pflegekraft erste Hinweise zur Sprachentwicklung (→ Tab. 5.3) des Kindes.

5.2.4 Psychosoziale Entwicklung

Die emotionale Beziehung zwischen dem Säugling und seinen Bezugspersonen ist der Beginn der sozialen Entwicklung.

Das Kind verfügt bereits nach der Geburt über Fähigkeiten, die darauf ausgerichtet sind mit anderen Personen in **sozialem Kontakt** zu treten. Initial sind dies der Blickkontakt, die Kopfhaltung, das Weinen und ab der 6.–8. Lebenswoche das erste soziale Lächeln als Reaktion auf das menschliche Gesichtsschema. Erst ab dem 6. Lebensmonat unterscheidet das Kind zwischen bekannten und fremden Personen. Ab dem 8. Lebensmonat beginnt häufig das sogenannte „Fremdeln“. Die Kriterien für ein altersentsprechendes Sozial- und Spielverhalten gehen aus der → Tab. 5.4 hervor.

Tab. 5.3 Sprachentwicklung.

Alter	Kriterien für normale Sprachentwicklung
Bis 7. Woche	Spontane Artikulation von Kehllauten
6. Woche bis 6. Monat	Erste Lallperiode mit Lippenschlusslauten
6.–9. Monat	• Zweite Lallperiode mit R-Ketten, Silbenketten und Silbenverdopplung • Jauchzt vor Vergnügen und protestiert durch Laute
8.–9. Monat	• Erstes Sprachverständnis: unterbricht Tätigkeit, wenn es seinen Namen hört, reagiert auf Lob und Verbote („Nein!“) • Ahmt Tonfolgen nach
9.–12. Monat	• Bildet erste Wörter • Benennt bekannte Gegenstände
13.–15. Monat	Versteht die Bezeichnung von Körperteilen
15.–18. Monat	• Einwortsätze • Gebraucht Wörter, um Wünsche zu äußern
18.–24. Monat	• Zweiwortsätze • Ungeformte Mehrwortsätze • Stellt erste Fragen
mit 2 Jahren	• Versteht zusammenhängende Sätze • Nennt sich selbst beim Namen • Gebraucht mindestens 20 Wörter sinngemäß
mit 3 Jahren	• Geformte Mehrwortsätze • Benutzt Personalpronomen richtig • Benutzt Singular und Plural richtig
mit 4 Jahren	• Erzählt Erlebnisse • Kann sich mit anderen unterhalten • Gebraucht ca. 1.500 Wörter
mit 5 Jahren	• Spricht praktisch fehlerfrei • Zählt bis 10 • Fragt nach Wortbedeutungen

Tab. 5.4 Altersentsprechendes Sozial- und Spielverhalten.

Alter	Sozialverhalten	Spielverhalten
6 Wochen	Antwortet mit einem Lächeln, wenn es angelächelt wird	Fixiert und verfolgt Gegenstände in seinem Gesichtsfeld
3 Monate	• Lächelt spontan • Freut sich über Zuwendung	Schaut sich die eigenen Finger an und spielt mit ihnen
6 Monate	Unterscheidet zwischen bekannten und fremden Personen	• Greift nach Gegenständen • Transferiert sie von einer Hand in die andere
9 Monate	Fremdelt	Untersucht Gegenstände intensiv mit Händen, Mund und Augen
12 Monate	• Zeigt Zuneigung gegenüber vertrauten Personen • Macht „Winke-Winke“	• Schüttelt Gegenstände • Klopft und wirft mit Gegenständen
18 Monate	• Möchte dauernde Aufmerksamkeit von erwachsenen Bezugspersonen • Zeigt Skepsis gegenüber Gleichaltrigen	• Spielt alleine • Versteckt Gegenstände und holt sie wieder • Räumt Dinge ein und aus • Untersucht intensiv die Umgebung
2 Jahre	• Verteidigt seinen „Besitz“ • Versucht sich durchzusetzen	• Spielt neben anderen • Imitiert alltägliche Handlungen der Erwachsenen
3 Jahre	Teilt nach Aufforderung mit Anderen	• Spielt mit anderen • Rollenspiel • Illusionsspiel („So tun als ob“)
4 Jahre	Sucht Kooperation und Freundschaft mit Gleichaltrigen	• Spielt gut mit anderen Kindern • Einfaches konstruktives Spiel
5 Jahre	Kooperiert mit Spielgefährten	• Aufwendiges und ausdauerndes konstruktives Spiel • Hält sich meist an Spielregeln • Versteht „gewinnen“ und „verlieren“

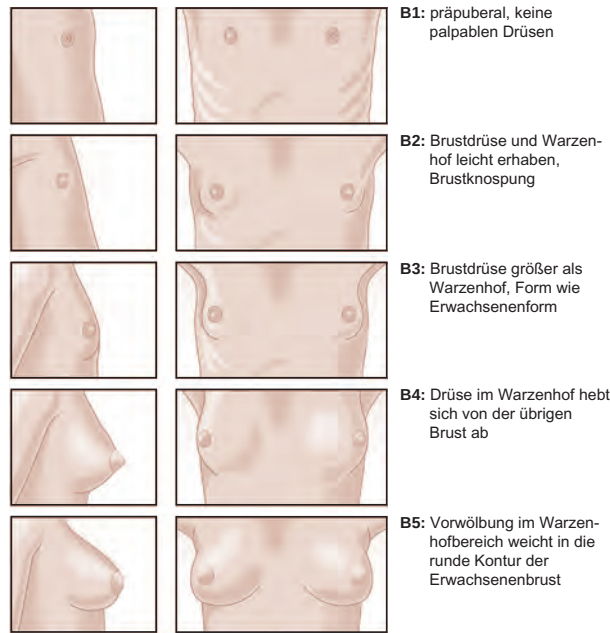


Abb. 5.1 Pubertätsstadien nach Tanner – Mädchen (Brustentwicklung). [G175]

5.2.5 Pubertätsentwicklung

Unter dem Einfluss von Geschlechtshormonen entwickeln sich Mädchen und Jungen während der Pubertät zu geschlechtsreifen Frauen und Männern. Als übergeordnete Zentren regulieren der **Hypothalamus** und die **Hypophyse** die **Hormonproduktion**.

Bei **Mädchen** treten die sekundären Geschlechtsmerkmale in folgender Reihenfolge auf (→ Abb. 5.1, → Abb. 5.2):

- **Thelarche**: Beginn der Brustentwicklung im Alter von 9–10 Jahren unter Östrogeneinfluss
- **Pubarche**: Wachstum der ersten Schamhaare durch von der Nebenniere gebildete Androgene (ca. 6 Monate nach der Brustentwicklung)
- **Menarche**: Die erste Menstruationsblutung tritt circa mit 12–13 Jahren auf.

Bei **Jungen** ist das erste Pubertätszeichen (→ Abb. 5.3) die Vergrößerung des Hodens

etwa im Alter von 12 Jahren. Durch den Androgeneinfluss entwickelt sich der Penis, die typische Sekundärbehaarung sowie Knochen und Muskulatur. Zudem kommt es zum Stimmbruch.

Verfrühte und verspätete Pubertät

Der zeitliche Ablauf der Pubertät ist sehr variabel. Abklärungsbedürftig sind:

- **Pubertas praecox**: Sekundäre Geschlechtsmerkmale treten bei Mädchen vor dem 8. Lebensjahr bzw. bei Jungen vor dem 10. Lebensjahr auf
- **Pubertas tarda**: Bis zum 14. Lebensjahr sind noch keine sekundären Geschlechtsmerkmale aufgetreten.

5.3 Bestimmung der Körpermaße

Um die körperliche Entwicklung des Kindes zu beurteilen und mögliche Störungen rechtzeitig zu bemerken, werden bei jeder Vorsorgeuntersuchung sowie bei der stationären Aufnahme folgende Messgrößen erhoben: **Körpergewicht**, **Körpergröße** und **Kopfumfang**. Die Werte werden in **Somatogrammen** erfasst, die aus Perzentilenkurven (→ Abb. 5.4) bestehen.

5.3.1 Körpergröße

Die durchschnittliche **Körperlänge** eines gesunden Neugeborenen beträgt 50 cm. Die Werte liegen zwischen 45–56 cm. Dies entspricht der 3.–97. Perzentile. Die Längsentwicklung beträgt:

- 1 Jahr ca. 75 cm
- 4 Jahre ca. 100 cm
- 12 Jahre ca. 150 cm
- Die mittlere Endgröße beträgt bei

Mädchen 166 cm und bei Jungen 178 cm. Die Ermittlung der Körpergröße erfolgt bei Säuglingen mithilfe einer Messleiste-, schale, mulde.

5.3.2 Körpergewicht

Das **durchschnittliche Geburtsgewicht** eines gesunden Neugeborenen beträgt **3400 g**, der **Normbereich** liegt zwischen 2500 und 4600 g. Diese Werte entsprechen der 3.–97. Perzentile. In den ersten Lebenstagen kommt es zu einer physiologischen Gewichtsabnahme, die bis zu 10 % des Geburtsgewichts betragen kann und nach etwa 10 Tagen wieder ausgeglichen sein sollte.

Das Geburtsgewicht wird bis zum 5. Lebensmonat verdoppelt und bis zum Ende des ersten Lebensjahres verdreifacht (ca. 10 kg). Im 6. Lebensjahr versechsfacht (etwa 20 kg) und im 9. Lebensjahr verneunfacht (etwa 30 kg). Im 12. Lebensjahr verzweifacht (etwa 40 kg).



P1: präpuberal, keine Behaarung

P2: wenige glatte oder leicht gekräuselte Schamhaare, leicht pigmentiert, an den Labia majora

P3: Schamhaare kräftiger, dunkler, umschriebene Ausdehnung

P4: Erwachsenenbehaarung, horizontale Begrenzung nach oben, Übergang auf Oberschenkel möglich

P5: Behaarung entlang der Linea alba nach oben

Abb. 5.2 Pubertätsstadien nach Tanner – Mädchen (Pubesbehaarung). [G175]



Abb. 5.3 Pubertätsstadien nach Tanner – Jungen. [G039]

5.3.3 Schädelwachstum

Der **durchschnittliche Kopfumfang** beträgt bei einem gesunden Neugeborenen ca. **35 cm**. Das Schädelwachstum wird vor allem durch das Gehirnwachstum beeinflusst. Der Kopfumfang wird also regelmäßig in den Vorsorgeuntersuchungen bestimmt, um Rückschlüsse auf die Entwicklung des Gehirns ziehen zu können. Bei einem verlangsamten Schädelwachstum spricht man von einer Mikrozephalie (Hinweis auf Entwicklungsstörung des Gehirns). Abweichungen nach oben können auf einen Hydrozephalus hindeuten.

Die erhobenen Werte werden in Somatogramme (→ Abb. 5.4) eingetragen. Diese werden mittels Vermessung zahlreicher gesunder Kinder erstellt. Es werden dabei alters- und geschlechtsspezifische Somatogramme genutzt. Innerhalb der Somatogramme kann mithilfe von Perzentilenkurven der Prozentrang ermittelt werden.

5.4 Vitalzeichen erheben

5.4.1 Atmung

Die Atemfrequenz (→ Tab. 5.5) weicht bei Kindern altersabhängig von den Normwerten der Atemfrequenz eines Erwachsenen ab. Besonders bei Säuglingen mit einer Atembehinderung (→ Abb. 5.5) können Einziehungen beobachtet werden:

- **Juguläre Einziehungen:** Atemabhängige Hauteinziehungen im Bereich des Halses
- **Klavikuläre Einziehungen:** Einziehungen im Bereich des Schlüsselbeins
- **Interkostale Einziehungen:** Sichtbares Einsinken der Zwischenrippenräume
- **(Supra)sternale Einziehungen:** Einziehungen im Bereich des Brustbeins/unmittelbar über dem Brustbein (Drosselgrube)
- **Epigastrische oder substernale Einziehungen:** Einziehungen der Bauchwand in der Magen- bzw. Oberbauchgegend.

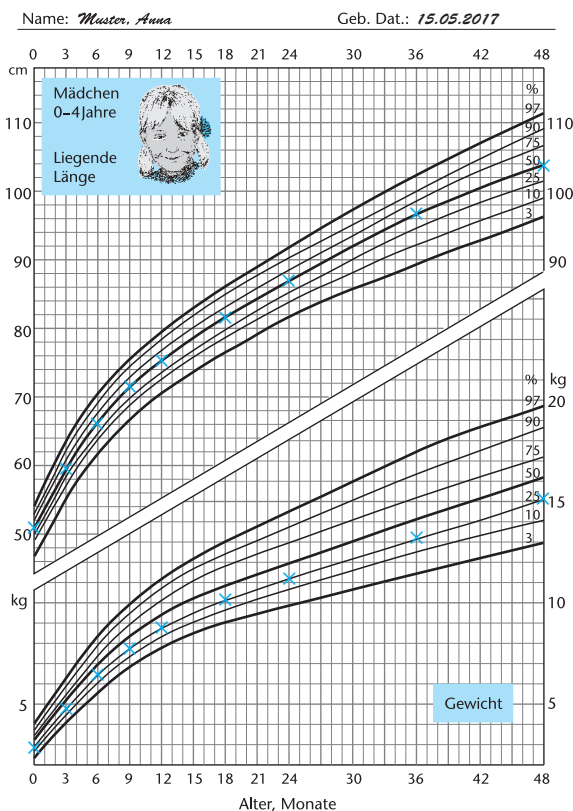


Abb. 5.4 Ein Somatogramm ist ein Schaubild, in dem die körperliche Entwicklung des Kindes dokumentiert wird. Es können Größe, Gewicht und Kopfumfang abhängig vom Alter dargestellt, das Körpergewicht ins Verhältnis zur Körpergröße gesetzt werden oder die Wachstumsgeschwindigkeit ermittelt werden. Im Folgenden ein Beispielsomatogramm für ein Mädchen bis zum 4. Lebensjahr. [L157]

Tab. 5.5 Atemfrequenz-Normwerte.

Frühgeborene	48–60/Min.
Neugeborene	40–50/Min.
Säuglinge	20–30/Min.
Kleinkinder	16–25/Min.
Schulkinder/Jugendliche	12–20/Min.

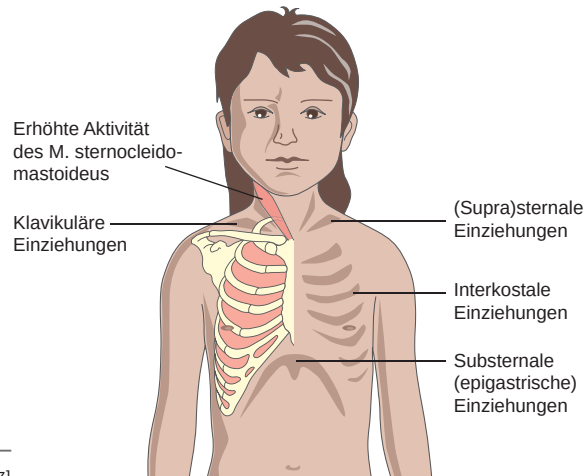


Abb. 5.5 Atembeobachtung. [L157]

Es gilt zu beachten, dass Neugeborene und Säuglinge fast ausschließlich über die Nase atmen, daher ist eine freie und **unbehinderte Nasenatmung** besonders wichtig. Tritt eine Rhinitis mit einer behinderten Nasenatmung bei Säuglingen auf, so kann dies zu Trinkschwierigkeiten und Atemstörungen führen. Nasentropfen werden daher beispielsweise vor dem Stillen/der Nahrungsaufnahme verabreicht.

Bei Säuglingen kann sich z. B. im Rahmen einer Pneumonie das sogenannte **Nasenflügeln** entwickeln. Darunter werden heftige Bewegungen der Nasenflügel verstanden, die synchron mit der Atmung auftreten und als Zeichen der Atemnot gelten.

5.4.2 Puls

Die **Herzfrequenz** schwankt bei Kindern stärker als bei Erwachsenen, da sie stärker auf Belastungen wie körperliche Anstrengung, Fieber oder Anspannung reagieren. Ihre Herzfrequenz kann bei bis zu 200 Schlägen/Min. liegen.

Bei Säuglingen mit schwer zu ertastendem Puls kann ein **Stethoskop** zur Bestimmung der Herzfrequenz zu Hilfe genommen werden. Bei Kindern unter 2 Jahren ist die beim Erwachsenen am häufigsten gewählte Pulsmessstelle, die A. radialis, oftmals aufgrund von Fettpolstern weniger gut geeignet.

LERN-TIPP

Versuchen Sie im Rahmen Ihres pädiatrischen Einsatzes die Pulsfrequenz von Kindern manuell zu bestimmen. Beachten Sie dabei, dass die Pulsfrequenz möglichst im Ruhezustand ermittelt werden sollte (z. B. im Schlaf).

5.4.3 Blutdruck

Bei Kindern spielt die **richtige Manschettengröße** bzw. -breite eine besonders wichtige Rolle, da bei falscher Größe die ermittelten Werte verfälscht werden und somit nicht aussagekräftig sind. Zwei Drittel der Extremitäten sollten durch die Manschette bedeckt sein.

Manschettengröße

Zur genauen Bestimmung verhilft die nachfolgend Formel: Oberumfang in cm $\times 0,6-1,2$ cm = Breite der Manschette. Die meisten Manschetten haben entsprechende Markierungen oder Altersangaben und können die Auswahl der geeigneten Größe unterstützen.

Die Normwerte des Blutdrucks sind, wie die $\rightarrow$ Tab. 5.6 zeigt, altersabhängig:

Bei Neugeborenen und Säuglingen hört man oft bei der manuellen Messung die Koroktowntöne, d. h. den Pulsschlag bei der Blutdruckmessung nicht. Deshalb wird bei diesen der Blutdruck meist am Unterschenkel elektronisch gemessen ($\rightarrow$ Abb. 5.6).

Tab. 5.6 Blutdruck-Normwerte.

Frühgeborene (1000–2000 g)	45–50 mmHg systolisch
Neu-/Frühgeborene > 2000 g	70–80 mmHg systolisch
Säuglinge	65–85 mmHg systolisch
Kleinkinder	95/60 mmHg
Schulkinder 6.–9. Lj.	100/60 mmHg
Schulkinder 9.–12. Lj.	110/70 mmHg
Jugendliche/Erwachsene	120/80 mmHg

LERN-TIPP

Machen Sie sich mit den unterschiedlichen Manschettengrößen von Kindern vertraut und überprüfen Sie die geeignete Auswahl der Manschettengröße mit Hilfe der aufgeführten Berechnungsformel.

5.4.4 Körpertemperatur

Der Organismus regelt seine Temperatur über Wärmeproduktion und -abgabe in engen Grenzen. Abweichungen der Körpertemperatur (Fieber, Hyper-, Hypothermie) sind im Kindesalter sehr häufig, können aber ein ernstes und wichtiges Krankheitssymptom sein. Es gibt folgende **Messorte** zur Bestimmung der Körpertemperatur:

- **Rektal:** Bei Neugeborenen und bei Säuglingen wird die Körpertemperatur häufig rektal gemessen. Hierzu werden diese in Seitenlage oder Rückenlage mit angezogenen Beinen positioniert. Es ist zu beachten, dass hierbei eine Gefahr von Schleimhautläsionen besteht



Abb. 5.6 Elektronische Blutdruckmessung. [K115]



Abb. 5.7 Infrarot-Ohrthermometer. [V410]

- **Oral/sublingual:** Nur bei ruhigen und kooperativen Patienten geeignet. Bei Säuglingen und Kleinkindern sollte diese Messart aufgrund der ungenauen Messergebnisse bei falscher Anwendung sowie der Verletzungsgefahr nicht angewendet werden
- **Axillär:** Dieser Messort zur Temperaturbestimmung wird bei Kindern relativ selten angewendet, da hiermit ausschließlich die Körperschalentemperatur ermittelt werden kann
- **Tympanal:** Die Messung der Temperatur im äußeren Gehörgang (→ Abb. 5.7) sollte nicht vor der Vollendung des ersten Lebensjahres erfolgen sowie bei Verletzungen oder Erkrankungen des Ohres wie z. B. Otitis media. Hierbei ist es wichtig, dass die Messspitze des Ohrthermometers exakt im Gehörgang positioniert wird, um ein genaues Messergebnis zu erzielen.

Die Temperatursonde ist ein **elektronisches Thermometer** zur kontinuierlichen Überwachung der Körpertemperatur. Die Hauttemperatur kann durch diese Sonde gemessen werden und wird häufig bei Frühgeborenen angewendet. Der Temperaturfühler mit elektronischem Sensor befindet sich am Ende einer dünnen Sonde. Über einen Monitoranschluss werden kontinuierlich Messwerte am Monitor angezeigt.

Neugeborene und Säuglinge können keine Wärme durch Kältezittern bilden, haben jedoch besondere Fettdepots zur Kälteabwehr. Kennzeichnend für Neugeborene und Säuglinge ist außerdem ihr hoher Wärmeverlust. Im Verhältnis zur Körpermasse haben sie eine sehr große Körperoberfläche. Vor allem über den Kopf, der ein Viertel der Körperoberfläche ausmacht, geht viel Wärme verloren. Zusätzlich ist das subkutane Fettgewebe zur Wärmeisolation geringer ausgeprägt. Daher ist bei Neugeborenen und Säuglingen besonders der Wärmeerhalt sicherzustellen. Die Versorgung erfolgt z. B. unter der Wärmelampe und Neugeborene werden direkt nach dem Baden in ein Handtuch eingewickelt (wichtig: Kopf bedecken). Bei einem Ortswechsel muss der Kopf zusätzlich mit einer Mütze bedeckt werden.

5.5 Untersuchung des Neugeborenen

5.5.1 APGAR-Schema

Die U1-Vorsorgeuntersuchung des Neugeborenen wird in der Regel vom Geburtshelfer oder der Hebamme durchgeführt. Hier wird die Reife des Kindes mit Hilfe

des APGAR-Schemas bestimmt. Das APGAR-Schema (→ Tab. 5.7, → Tab. 5.8) wurde nach der Ärztin Virginia Apgar benannt.

Das Neugeborene wird nach der **1., 5. und 10. Lebensminute** hinsichtlich der Atmung, der Herzfrequenz, des Muskeltonus, der Hautfarbe und Reflexe mit je 0–2 Punkten bewertet. Auf diese Weise wird der APGAR-Index mit der maximalen Punktzahl 10 (→ Tab. 5.8) ermittelt.

Ist die Schwangerschaftsdauer unklar, kann nach der Geburt das Reifealter des Neugeborenen durch die vorhandenen **Reifezeichen** bestimmt werden. Anhand der folgenden Reifezeichen lässt sich ermitteln, ob das Neugeborene der Schwangerschaftsdauer entsprechend entwickelt ist:

- Körperlänge mindestens 48 cm
- Körpergewicht mindestens 2500 g
- Schulterumfang größer als Kopfumfang
- Pralles subkutanes Fettpolster
- Lanugobehaarung nur noch im Bereich der Schultern, Oberarme und des oberen Rückens
- Kopfhaare kräftig, seidig
- Knorpel der Ohren und Nase sind fest
- Nägel überragen die Fingerkuppen und bedecken die Zehenkuppen
- Fußsohlenfalten bedecken die ganze Sohle
- Genitale:
 - Beim Mädchen bedecken die großen Schamlippen die kleinen
 - Beim Jungen liegen die Hoden im Skrotum.

Tab. 5.7 APGAR-Schema zum Test der Vitalität von Neugeborenen.

Kriterien	Beurteilung		
	0 Punkte	1 Punkt	2 Punkte
Atmung	Keine	Langsam und unregelmäßig	Regelmäßig, kräftiges Schreien
Puls	Keiner	< 100/min	> 100/min
Grundtonus (Muskeltonus)	Keine Spontanbewegung	Geringe Flexion der Extremitäten	Aktive Bewegungen
Aussehen (Hautfarbe)	Blass, blau	Stamm rosig, Extremitäten blau	Rosig
Reflexe	Keine	Grimassieren	Schreien, Husten, Niesen

Tab. 5.8 Punktevergabe beim Apgar-Score.

8–10 Punkte	Lebensfrisches Neugeborenes
6–7 Punkte	Leichte Adaptionsstörung
3–5 Punkte	Mittelschwere Adaptionsstörung, Betreuung auf einer Intensivstation
0–2 Punkte	Schwerste Adaptionsstörung, Reanimation

5.5.2 Prophylaxen beim Neugeborenen

- **Vitamin-K-Prophylaxe:** Einige Gerinnungsfaktoren werden in der Leber unter Einfluss von Vitamin K gebildet. Da Vitamin K mit der Muttermilch nur unzureichend zugeführt wird und die Leber des Neugeborenen noch unreif ist, kann es zu einem Mangel an Gerinnungsfaktoren kommen. Um einer Blutungsneigung vorzubeugen, werden am 1. (U1), 2.–7. Lebenstag (U2) und mit 4–6 Wochen (U3) 2 mg Vitamin K-Tropfen oral verabreicht.
- **Rachitisprophylaxe:** Um einer Vitamin-D-Mangel-Rachitis vorzubeugen, sollten alle Säuglinge ab der 2. Lebenswoche im 1. und im 2. Lebensjahr täglich 500 IE Vitamin D erhalten.
- **Kariesprophylaxe:** Die Gabe von Vitamin D wird üblicherweise mit der Fluoridprophylaxe kombiniert. Durch die prophylaktische Gabe von Fluorid werden der Zahnschmelz gehärtet und die Karieshäufigkeit verringert. Ab dem 3. Lebensjahr wird die Anwendung von fluoridhaltiger Zahnpasta oder fluoridhaltigem Speisesalz empfohlen.

Neugeborenencreening

Das Neugeborene wird in den ersten Lebenstagen engmaschig beobachtet, mindestens einmal pro Schicht sollten Hautfarbe, Allgemeinzustand, Trinkverhalten, Atmung, Mekonium bzw. Urin-/Stuhlausscheidung sowie der Zustand des Nabelschnurrestes erfasst und dokumentiert werden. Darüber hinaus werden auch die Gewichtsentwicklung und der Füllungszustand der Fontanelle beurteilt.

Im Rahmen der U2 erfolgt meist auch das **Neugeborenencreening** (auch Guthrie-test genannt), das der Früherkennung von behandelbaren endokrinen und metabolischen Erkrankungen des Neugeborenen dient, z. B. von Hypothyreose, adrenogenitalem Syndrom, Phenylketonurie, Defekten des Fettsäureabbaus und Mukoviszidose. Durch eine frühzeitige Behandlung zunächst symptomarmer, aber langfristig folgeschwerer Erkrankungen soll die Prognose des Kindes verbessert werden.

Das Neugeborenencreening (→ Abb. 5.8) wird wie folgt durchgeführt: Für die Untersuchung werden dem 36–72 Std. alten Neugeborenen wenige Tropfen Kapillarblut aus der Ferse (alternativ venöses Blut) entnommen und auf eine Filterpapierkarte gebracht. Die Screeningkarte wird getrocknet und an das Screening-Labor (Zuständig-



Abb. 5.8 Neugeborenencreening. [F859–001]

keit in den Bundesländern unterschiedlich geregelt) versendet, die Durchführung wird im Untersuchungsheft des Kindes dokumentiert.

Einwilligung

Die Durchführung des Neugeborenencreenings bedarf der **Einwilligung** der Eltern.

Oftmals wirkt die damit verbundene kapilläre Blutentnahme beängstigend, daher ist häufig eine Beratung und Aufklärung mit der klaren Empfehlung zur Inanspruchnahme des Neugeborenencreenings notwendig.

5.6 Plötzlicher Kindstod (Sudden Infant Death Syndrom – SIDS)

Bis zur Entlassung werden die Eltern im Umgang mit ihrem neugeborenen Kind angeleitet (wickeln, Körperpflege, Handling) und erhalten wichtige Hinweise für die weitere Versorgung sowie Hinweise zu Präventionsmaßnahmen.

Vom **plötzlichen Kindstod** wird ausgegangen, wenn ein Säugling im Schlaf verstirbt, dies völlig unerwartet eintritt und sich in der Obduktion keine erklärende Ursache findet. Der Häufungsgipfel liegt im 2.–4. Lebensmonat.

Die Ursache des SIDS ist bislang ungeklärt. Es wird wissenschaftlich diskutiert, ob eine Hirnstammfunktionsstörung, die mit einer zentralen Atemstörung einhergeht, die Ursache sein könnte.

Zur **Risikogruppe** zählen:

- Frühgeborene
- Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 2000 g
- Mehrlinge
- Niedriger sozioökonomischer Status
- SIDS Geschwister
- Bauch- und Seitenlage.

Zur Verhinderung des plötzlichen Kindstods werden folgende **Maßnahmen** empfohlen:

- Aufklärung der Eltern
- **Richtige Schlafposition:** Am sichersten ist die **Rückenlage**. In Bauchlage können Mund und Nase durch das Liegen auf der Matratze verschlossen werden. Die Säuglinge atmen die verbrauchte Ausatemluft erneut ein. Dies kann zu Sauerstoffmangel und Atemstillstand führen. In der Seitenlage ist ein unbeobachtetes Drehen in die Bauchlage möglich
- **Richtige Schlafumgebung:**
 - Die Säuglinge sollten im ersten Lebensjahr im eigenen Bett im Elternschlafzimmer schlafen
 - Eine feste Matratze wird empfohlen. Kopfkissen, Babyfelle und Unterpolsterungen sind nicht notwendig
 - Empfohlen wird ein Schlafsack, damit das Baby im Schlaf nicht unter die Decke rutschen kann
 - Eine Raumtemperatur von 16–18 °C ist ideal
- **Rauchfreie Umgebung:** Nikotinkonsum in der Schwangerschaft und Umgebung des Babys kann zur Schädigung des Babys führen. Weiterhin erhöht Rauchen nachweislich das Risiko für das Kind, am plötzlichen Kindstod zu versterben. Daher wird sowohl in der Schwangerschaft als auch im häuslichen Umfeld eine rauchfreie Umgebung empfohlen.

Prävention

Merke: 3-R-Regel: **R**ückenlage, **R**ichtige Schlafumgebung, **R**auchfrei.

Im Zusammenhang mit dem plötzlichen Kindstod werden auch plötzlich auftretende Episoden unter dem Begriff „**ALTE**“ (**A**pparent **L**ife **T**hreatening **E**vent) oder **Near-SIDS** diskutiert. Diese Episoden sind durch ein akutes Ereignis mit Apnoe, Zyanose und Blässe in Kombination mit Bradykardie und verändertem Muskeltonus beschrieben.

5.7 Pflegerische Besonderheiten beim Kind

Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass Kinder bereits während ihrer Entwicklung im Mutterleib Erfahrungen machen und sogar lernen. Dabei geht es nicht um intellektuelles Lernen, wie beim Umgang mit Zahlen oder dem Erfassen komplexer Zusammenhänge,

sondern um Lernen in und mit dem eigenen Körper in der Bewegung. Nach der Geburt reichen diese Fähigkeiten in der Schwerkraft nicht mehr aus und das Kind muss sich an eine unbelebte Umgebung anpassen. Kinder wollen sich gerne mit ihren eigenen Möglichkeiten vertraut machen und sich durch ihre eigenen Grenzen weiterentwickeln.

5.7.1 Körperliche Unterschiede zwischen Erwachsenen und Säuglingen

- **Gewicht:** Da Säuglinge deutlich leichter sind als Erwachsene werden Letztere verführt, ein Kind wie einen Gegenstand zu heben, zu tragen und zu bewegen. Doch das hilft Kindern nicht, sich selbst zu erfahren, sich selbst auch in inneren Prozessen zu regulieren und eigene Bewegungsvarianten zu entwickeln.
- **Proportionen:** Betrachtet man die Unterschiede zwischen einem Erwachsenen und einem Säugling, die nebeneinander am Boden liegen, fallen folgende Unterschiede auf:

- Kinder haben einen deutlich größeren Kopf, der Kopf des Säuglings ist deutlich größer als sein Becken (beim Erwachsenen ist dies genau umgekehrt)
- Die Extremitäten des Säuglings sind so kurz, dass sie ihr Gewicht nicht an die Unterstützungsfläche abgeben können, der Erwachsene kann dagegen das Gewicht der Extremitäten ohne Anstrengung abgeben und sich ausgestreckt hinlegen
- **Bewegungskontrolle:** Bei einem am Boden liegenden Säugling lässt sich erkennen, dass er sich damit beschäftigt, sein Gewicht an die Unterstützungsfläche abzugeben. Die Beine haben nur punktuell Kontakt zum Boden, meist sind es die Füße, die den Boden berühren.

Aufnehmen des Kinds

Grundsätzlich gilt im Rahmen des Kinaesthetics Infant Handling, dass Kinder immer über eine seitliche Drehbewegung aufgenommen werden, z. B. von der Rückenlage über die Seitendrehung in die Sitzposition (→ Abb. 5.9).

5.7.2 Kindliche Bewegungsabläufe unterstützen

Bewegungsabläufe sollten nicht abrupt oder ruckartig erfolgen, sondern es dem Kind ermöglichen, dem entsprechenden Bewegungsablauf zu folgen. Es gilt zu **beachten:**

- Solange ein Kind nicht alleine sitzen kann, sollte das Kind **nicht in Sitzposition** gebracht werden (z. B. Hochstuhl, Sofa)
- Wenn das Kind jedoch auf dem Schoß einer Bezugsperson sitzt, findet ein ständiger **gegenseitiger Anpassungsprozess** statt, der das Kind mehr über sich und seine Bewegungsmöglichkeiten in der Schwerkraft erfahren lässt
- Auch beim **Wickeln** hier sollten spiralförmige Bewegungsabläufe angewendet werden, bei dem sich das Kind differenzierter erfahren und seine eigene Schwerkraft erleben kann (→ Abb. 5.10)

Wickelvorgang nach dem Prinzip des Infant Handlings

- Nach dem Öffnen der Windel Kind dabei unterstützen, sich auf die Seite zu drehen, die Windel zur Hälfte einklappen
- Nun erfährt das Kind Unterstützung, sich über die Windel auf die andere Seite zu drehen, sodass die Windel entfernt werden kann
- Die Reinigung vom Genitalbereich und Gesäß erfolgt in Rücken- und Seitenlage nach dem gleichen Prinzip (Wischrichtung: von vorne nach hinten!), ebenso das Anlegen der frischen Windel
- Wichtig: Niemals die Beine eines Säuglings in Richtung Decke ziehen, um die Windel unter dem Gesäß zu platzieren, da dies zu Hüftschäden führen kann.



a Das Kind wird in einem spiralförmigen Bewegungsmuster aufgenommen, ...



b ... so kann es seinen Kopf selbst beugen und den Arm zum Abstützen einsetzen.



c Beim weiteren Aufnehmen kann das Kind unterstützt werden sich auszubalancieren.

Abb. 5.9 Kinaesthetics Infant Handling. [K115]



Initialberührung & Impuls zur Drehung



Neue Windel unter benutzte Windel legen und ersetzen – Reinigung Genital



Neue Windel unterhalb des Nabels verschließen

Abb. 5.10 Wickelvorgang [P792]

5.7.3 Säuglingsbad

Ein Säuglingsbad dient nicht nur der Reinigung und Beobachtung des Kindes, sondern es fördert gleichzeitig die Durchblutung, Körperwahrnehmung und Entspannung. Darüber hinaus werden dem Säugling durch das Baden Bewegungserfahrungen ermöglicht.

Empfindliche Haut und Nägel

In der Regel ist ein Bad pro Woche für das Kind zur Reinigung ausreichend, da die Haut besonders empfindlich ist und durch zu häufigen Wasserkontakt schneller austrocknen würde. Nach dem Baden bietet sich eine Nagelpflege an, da die Nägel nun weicher sind und leichter geschnitten werden können. Bei Neugeborenen sollten die Nägel in den ersten 4 Wochen nicht geschnitten werden, da sie noch weich sind und sich von selbst abschilfern.

Beim Säuglingsbad (→ Abb. 5.11) gilt es, die folgenden Aspekte zu beachten:

- **Wassertemperatur** mittels Badethermometer regulieren, die empfohlene Temperatur beträgt 36–38 °C (im höheren Lebensalter wird diese Temperatur häufig als kühl empfunden und kann nach Belieben variiert werden). Wasserhahn zum Fußende des Kindes drehen, sodass kein heißes Wasser nachtropfen kann
- **Badezusatz** ist nicht zwingend erforderlich, er sollte ohne Alkohol, Duft- und Konservierungsstoffe sein, da die erhöhte Durchlässigkeit der Haut beim Säugling zu einer erhöhten Resorption von chemischen Stoffen führen
- **Badedauer** von 3–5 Min. beim Säugling bzw. 5–8 Min. beim Kleinkind beachten, um sie vor Auskühlung zu schützen (Ausnahme: medizinisch verordnete Bäder)
- **Sichere Fixierung** des Kindes vornehmen, um zu verhindern, dass das Kind aus der Wanne fällt oder untertaucht → ständige Beaufsichtigung erforderlich

- Je nach Alter Kind in die Abläufe einbeziehen und mit dem Kind kommunizieren
- Für ausreichende **Wärme- und Lichtquelle** sorgen, um eine kontinuierliche Beobachtung durchführen zu können (z. B. Wärmelampe, Raum heizen).

Eine alternative zur Säuglingsbadewanne stellt der **Badeimer** dar, dieser wird häufig zuhause eingesetzt.

5.7.4 Ohrenpflege

Oftmals ist eine Inspektion der Ohren sowie der Bereich hinter den Ohren ausreichend, eine tägliche routinemäßige Reinigung der Ohren ist nicht erforderlich. Manchmal entstehen hinter den Ohren Verunreinigungen, die man mit dem Waschlappen und etwas Öl sehr gut beseitigen kann. Lediglich der **äußere Gehörgang** kann gereinigt werden, hierbei sollte kein Wasser bzw. keine Seife ins Ohr gelangen. Die Reinigung erfolgt ausschließlich mit einem Watteträger oder gedrehter Watte zum Entfernen des Zerumens (Ohrenschmalz) innerhalb der Ohrmuschel.

Keine Wattestäbchen verwenden

Beim Einbringen des Wattestäbchens in den Gehörgang besteht eine hohe Verletzungsgefahr, weshalb dies vermieden werden sollte.

5.7.5 Nasenpflege

Ältere Kinder können ihre Nase eigenständig/mit Unterstützung durch Schnäuzen reinigen. Bei Babys und Kleinkindern erfolgt die Reinigung der Nase oftmals durch Niesen, ansonsten kann Sekret mittels **gedrehter Watte/Tupfer** oder mit Hilfe eines Wattestäbchens entfernt werden. Das Reinigungsinstrument wird vorsichtig unter drehenden Bewegungen eingeführt und wieder entfernt. Für jedes Nasenloch wird ein gesonderter Tupfer/Watte verwendet.

Bei verlegter Nasenatmung kann ggf. physiologische Kochsalzlösung zur leichteren

Entfernung des Sekrets in jedes Nasenloch appliziert werden. Hierbei muss der Kopf gut gehalten werden, um eine Verletzung zu vermeiden.

5.7.6 Augenpflege

Die Augenpflege erfolgt für gewöhnlich im Rahmen der Ganzkörperwaschung. Die **Wischrichtung** erfolgt dabei von **außen** nach **innen** (entsprechend dem Tränenfluss). Bei sichtbaren Verkrustungen kann der Tupfer mit einer physiologischen Kochsalzlösung benetzt und zur Reinigung angewendet werden.

Ausnahme: Bei einer Konjunktivitis ändert sich die Wischrichtung von innen nach außen, um eine Schmierinfektion zu vermeiden. Prinzipiell sollte für jedes Auge ein gesonderter Tupfer verwendet werden.

5.8 Ernährung

Die Ernährung ist insbesondere in der Säuglingsperiode von zentraler Bedeutung. Das enorme Körperwachstum mit der **Verdoppelung des Körpergewichts in nur 5 Monaten** sowie die rasante Differenzierung sämtlicher Organsysteme bedingen einen hohen Energie- und Substratbedarf (→ Tab. 5.9).

Dreifache Energiemenge

Säuglinge benötigen im Vergleich zu Erwachsenen pro kg Körpergewicht die fast dreifache Energiemenge.

5.8.1 Ernährung im ersten Lebensjahr

Der Nahrungsbedarf des jungen Säuglings kann gedeckt werden durch die Ernährung mit Muttermilch, Säuglingsanfang- und Folgenahrung, die auf Kuhmilchbasis industriell hergestellt werden.

Die → Tab. 5.10 stellt die Vor- und Nachteile der Muttermilch dar. Stillen wird bis zum 6. Lebensmonat als Regelernährung empfohlen.

In den ersten Lebenstagen kann es wegen des noch geringen Milchvolumens einer

Abb. 5.11 Säuglingsbad. [K115, V390]



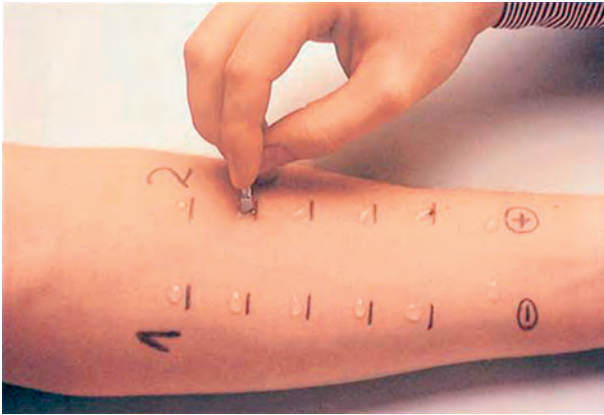


Abb. 11.139 Pricktest. Die Allergenlösung wird auf die Haut getropft und gelangt dann durch den Lanzettenstich in die Haut. Handgelenksnah erfolgen eine Negativ- und eine Positivkontrolle (es darf sich keine bzw. muss sich eine Quaddel bilden). [U242]

Reaktion provoziert werden (daher **Provokationstest**). Blutuntersuchungen auf IgE-Antikörper sind eher selten sinnvoll.

Behandlung

Grundsätzliche Behandlungsmöglichkeiten bei Allergien sind Allergenkenz, spezifische Immuntherapie und Medikamente zur Unterdrückung der allergischen Reaktion. Sie können miteinander kombiniert werden.

Allergenkenz

Ursächliche und zugleich wichtigste Maßnahme bei der Behandlung von Allergien ist die **Allergenkenz** (*Expositionsprophylaxe*), d.h. das Meiden des auslösenden Antigens.

Viele Antigene sind allerdings versteckt auch dort vorhanden, wo man sie nicht vermutet (z.B. Zusatzstoffe in Nahrungsmitteln). Bei Pollen- und Milbenallergien kann

das Allergen nicht gemieden, die Belastung aber verringert werden (→ Abb. 11.140). Folgende Maßnahmen mindern z.B. die Hausstaubbelastung:

- Daunen- durch Synthetikbetdecken ersetzen
- Gut waschbare Vorhänge, Bettvorleger und Badezimmer Teppiche verwenden
- Leicht zu reinigende Möbel anschaffen
- Regelmäßigen Hausputz durchführen.

Spezifische Immuntherapie

Eine Möglichkeit nur bei Typ-I-Allergien (v.a. jüngerer Menschen) ist die **spezifische Immuntherapie** (*SIT*, *De-*, *Hyposensibilisierung*). Bei der *subkutanen spezifischen Immuntherapie* (*SCIT*) wird das Allergen regelmäßig subkutan (unter die Haut) gespritzt, bei der *sublingualen spezifischen Immuntherapie* (*SLIT*) unter die Zunge gegeben. Hauptwirkmechanismus ist die Bildung

von IgG, einer Antikörperart, die keine Allergiebeschwerden hervorruft (→ 11.9.1). Diese verdrängen dann bei einem tatsächlichen Kontakt mit dem Antigen die symptomauslösenden IgE und besetzen den überwiegenden Teil der Antigene, sodass für diese kein „Platz mehr ist“ und die Beschwerden abnehmen.

Antihistaminika

i DEFINITION

Antihistaminika (*Histamin-H1-Antagonisten*, *H1-Rezeptorenblocker*): Medikamente, die allergieauslösende Wirkungen des Histamins verhindern.

Histamin ist ein Gewebeshormon, das z.B. bei allergischen Reaktionen aus Mastzellen freigesetzt wird (→ Abb. 11.138). Es gibt verschiedene Histaminrezeptoren (Bindungsstellen an den Körperzellen), die Histaminwirkungen vermitteln. Für die Entstehung allergischer Beschwerden sind die H_1 -Rezeptoren weitaus am wichtigsten. Über die H_1 -Rezeptoren führt Histamin:

- Zu einer Kontraktion der Bronchialmuskulatur und damit Atemwegsverengung
- Zu einer Verengung der großen Blutgefäße
- Zu einer Erweiterung der kleinen Blutgefäße (Folge ist beispielsweise eine Hautrötung)
- Zu einer erhöhten Kapillardurchlässigkeit, die zu einem Ödem im betroffenen Gebiet führt
- Zu Schmerz und Juckreiz durch Wirkung auf sensible Nervenenden.

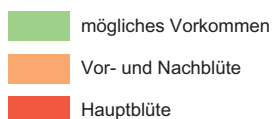
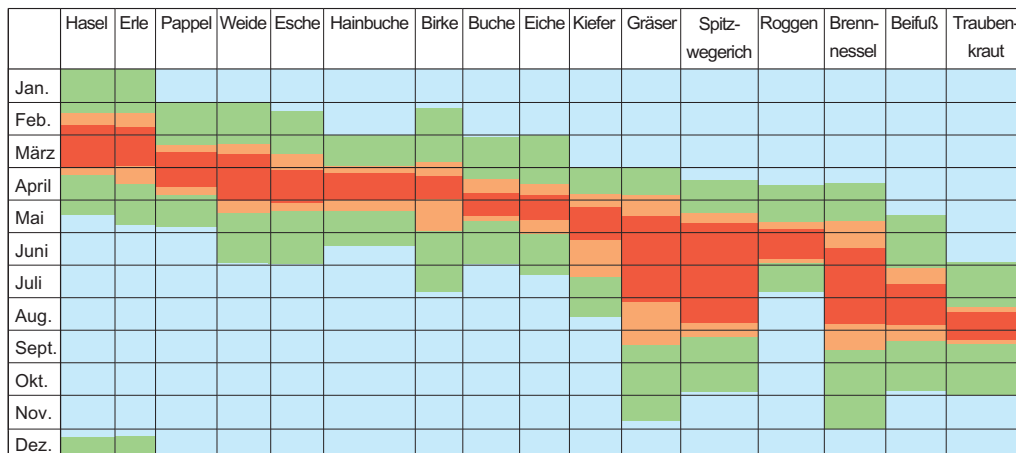


Abb. 11.140 Pollenflugkalender mit Hauptflugzeiten der verschiedenen Allergene. Pollen sind die häufigste Ursache für Heuschnupfen oder allergisches Asthma. Wetterdienste geben aktuelle Warnungen heraus, auch Apps sind mittlerweile verfügbar. [L138]

Histamin- H_2 -Rezeptoren sind z. B. am Herzen und im Magen zu finden.

Als **Antihistaminika** werden nur Blocker der H_1 -Rezeptoren bezeichnet (Histamin- H_2 -Antagonisten → 12.5.14). Sie setzen sich wie Histamin auf die Rezeptoren, führen aber in der Zelle nicht zu den Histaminwirkungen. Wird nun im Rahmen einer allergischen Reaktion Histamin freigesetzt, findet das Histamin „seine“ Rezeptoren besetzt und kann nicht wirken.

Ältere Präparate führten bei Gabe als Tablette oder Injektion häufig zu Mundtrockenheit, Schwindel und Müdigkeit (Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit, bei älteren Menschen auch Verstärkung einer Sturzgefahr). Bei neueren Präparaten wie Cetirizin (etwa Zyrtec®) oder Loratadin (etwa Loratadin AL®) sind diese unerwünschten Wirkungen deutlich geringer.

Weitere medikamentöse Ansätze

Mastzellstabilisatoren, etwa Cromoglicinsäure (z. B. CromoHexal®), hemmen die Histaminfreisetzung. Sie wirken nur vorbeugend, nicht aber im Akutstadium einer Allergie und werden lokal angewandt, z. B. als Nasenspray, Dosieraerosol oder Augentropfen. Ketotifen (z. B. Zaditen®) ist am ehesten als Antihistaminikum mit zusätzlicher mastzellstabilisierender Wirkung zu bezeichnen.

Bei schweren Allergien werden Glukokortikoide eingesetzt, wegen ihrer unerwünschten Wirkungen (→ 11.9.4) möglichst kurzzeitig und lokal.

11.9.2 Autoimmun-erkrankungen



DEFINITION

Autoimmunerkrankung (*Autoaggressionskrankheit*): Krankheit, bei der Abwehrzellen gegen körpereigene Strukturen sensibilisiert werden und infolgedessen körpereigene Bestandteile bekämpfen.

Im Normalfall werden Abwehrzellen, die sich gegen körpereigene Strukturen richten, während ihrer Entwicklung aussortiert (**Immuntoleranz**). Es kommt jedoch vor, dass im Laufe des Lebens die Immuntoleranz gegen das eine oder andere Körpergewebe verloren geht und Abwehrzellen bzw. die von ihnen gebildeten Antikörper (lösliche Abwehrstoffe → 11.8.4) gegen körpereigene Strukturen vorgehen. Warum dies passiert,

ist im Detail unklar. Das „verantwortliche“ Antigen wird als **Autoantigen** bezeichnet (griech.: autos = *selbst*), die gebildeten Antikörper als **Autoantikörper**.

Die Beschwerden der Betroffenen sind ganz unterschiedlich, je nachdem, welches Organ betroffen ist (→ Tab. 11.27).

Auch die diagnostischen Maßnahmen hängen von der jeweiligen Erkrankung ab. So ist z. B. beim Diabetes mellitus Typ 1 ein Nachweis der Autoantikörper möglich, aber nicht zur Diagnose nötig, und er hat auch keine Konsequenzen für die Behandlung. Bei vieldeutigen Krankheitsbildern ermöglicht aber oft nur der Nachweis der Autoantikörper die Diagnose. Allerdings sind die verschiedenen Autoantikörper in unterschiedlichem Prozentsatz auch bei Gesunden nachweisbar.

Bei älteren Menschen wird das Immunsystem insgesamt „fehleranfälliger“. Deshalb sind bei ihnen häufiger als bei jüngeren Erwachsenen Autoantikörper nachweisbar, auch ohne dass eine Autoimmunerkrankung vorliegt. Positive Autoantikörper allein reichen nicht zur Diagnose.

Ob und welche Behandlung erforderlich ist, richtet sich nach der Schwere der Erkrankung und dabei v. a. nach den betroffenen Organen. Insbesondere eine Beteiligung von Nieren, Herz und Zentralnervensystem ist bedrohlich und macht die Gabe hoch wirksamer **Immunsuppressiva** (→ 11.9.4) erforderlich, die die körpereigene Abwehr und damit auch die Autoimmunvorgänge unterdrücken.

Tab. 11.27 Einige Erkrankungen, die autoimmun (mit-)verursacht sind.

Erkrankung	Kurzcharakterisierung
Autoimmunhepatitis	Form der (chronischen) Leberentzündung (→ 12.5.18)
Chronische Gastritis Typ A	Form der chronischen Magenschleimhautentzündung (→ 12.5.14)
Colitis ulcerosa	Chronische Darmentzündung (→ 12.5.15)
Dermatomyositis	Haut- und Muskelentzündung (→ 10.5.4)
Diabetes mellitus Typ 1	Immer insulinpflichtige Form des Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit → 11.10.11)
Glomerulonephritis (bestimmte Formen)	Form der Nierenentzündung, bis zum Nierenversagen (→ 12.6.12)
Hashimoto-Thyroiditis	Schilddrüsenentzündung mit Schilddrüsenunterfunktion (→ 11.10.8)
Hämolytische Anämie (bestimmte Formen), perniziöse Anämie	Formen der Blutarmut (Mangel an roten Blutkörperchen → 11.11.7)
Idiopathische thrombozytopenische Purpura	Form des Blutplättchenmangels (→ 11.11.8)
Morbus Addison	Primäre, autoimmun bedingte Nebennierenrindenunterfunktion mit entsprechendem Hormonmangel (→ 11.10.10)
Morbus Basedow	Schilddrüsenentzündung mit Schilddrüsenüberfunktion (→ 11.10.8)
Multiple Sklerose	Chronisch-entzündliche Erkrankung von Gehirn und Rückenmark (→ 11.12.14)
Myasthenia gravis	Erkrankung mit abnorm rascher Ermüdbarkeit der Muskeln (→ 11.12.3)
Rheumatoide Arthritis	Chronische Entzündung v. a. der Gelenke (→ 10.5.4)
Riesenzellarteriitis (früher Arteriitis temporalis)	Gefäßentzündung (Vaskulitis) im Kopfbereich mit Kopfschmerzen und Erblindungsgefahr (→ 9.4.1, → 10.5.4)
Systemischer Lupus erythematodes	Chronische Entzündung mit Befall von Haut, Gelenken, Nieren, Nervensystem und Blut (→ 10.5.4)
Systemische Sklerose	Fortschreitende Bindegewebsvermehrung in Haut und zahlreichen Organen mit daraus resultierender „Hautschrumpfung“ und Funktionsstörung der Organe (→ 10.5.4)

11.9.3 Abwehrschwäche

i DEFINITION

Abwehrschwäche (*Immunschwäche, Immundefekt*): Geschwächte oder fehlende Abwehr durch:

- **Angeborene Entwicklungsstörungen** der Stammzellen im Knochenmark, der B-Lymphozyten bzw. der T-Lymphozyten (Lymphozyten gehören zu den Abwehrzellen)
- **Erworbene Verminderung** der Abwehrzellen und Antikörper (lösliche Abwehrstoffe) durch Erkrankung oder therapeutische Maßnahmen.

Zwar lässt die Funktion des Immunsystems im Rahmen des physiologischen Alterungsprozesses nach. Dies erklärt z. B. das unterschiedliche klinische Bild vieler Infektionen beim alten Menschen und gilt als Mitursache für die Zunahme bösartiger Tumoren im Alter. Ernste Formen der **Abwehrschwäche** entstehen hierdurch aber nicht.

Ursachen und Formen

Prinzipiell gibt es angeborene und erworbene Formen der Abwehrschwäche, wobei nur die erworbenen Formen bei alten Menschen eine Rolle spielen:

- **Eiweißmangel.** Nicht wenige alte Menschen sind mangelernährt. Eiweiß- wie auch (höhergradiger) Vitaminmangel kann zu einer verminderten Bildung von Antikörpern führen
- **Stoffwechselstörungen.** Der bei alten Menschen häufige Diabetes mellitus (→ 11.10.11) beeinträchtigt auch die Abwehr
- **Bösartige Erkrankungen.** Bei bösartigen Erkrankungen des Blutes und des lymphatischen Systems können die bösartigen Zellen die normalen Blutzellen im Knochenmark so stark verdrängen, dass eine Verminderung der Abwehrzellen mit Abwehrschwäche entsteht
- **Medikamente.** Bestimmte Medikamente, etwa das Schmerzmittel Metamizol (z. B. Novalgin®), haben als seltene unerwünschte Wirkung eine allergische Hemmung der Granulozytenentwicklung (Granulozyten sind eine Untergruppe von Abwehrzellen) mit lebensbedrohlicher Agranulozytose (→ 11.11.10). Die in der Krebsbehandlung eingesetzten Zytostatika (→ 11.14.3) hemmen die Zellvermehrung und dadurch zwangsläufig auch die Vermehrung der Abwehrzellen
- **Infektionen.** Einige akute sowie chronische Infektionen führen zu einer Störung

der Abwehrzellen. Bei alten Menschen derzeit selten ist eine HIV-Infektion (→ 11.8.11) mit bleibender und zunehmender Abwehrschwäche.

Leitsymptom: Infektanfälligkeit

Leitsymptom ist eine erhöhte, nicht selten lebensbedrohliche **Infektanfälligkeit** der Betroffenen. Kennzeichnend ist, dass die Infektionen nicht nur häufiger sind, sondern schwer verlaufen bzw. durch sonst seltene Erreger verursacht sind.

Bei (überwiegender) Störung der B-Lymphozyten mit Antikörpermangel entstehen vorwiegend bakterielle Infektionen, z. B. bakterielle Lungenentzündungen. Bei Störungen der T-Lymphozyten hingegen ist im Wesentlichen die Abwehr von Viren, Pilzen und Protozoen (→ 11.8.11, → 11.8.13, → 11.8.14) beeinträchtigt. Schwere generalisierte Infektionen werden dann oftmals durch opportunistische Keime (→ 11.8.6) hervorgerufen, etwa den Hefepilz *Candida albicans*.

11.9.4 Immunsuppressiva

i DEFINITION

Immunsuppressiva: Medikamente, die das Immunsystem und die von ihm ausgehenden Abwehrreaktionen unterdrücken (*supprimieren*).

In bestimmten Situationen kann die Unterdrückung von Abwehrreaktionen sinnvoll sein, etwa bei bedrohlichen Autoimmunerkrankungen und Allergien sowie zur Verhinderung einer Abstoßungsreaktion nach Transplantationen.

Zu den **Immunsuppressiva** gehören:

- Glukokortikoide
- Zytostatika (→ 11.14.3)
- **Calcineurininhibitoren** (Inhibitoren = Hemmer), etwa Ciclosporin (z. B. Sandimmun®), Tacrolimus (z. B. Prograf®), **mTor-Inhibitoren**, etwa Sirolimus (z. B. Rapamune®) und Everolimus (etwa Certican®). Sie hemmen v. a. die T-Lymphozyten
- Mycophenolat-Mofetil (z. B. CellCept®), hemmt die Lymphozytenvermehrung

- Einige monoklonale Antikörper gegen Lymphozyten (monoklonal → 11.8.4), etwa Basiliximab (z. B. Simulect®), Rituximab (z. B. Mabthera®).

Es ist bisher nicht gelungen, nur die unerwünschten Abwehrreaktionen zu hemmen, ohne die Abwehr gegen Infektionserreger zu beeinträchtigen. Entsprechend führen Immunsuppressiva dosisabhängig zu einer erhöhten Infektionsgefahr. Hinzu kommen substanzabhängige unerwünschte Wirkungen.

Glukokortikoide

i DEFINITION

Glukokortikoide: Nebennierenrindenhormone mit vielfältigen Wirkungen. Hauptvertreter Kortisol und Kortison (→ 11.10.5).

Wirkungen

Glukokortikoide entfalten im Körper zahlreiche Wirkungen, u. a. im Kohlenhydrat-, Fett- und Eiweißstoffwechsel sowie als Stresshormone. Ihre immunsuppressive Wirkung beruht auf einer Abnahme der Lymphozyten (→ 11.6.11) und des lymphatischen Gewebes, einer verminderten Freisetzung von **Arachidonsäure** (die Ausgangssubstanz zahlreicher Entzündungsbotenstoffe ist) und einer Hemmung von Botenstoffen des Immunsystems.

Indikationen

Entsprechend werden Glukokortikoide eingesetzt als:

- Antiallergika (gegen Allergien)
- Antiphlogistika (zur Entzündungshemmung)
- Immunsuppressiva
- Antirheumatika (gegen entzündlich-rheumatische Erkrankungen).

Substanzen und Präparate

Viele Glukokortikoide werden als Tablette gegeben oder injiziert (→ Tab. 11.28). Synthetische Glukokortikoide können die Wirksamkeit der natürlichen um ein Vielfaches übertreffen. Hinzu kommen Präparate zur lokalen Anwendung, etwa Flunisolid (z. B. Syntaris® Nasenspray).

Tab. 11.28 Orale Glukokortikoide (Auswahl).

Substanz	Handelsname
Dexamethason	Fortecortin®
Methylprednisolon	Urbason®
Prednisolon	Decortin®
Hydrocortison	Hydrocortison acis®

Unerwünschte Wirkungen

Abhängig von Dosierung, Darreichungsform und Zeitdauer der Behandlung tritt ein Cushing-Syndrom (→ 11.10.10) auf mit (→ Abb. 11.141):

- Rundgesicht, Fettansammlung im Nacken und am Stamm durch Gewichtszunahme und Fettumverteilung, Gesichtsröte
- Hauteinblutungen, breiten roten Hautstreifen (*Striae*) und verzögerter Wundheilung durch Verminderung der Bindegewebsbildung
- Bluthochdruck durch mineralokortikoide (→ 11.10.5) Restwirkung
- Erhöhung des Blutzuckerspiegels (*Steroiddiabetes*)
- Magengeschwüren durch Hemmung der Magenschleimproduktion und antientzündliche Wirkung
- Erhöhter Infektanfälligkeit durch die Immunsuppression
- Knochenabbau (*Osteoporose* → 10.5.5) durch Eiweißabbau, Hemmung der Kalziumaufnahme im Darm und Steigerung der Kalziumausscheidung durch die Nieren
- Katarakt (Trübung der Augenlinse → 9.4.1)
- Muskelschwäche infolge des Eiweißabbaus
- Psychischen Veränderungen wie emotionale Labilität, Unruhe oder Schlafstörungen.

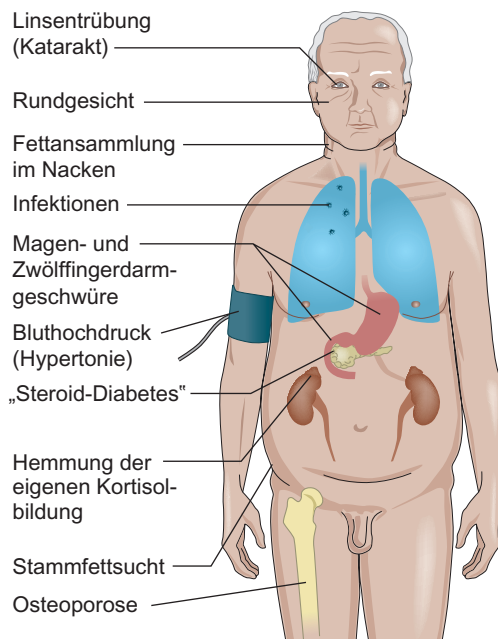
Bei einmaliger hochdosierter Gabe sind diese Wirkungen nicht zu befürchten. Da für die meisten unerwünschten Wirkungen der Blutspiegel maßgeblich ist, sollte die lokale

Gabe von Glukokortikoiden gegenüber der systemischen bevorzugt werden.

Die Beendigung einer länger dauernden Therapie mit Glukokortikoiden erfolgt schrittweise („Ausschleichen“), da die Eigenproduktion von Glukokortikoiden in der Nebennierenrinde durch die Zufuhr von außen gestoppt wird und erst allmählich wieder in Gang kommt. Schon aus diesem Grund sollten Menschen, die länger Glukokortikoide einnehmen, einen Notfallausweis erhalten, damit z.B. bei Unfällen keine zusätzliche Gefährdung durch die sekundäre Nebennierenrindenunterfunktion entsteht (→ 11.10.10).

Pflege bei Glukokortikoidtherapie

- Wegen der Möglichkeit blutender Magen-Darm-Geschwüre auf Teerstuhl achten, ggf. Test auf okkultes Blut (→ 30.2.7) durchführen
- Temperatur regelmäßig kontrollieren, auf Krankheits- oder Entzündungszeichen achten
- Auf Cushing-Symptome achten
- Eiweiß-, kalzium- und kaliumreiche, aber salzarme Kost reichen. Täglich Gewicht kontrollieren.



Weitere unerwünschte Wirkungen

- Striae (breite rote Hautstreifen), verletzbare, atrophische Haut, schlecht heilende Wunden
- Immunsuppression, dadurch Infektneigung, Blutbildveränderung
- Schlafstörungen, emotionale Labilität, veränderte Stimmung (z.B. Euphorie, Depression)

11.10 Endokrine, stoffwechsel- und ernährungsbedingte Erkrankungen

i DEFINITION

Endokrinium: Gesamtheit der hormonproduzierenden Organe und Zellen einschließlich ihrer übergeordneten Steuerzentren im Gehirn.

Hormone: Botenstoffe, die von hormonproduzierenden Zellen ins Interstitium (Zwischenzellgewebe) abgegeben und meist mit dem Blut im ganzen Körper verteilt werden. Steuern biologische Abläufe, beeinflussen aber auch Verhalten und Empfindungen eines Menschen.

Stoffwechsel (Metabolismus): Gesamtheit der chemischen Auf-, Ab- oder Umbauvorgänge im Körper.

Endokrine, stoffwechsel- sowie ernährungsbedingte Erkrankungen nehmen im Alter zu. Bei den endokrinen und Stoffwechselerkrankungen sind insbesondere Schilddrüsenfunktionsstörungen und Diabetes mellitus häufiger als in jungen Jahren. Bei den ernährungsbedingten Krankheiten ist erwähnenswert, dass Übergewicht und Adipositas (→ 12.3.11, → 12.4) zunächst mit dem Alter zunehmen. Ab 75–80 Jahren hingegen werden Mangelernährung und Untergewicht (→ 12.3.12, → 12.4) immer häufiger zum Problem. Hier bilden die Information, Beratung und Anleitung von älteren Menschen einen Schwerpunkt der pflegerischen Aktivitäten. Darüber hinaus können Pflegende durch fundiertes Wissen über Ernährung und Vorgänge des Stoffwechsels Gefahren abwenden und zur Verbesserung des Gesundheitsstatus beitragen.

Pflegerische Handlungsfelder

Pfleger identifizieren die für die Pflege relevanten Handlungsfelder bei endokrinen, stoffwechsel- und ernährungsbedingten Erkrankungen. Folgende Pflegediagnosen können sie häufig feststellen (→ Abb. 11.142).

11.10.1 Beispiel eines Pflegeprozesses bei „defizitärem Wissen“ bezüglich Diabetes mellitus

Diabetes mellitus → 11.10.11

i DEFINITION

Defizitäres Wissen: Fehlen der kognitiven Informationen über ein spezielles Thema oder ihrer Beschaffung. [25]

Abb. 11.141 Mögliche unerwünschte Wirkungen einer Glukokortikoid-Dauertherapie. [L190]

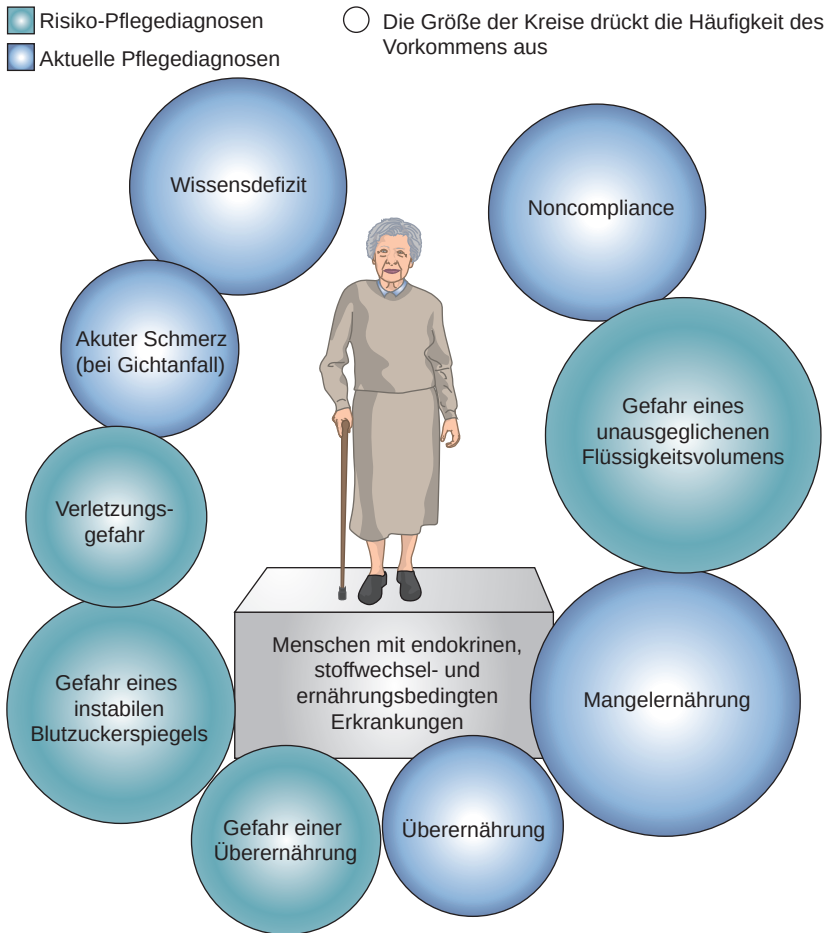


Abb. 11.142 Häufige Pflegediagnosen im Zusammenhang mit der Versorgung von Menschen, die an endokrinen, stoffwechsel- und ernährungsbedingten Erkrankungen leiden. [L138]

Mögliche Folgen eines **defizitären Wissens** bezüglich **Diabetes mellitus** → Abb. 11.142; Beispiele für medizinische Diagnosen und andere Folgen (→ 11.10.11):

- Unterzuckerung
- Diabetisches Koma
- Diabetische Retinopathie
- Diabetischer Fuß
- Diabetische Polyneuropathie
- Niereninsuffizienz.

Herr Daume erholt sich nach der Glukoseinfusion schnell und berichtet, dass er am Vortag mit Freunden seinen Geburtstag gefeiert und auf das Frühstück am nächsten Tag aufgrund der Nachwirkungen seines Alkoholkonsums verzichtet hatte. Seine „Zuckertablette“ (Euglucon®) habe er jedoch wie immer genommen. Zur Wun-

de am Fuß befragt, erklärt Herr Daume, dass er seine Fußpflege selbst durchführt, indem er die dicken Hornhautschwielen, die am Rand der Ferse vorhanden sind, mit der Rasierklinge wegschneidet. Dabei habe er sich beim letzten Mal verletzt.

Pflegediagnostik

Bestimmende Merkmale

- Unangemessenes Verhalten
- Ungenaue Testdurchführung
- Ungenaue Umsetzung von Anweisungen
- Unzureichendes Wissen. [25]

Durch altersbedingte psychische Veränderungen haben die Betroffenen oft Schwierigkeiten, sich neuen Leben- und Verhaltensbedingungen anzupassen. Nachlassende Merkfähigkeit sowie Verwirrheitszustände führen dazu, dass Verhaltensregeln, z. B. das Einhalten einer Diät, Insulininjektionen oder die Einnahme von Medikamenten nicht umgesetzt werden können. Dies kann vermehrte Stoffwechselentgleisungen verursachen.

Beeinflussende Faktoren

- Fehlinformationen durch andere
- Unzureichende Informationen (→ Abb. 11.143)
- Unzureichendes Interesse am Lernen
- Unzureichendes Wissen über Ressourcen. [25]

Assoziierte Bedingungen

- Veränderung der Gedächtnisleistung
- Veränderung der kognitiven Funktion. [25]

Alte Menschen haben sich im Laufe ihres Lebens spezielle Ernährungsge-

S PFLEGESITUATION

Stationär, Teil I

Der 70-jährige Bertolt Daume ist vor zwei Wochen ins „Seniorenzentrum Maxeberg“ eingezogen. Eines Morgens bricht er während des Einkaufs in einem Supermarkt bewusstlos zusammen. Im Krankenhaus werden folgende Befunde erhoben: Größe 1,90 m, Gewicht 110 kg, Blutzucker 50 mg/dl, Tremor, blasse, kalte und feuchte Haut, infizierte kleine Wunde an der Ferse.



Abb. 11.143 Umfassende Information ist erforderlich, damit der Pflegebedürftige seinen Lebensstil an die Erfordernisse der Erkrankung anpassen kann. [K157]

wohnheiten angeeignet und Vorlieben für bestimmte Speisen entwickelt. Am besten gelingen Veränderungen in der Ernährung, wenn auch diese Speisen und Getränke in den Ernährungsplan integriert werden können.

S PFLEGESITUATION

Stationär, Teil II

Die Wunde an der Ferse heilt nicht. Es entwickelt sich in den nächsten Monaten ein tiefer Ulkus, das schließlich eine Amputation im Unterschenkelbereich notwendig macht. Bertold Daume wird nach der Operation zur Erholung in eine Rehabilitationsklinik verlegt. Anschließend übernimmt die Altenpflegerin Silvana Schnell die Pflege von Herrn Daume im Seniorenzentrum. Er braucht Hilfe bei der Körperpflege sowie beim An- und Auskleiden. Der Amputationsstumpf muss regelmäßig verbunden werden.

Pflegetherapie

Mögliche Ziele/erwartete Ergebnisse festlegen

- Zugang zu relevanten Informationsquellen
- Nimmt aktiv am Lernprozess teil
- Kann Zusammenhänge zwischen Ursachen und Wirkungen erklären
- Führt notwendige Maßnahmen korrekt aus
- Die Angehörigen sind in der Lage, den Pflegebedürftigen bzgl. der Wissensmängel zu unterstützen.

Maßnahmen planen und durchführen

Die im Folgenden aufgeführten Pflegemaßnahmen stellen eine Auswahl dar:

- Ermitteln der Lernfähigkeit bzw. der Beeinträchtigungen des Pflegebedürftigen
- Bereitstellen von geeigneten Informationsmaterialien in verständlicher Form (→ Abb. 11.143)
- Bei beeinträchtigter Lernfähigkeit Einbeziehung der Angehörigen in die Wissensvermittlung
- Anleitung des Pflegebedürftigen/der Angehörigen zur Messung des Blutzuckers
- Anleitung des Pflegebedürftigen bzw. der Angehörigen zur Subkutaninjektion von Insulin (→ 31.4.2)
- Information und Beratung zu den Zusammenhängen zwischen Blutzuckerspiegel und Energiezufuhr/-verbrauch
- Beratung zu Ernährungsgewohnheiten
- Formulierung von messbaren Lernzielen
- Überprüfung und Auswertungen von Lernschritten
- Information des Pflegebedürftigen bzw. der Angehörigen über Selbsthilfegruppen.

Pflegeevaluation

Die im Folgenden aufgeführten Pflegeergebnisse stellen eine Auswahl dar. Der Pflegebedürftige

- Kann trotz erfolgter Beratung die Zusammenhänge nicht erläutern
- Führt die Blutzuckermessung selbstständig und zuverlässig durch
- Hat seine Ernährungsgewohnheiten verändert

- Erhält von den Angehörigen Unterstützung bei der Planung der Mahlzeiten.

S PFLEGESITUATION

Stationär, Teil IV

Im Seniorenzentrum glaubt Bertold Daume nach der Rückkehr, aufgrund seiner Beeinträchtigung ein Recht auf Rundum-Bedienung zu haben. Morgens sind lange Diskussionen notwendig, bis Herr Daume mit Silvana Schnells Hilfe das Bett verlässt und im Rollstuhl sitzt. Am Waschbecken angekommen, weigert er sich, den Teil der Körperpflege, den er selbst erledigen kann, zu übernehmen. Die Mahlzeiten möchte er im Zimmer einnehmen. Frau Schnell soll sie ihm bringen und mundgerecht schneiden. Sobald Frau Schnell das Zimmer verlassen hat, betätigt Bertold Daume die Glocke und erwartet, dass Frau Schnell sofort nach ihm sieht und seine Wünsche erfüllt und sei es auch nur, die Zeitung vom Tisch zum Bett zu bringen. Frau Schnell bemerkt, wie zornig, aggressiv und unsicher sie nach einigen Tagen auf Herrn Daume mit seinen überzogenen Ansprüchen und seinem lauten, unhöflichen Benehmen reagiert. Sie berichtet ausführlich in der nächsten Teambesprechung über ihre Schwierigkeiten. Die Lösung sieht letztlich so aus, dass vom Team in Zusammenarbeit mit dem betreuenden Arzt ein sofort umzusetzender, umfangreicher Tätigkeits- und Übungsplan für Herrn Daume beschlossen wird. Die Angehörigen sollen darüber informiert werden.

S PFLEGESITUATION

Stationär, Teil III

Beispiel einer Pflegeplanung bei defizitärem Wissen bezüglich Diabetes mellitus für Bertold Daume

Pflegediagnostik		Pflegetherapie
aktuelle Pflegediagnosen (aP), Risiko-Pflegediagnosen (RP), Einflussfaktoren/ Ursachen (E), Symptome (S), Ressourcen (R)	Pflegeziele/erwartete Ergebnisse	Pflegemaßnahmen
• aP: Defizitäres Wissen bzgl. Diabetes mellitus • E: Fehlendes Interesse am Lernen • E: Ungenaue Umsetzung der Empfehlungen zur Ernährung • E: Euglucon®-Einnahme bei Weglassen einer Mahlzeit • E: Herr Daume möchte gern bedient werden	• Der Pflegebedürftige nimmt aktiv am Lernprozess teil • Der Pflegebedürftige kann Zusammenhänge zwischen Ursachen und Wirkungen im Zusammenhang mit Diabetes mellitus erklären • Die Angehörigen sind in der Lage, den Pflegebedürftigen bzgl. der Wissensmängel zu unterstützen • Der Pflegebedürftige kann die Blutzuckermessung selbstständig durchführen	• Informationsgespräch zu Diabetes mellitus • Beratung zur Ernährung und Einnahme der Medikamente im Beisein der Angehörigen • Anleitung zur Durchführung der Blutzuckermessung • Überprüfung und Auswertung der Lernschritte nach fünf Tagen

11.10.2 Aufbau und Funktionsprinzipien des Hormonsystems

Hormone beeinflussen zahlreiche Vorgänge im menschlichen Körper, v. a.:

- Regulieren sie Energiehaushalt und Stoffwechsel
- Halten sie das *innere Milieu* konstant, d. h. sie sorgen dafür, dass die Körperzellen immer gleiche und gute Bedingungen für ihre Arbeit haben
- Passen sie die Organleistungen Belastungen aller Art an, z. B. Stress, Durst, Hunger, Temperaturextremen
- Steuern sie die Fortpflanzungsvorgänge von der Ei- und Samenzellbildung bis zur Ernährung des Neugeborenen (Details zu den Geschlechtshormonen → 11.13.2, → 11.13.3)
- Fördern sie Wachstum und Entwicklung. Damit haben Hormone ebenso Signal- und Steuerfunktion wie das Nerven- und das Abwehrsystem. Auch wenn es Unterschiede gibt (Hormone wirken z. B. durchschnittlich auf mehr Zellen und langsamer als Nervensignale): Die drei Systeme haben zahlreiche Verbindungen untereinander und die Grenzen sind fließend.

Produktion, Wirkung und Abbau der Hormone

Hormone werden in **Hormondrüsen** (*endokrinen Drüsen*, → Abb. 11.144), etwa der Schilddrüse, aber auch in verstreuten hormonaktiven Zellen oder Zellgruppen (**diffusum endokrines Gewebe**) z. B. des Magen-Darm-Trakts gebildet. Sie werden dann ins Interstitium abgegeben und gelangen meist über das Blut in den ganzen Körper. Teilweise wirken Hormone aber auch in der näheren Umgebung.

Nur Zellen mit spezifischen **Hormonrezeptoren** sprechen auf das jeweilige Hormon an (→ Abb. 11.145). Hormon und Hormonrezeptor passen wie Schlüssel und Schloss zusammen. Durch die Bindung des Hormons an den Rezeptor wird in der Zelle eine Reaktionskette ausgelöst, an deren Ende die feststellbaren Hormonwirkungen stehen.

Zellen verschiedener Gewebe können Rezeptoren für das gleiche Hormon besitzen, aber unterschiedlich auf dieses Hormon reagieren. Andererseits ist jede Zelle Zielzelle für unterschiedliche Hormone und besitzt entsprechend verschiedene Hormonrezeptoren.

Inaktiviert werden Hormone vor allem in Leber und Niere. Abbauprodukte werden ggf. über Darm oder Nieren ausgeschieden.

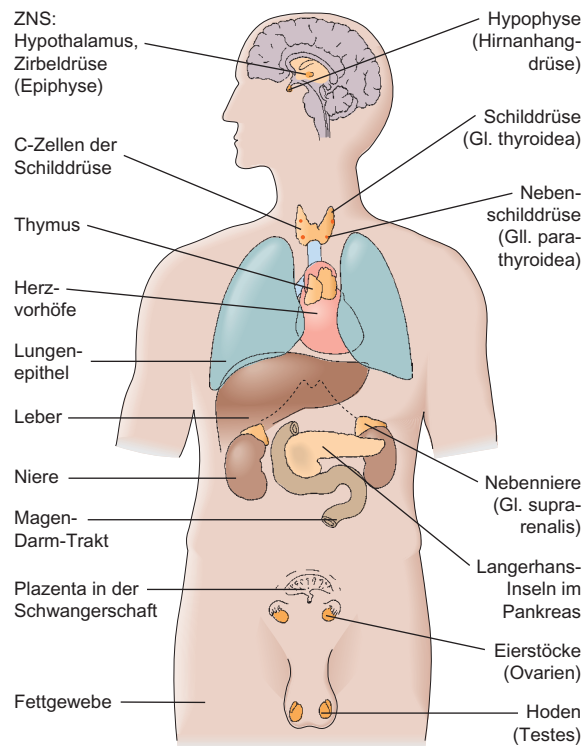


Abb. 11.144 Die Hormondrüsen und diffusen endokrinen Gewebe des Menschen. Die im Text nicht erwähnte Zirbeldrüse produziert Melatonin, das an der Steuerung von Tages- und jahreszeitlichen Rhythmen beteiligt ist (Gl. = Glandula = Drüse). [L190]

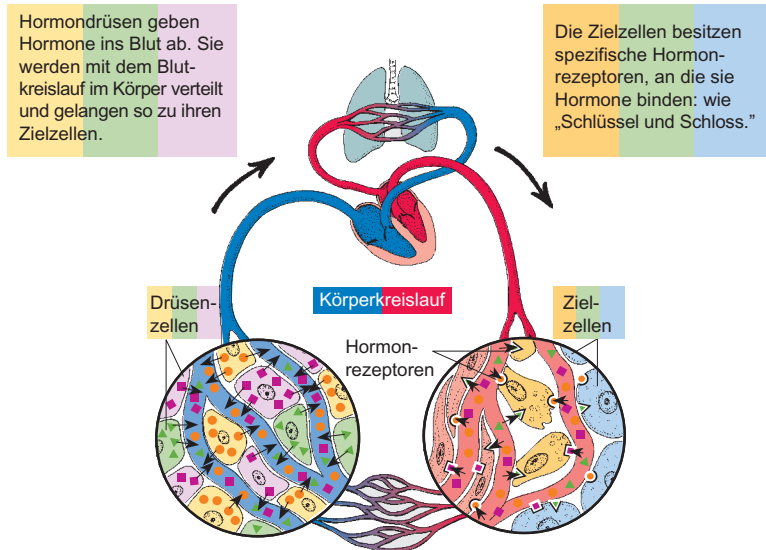


Abb. 11.145 Schematische Darstellung der Freisetzung von Hormonen und ihre Bindung an verschiedene Körperzellen. Zielzellen befinden sich in Körper- und Lungenkreislauf. [L190]

Hierarchie der hormonellen Sekretion

Da bereits geringe Änderungen der Hormonkonzentration weitreichende Folgen haben können, muss die Hormonsekretion exakt gesteuert werden. Diese Steuerung geschieht durch **Regelkreise** (→ Abb. 11.146).

- Der **Hypothalamus** steht in der Hierarchie an oberster Stelle. Hier laufen Infor-

mationen über die Außenwelt und das innere Milieu zusammen, er bildet außerdem eine entscheidende Verbindung zwischen Hormon- und Nervensystem. Der Hypothalamus gibt stimulierende und hemmende Steuerhormone ab, die **Releasing-** bzw. **Inhibiting-Hormone**

- Diese wirken auf den **Hypophysenvorderlappen**, der seinerseits Steuer-

hormone für die Hormondrüsen abgibt (**glandotrope Hormone**, *glandotrop* = auf Drüsen einwirkend)

- Die untergeordneten **Hormondrüsen**, z. B. die Schilddrüse, stehen unten in dieser Hierarchie und beeinflussen mit den **peripheren (effektorischen) Hormonen** ihre **Zielzellen**.

Die Konzentrationen der peripheren Hormone im Blut werden in Hypothalamus und Hypophyse gemessen. Meist läuft die Steuerung über **negative Rückkopplung**. Niedrige Konzentrationen der peripheren Hormone fördern die Freisetzung von stimulierenden Steuerhormonen aus Hypothalamus und Hypophyse, während umgekehrt hohe periphere Hormonspiegel die übergeordneten Drüsen hemmen.

„Primär“ und „sekundär“ werden bei Hormonstörungen uneinheitlich benutzt:

- Zur Angabe der Störungslokalisation: Bei einer **primären Über- oder Unterfunktion** liegt die Ursache in der Drüse selbst, bei einer **sekundären Über- oder Unterfunktion** in den Steuerzentren
- Zur Angabe der Ursache: „Primär“ bedeutet dann ohne, „sekundär“ mit fassbarer Grunderkrankung (z. B. Tumor).

Altersveränderungen des Hormonsystems

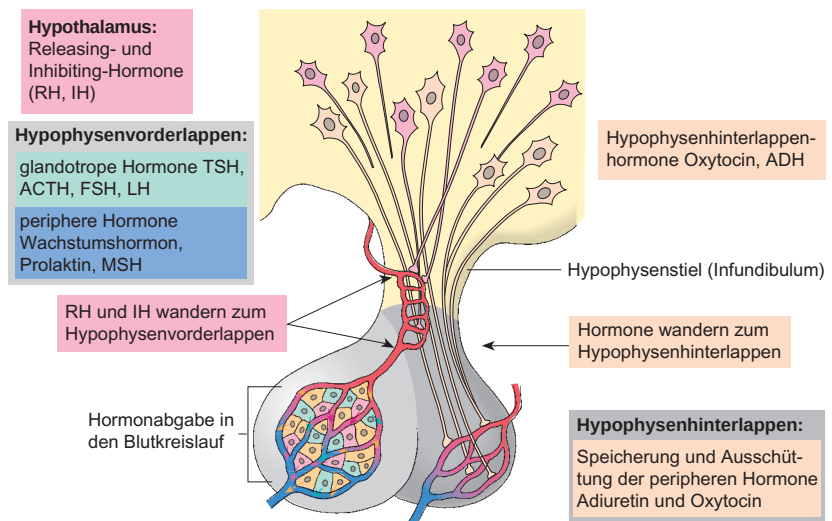
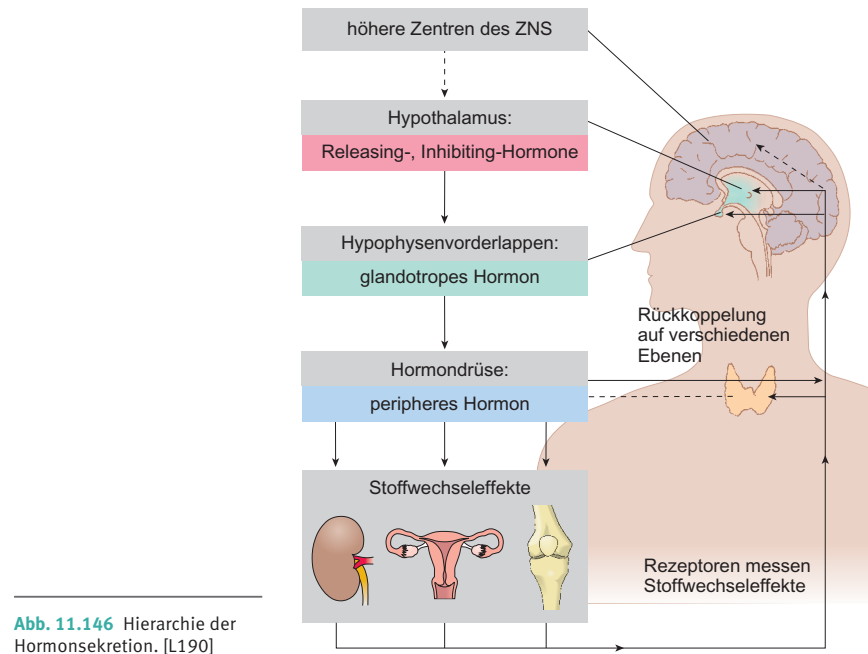
Mit zunehmendem Alter sprechen die Drüsenzellen langsamer und schwächer auf die Steuerhormone übergeordneter Zentren an. Die Fähigkeit zur Steigerung der Hormonbildung (die „Reserve“) wird geringer, etliche Hormonspiegel im Blut sinken. Abgesehen von den Geschlechtshormonen bleibt dies aber fast immer unbemerkt.

Hinweise zu gesundheitsförderndem Verhalten

Alle Versuche, durch Hormongabe das Altern zu verzögern, sind bislang gescheitert. Oft hatten die Hormone sogar ernste unerwünschte Wirkungen. Es gibt allerdings **Anti-Aging-Strategien**, preiswert und frei von unerwünschten Wirkungen: gesunde Ernährung, regelmäßige körperliche Aktivität und Verzicht auf Rauchen.

11.10.3 Hypothalamus und Hypophyse

Hypothalamus und **Hypophyse** (*Hirnanhangsdrüse*) liegen in den unteren Abschnit-



ten des Zwischenhirns. Sie sind über den Hypophysenstiel miteinander verbunden.

Die Hypophyse besteht aus zwei Teilen: Der größere **Hypophysenvorderlappen (HVL)** ist eine Hormondrüse. Der kleinere **Hypophysenhinterlappen (HHL)** kann als Anhängsel des Hypothalamus gesehen werden (→ Abb. 11.147), weil er hauptsächlich aus Axonen (Nervenzellfortsätzen) von Zellen des Hypothalamus aufgebaut ist.

Hormone des Hypothalamus

Im Hypothalamus werden Releasing-Hormone (RH) und Inhibiting-Hormone (IH) gebildet, die

auf dem Blutweg die Hypophyse erreichen und dort die Ausschüttung von Hypophysenvorderlappenhormonen anregen bzw. hemmen.

Hormone des Hypophysenhinterlappens

Andere Zellen des Hypothalamus bilden Oxytocin und ADH, die über deren Axone in den Hypophysenhinterlappen gelangen, wo sie gespeichert und bei Bedarf ins Blut abgegeben werden:

- Oxytocin** bewirkt die Wehenauslösung bei der Geburt und führt während der Stillperiode zum Milcheinschuss

- **ADH** (*antidiuretisches Hormon* = gegen den Harndurchfluss gerichtetes Hormon; *Adiuretin*) fördert die Wasserrückresorption aus den Harnkanälchen der Niere ins Blut. Dadurch sinkt die Urinausscheidung.

Ein ADH-Mangel (durch Gehirntumoren, -verletzung, -entzündung) oder Nicht-Ansprechen der Niere auf ADH führen zum **Diabetes insipidus** mit viel zu großen Harnmengen und Austrocknung.

Hormone des Hypophysenvorderlappens

Der Hypophysenvorderlappen bildet glandotrope Hormone, die untergeordnete Hormondrüsen steuern:

- **TSH** (*Thyroidea-stimulierendes Hormon*), regt die Bildung und Freisetzung der Schilddrüsenhormone an
 - **ACTH** (*Adrenokortikotropes Hormon*), stimuliert die Kortisolausschüttung in der Nebenniere
 - **FSH** (*Follikelstimulierendes Hormon*) und **LH** (*Luteinisierendes Hormon*) fördern die Eizellbildung bei der Frau und die Spermienzellbildung beim Mann und regen Eierstöcke bzw. Hoden zur Hormonproduktion an.
- Direkt auf Zielzellen wirken:
- **Prolaktin**, setzt u. a. die Milchproduktion in der Brustdrüse in Gang
 - **Wachstumshormon** (*Somatotropes Hormon*, *STH*, *Human growth hormone*, *HGH*), fördert v. a. Zellwachstum und -vermehrung

- **MSH** (*Melanozytenstimulierendes Hormon*), wird zusammen mit ACTH freigesetzt und beeinflusst über die Melanozyten (→ 9.4.3) die Hautpigmentierung.

11.10.4 Schilddrüse und Nebenschilddrüsen

Schilddrüse

Aufbau

Die ca. 25 g schwere **Schilddrüse** (*Glandula thyroidea*) liegt hufeisenförmig dicht unterhalb des Schildknorpels. Zwei **Schilddrüsenseitenlappen** sind durch eine Gewebsbrücke, den **Isthmus**, verbunden (→ Abb. 11.148).

Mikroskopisch betrachtet besteht das Schilddrüsengewebe aus vielen kleinen Bläschen, den **Follikeln**. Die Epithelzellen der Follikelwand produzieren die Schilddrüsenhormone und schütten sie in die Bläschenhöhlräume aus, wo sie gespeichert werden. Zwischen den Follikeln liegen die **C-Zellen** oder **parafollikulären Zellen**. Sie sezernieren das Hormon **Kalzitonin**.

Im Alter nimmt das Drüsengewebe etwas ab und das Bindegewebe zu, Knoten und Verkalkungen werden häufiger. Die Hormonbildung bleibt aber überwiegend ausreichend.

Schilddrüsenhormone

Es gibt zwei Schilddrüsenhormone: **Thyroxin** (T_4) und **Trijodthyronin** (T_3). Beide werden aus der Aminosäure *Tyrosin* durch Anlagern von *Jod* gebildet. Thyroxin (T_4) enthält vier Jodatome, Trijodthyronin (T_3) nur drei. Beide

Hormone steigern beim Erwachsenen den Stoffwechsel und die Nervenzelltätigkeit.

Nebenschilddrüsen und Regulation des Kalzium- und Phosphathaushalts

Nebenschilddrüsen

Die vier weizenkorngroßen **Nebenschilddrüsen** (*Epithelkörperchen*) liegen oben und unten an der Rückseite der Schilddrüsenseitenlappen. Sie schütten **Parathormon** (*PTH*) aus, das an der Regulation des Kalzium- und Phosphatstoffwechsel im Körper beteiligt ist.

Regulation des Kalzium- und Phosphathaushalts

Parathormon erhöht den Kalziumspiegel im Blut durch:

- Steigerung der Kalziumaufnahme im Darm durch Förderung der Umwandlung einer Vitamin-D-Vorstufe in aktives Vitamin-D-Hormon
- Erhöhte Kalziumfreisetzung aus dem Knochen
- Verminderte Kalziumausscheidung über die Nieren (bei gleichzeitig erhöhter Phosphatausscheidung).

Bei niedrigen Serumkalziumspiegeln wird vermehrt Parathormon ausgeschüttet. Hohe Spiegel hemmen die Parathormonausschüttung im Sinne einer negativen Rückkopplung.

Umgekehrt wirkt das Kalzitinin aus den C-Zellen der Schilddrüse. Es hemmt die Freisetzung von Kalzium und Phosphat aus dem Knochen und fördert deren Einbau in

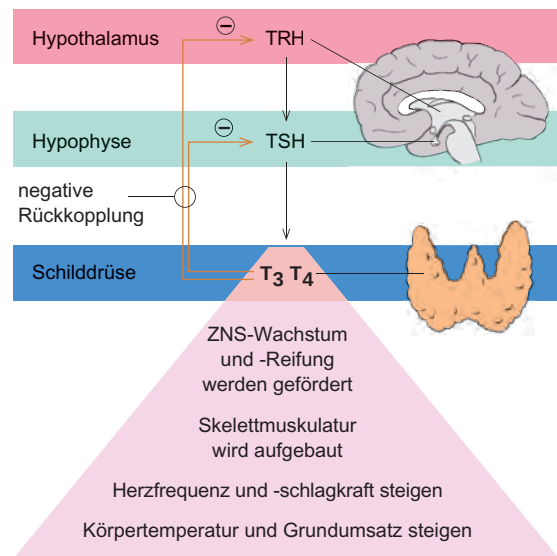
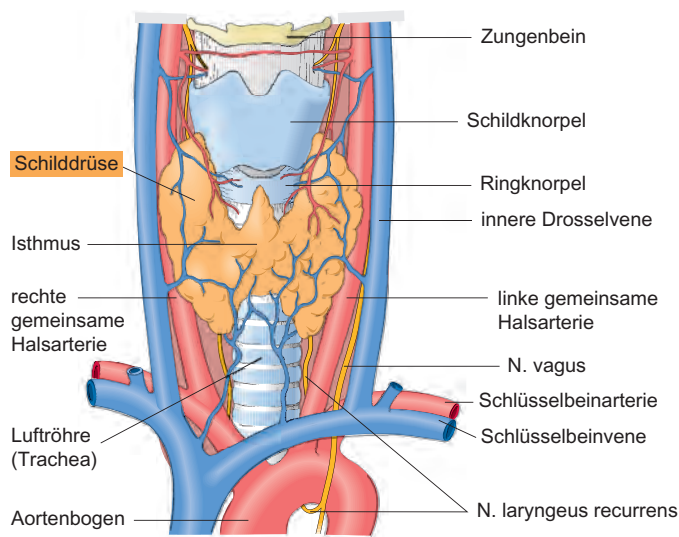


Abb. 11.148 Links: Anatomie der Schilddrüse, rechts: Funktion der Schilddrüsenhormone. [L190]

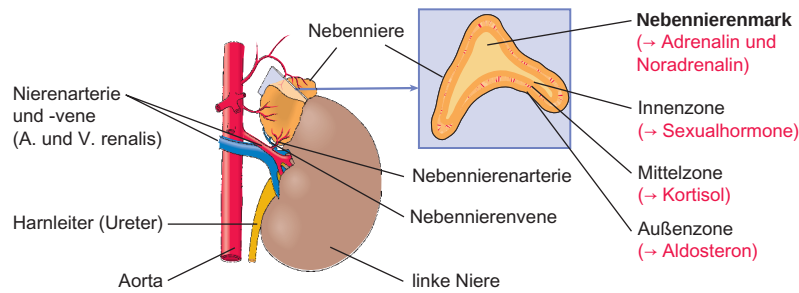


Abb. 11.149 Anatomie der Nebenniere. Die Schnittebene links oben ist rechts als „Glasscheibe“ markiert. [L190]

die Knochen. Dadurch senkt es die Kalziumkonzentration im Blut. An den Nieren steigert Kalzitronin u. a. die Ausscheidung von Phosphat- und Kalziumionen.

11.10.5 Nebennieren

Die jeweils nur 5–10 g schweren **Nebennieren** (*Glandulae suprarenales*) sitzen kappenförmig auf den Nieren. Man unterscheidet Nebennierenrinde und Nebennierenmark.

Nebennierenrinde und Nebennierenrindenhormone

Die **Nebennierenrinde** (→ Abb. 11.149) lässt sich in drei Schichten gliedern, in denen verschiedene Hormone produziert werden.

Mineralokortikoide

In der äußeren Nebennierenrindenschicht werden **Mineralokortikoide** produziert. Am wichtigsten ist das **Aldosteron**. Es fördert die Natrium- und Wasserrückresorption (-wiederaufnahme) in der Niere und steigert die Kaliumausscheidung über den Urin. So erhöht es Serumnatriumspiegel sowie Wassergehalt des Körpers und senkt den Serumkaliumspiegel.

Glukokortikoide

In der mittleren Nebennierenrindenschicht werden **Glukokortikoide** hergestellt. Das wirksamste davon ist **Kortisol**. Die Ausschüttung von Kortisol ist morgens am höchsten. Kortisol:

- Fördert Fett-, Eiweiß- und Knochenabbau
- Steigert die Glukoseneubildung (**Glukoneogenese**) aus Aminosäuren und damit den Blutzucker
- Hemmt Bildung und Aktivität von Abwehrzellen
- Vermindert die Kollagensynthese und Geweberegeneration.

Glukokortikoide eignen sich zur Therapie von Allergien, zur Entzündungshemmung und Unterdrückung der körpereigenen Abwehr (→ 11.8.4). Eine über längere Zeit erhöhte Blutkonzentration, egal ob erkrankungs- oder therapiebedingt, hat allerdings eine Reihe negativer Folgen für den Organismus (→ 11.10.10).

Sexualhormone

Die Nebennierenrinde produziert in ihrer inneren Schicht geringe Mengen an Sexualhormonen, v. a. **DHEA** (*Dehydroepiandrosteron*), ein schwach wirkendes **Androgen**

(*männliches Sexualhormon*). Dies spielt allerdings nur bei Frauen eine Rolle. Bei Männern ist die Androgenbildung in der Nebennierenrinde gegenüber der viel größeren Produktion in den Hoden zu vernachlässigen.

Nebennierenmark

Das **Nebennierenmark** kann als verlängerter Arm des vegetativen Nervensystems aufgefasst werden (→ 11.12.9). Aus dem Nebennierenmark werden die **Katecholamine Adrenalin** und **Noradrenalin** ins Blut abgegeben. Ihre Aufgabe ist die schnelle Steigerung der (körperlichen) Leistungsfähigkeit durch Bereitstellung von Energie und Stimulation der Herzarbeit.

Stressreaktion

Stressauslösende Ereignisse, z. B. Infektionen, Operationen, Verletzungen, aber auch Angst oder Ärger, setzen im ZNS zwei parallel laufende Reaktionsketten in Gang, die zusammen als **Stressreaktion** bezeichnet werden (→ Abb. 11.150):

- Durch Aktivierung des Nebennierenmarks wird in Sekundenschnelle ein Katecholamingemisch ausgeschüttet

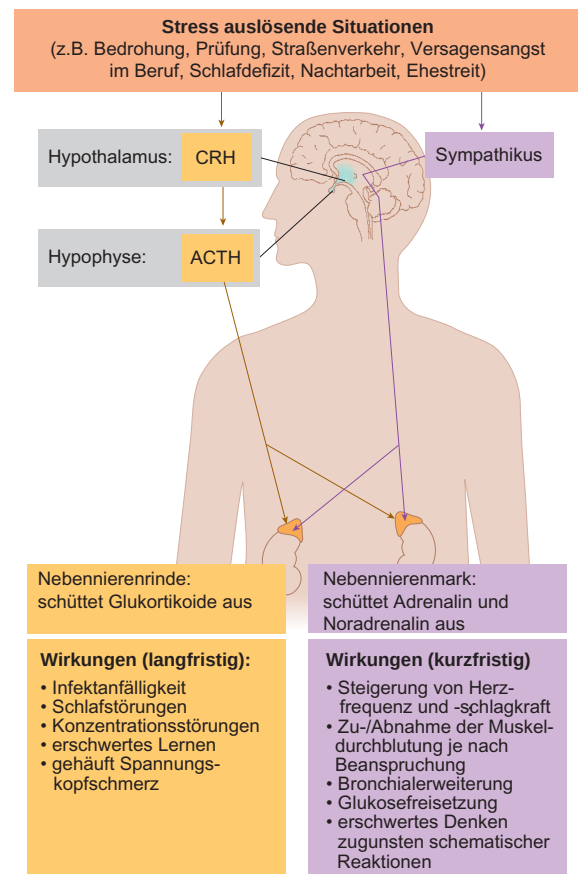


Abb. 11.150 Die Reaktionsketten bei der Stressreaktion. [L190]

- Aufgrund einer Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Achse werden vermehrt ACTH und in der Folge Glukokortikoide ausgeschüttet.

Hinweise zu gesundheitsförderndem Verhalten

Die Mobilisierung aller Reserven durch die Stressreaktion war in früheren Zeiten lebensrettend, als es auf schnelle Flucht vor einem Tier oder möglichst große Kraft im Kampf ankam. Viel häufiger sind heute aber Stressfaktoren, z. B. Ärger oder Lärm, vor denen der Mensch nicht wegrennen und gegen die er nicht kämpfen kann. Sind solche Situationen häufig, wird die ursprünglich sinnvolle Stressreaktion schädlich. Daher ist es zunächst wichtig, Stressfaktoren als solche zu erkennen und zu lernen, besser mit ihnen umzugehen, etwa durch Entspannungstechniken. Sport hilft, sowohl den Stress als auch die in einer Stresssituation bereitgestellten Blutzucker- und Fettreserven abzubauen. Stress ist allerdings nicht immer negativ, auch wenn er in Laienkreisen mit negativen Gefühlen verbunden wird und als Auslöser psychischer wie körperlicher Erkrankungen gilt. Im Gegensatz zum krank machenden **Disstress** durchaus positiv zu sehen ist **Eustress**, der eher anspornt und zu dem Gefühl führt, das Leben meistern zu können.

11.10.6 Bauchspeicheldrüse

Die **Bauchspeicheldrüse** (*Pankreas*) hat sowohl exokrine (→ 8.4.2) als auch endokrine Funktionen. Entsprechend besteht sie histologisch aus zwei verschiedenen Teilen: Der Hauptteil ist exokrines Drüsengewebe einschließlich der dazugehörigen Ausführungsgänge. Darin eingestreut sind v. a. im Schwanzteil hellere, endokrin aktive Zellgruppen (**Langerhans-Inseln**). Unterschiedliche Zellen bilden verschiedene Hormone:

- Die **A-Zellen** synthetisieren **Glukagon**
- Die **B-Zellen** produzieren **Insulin**
- Die **D-Zellen** stellen **Somatostatin** her, das v. a. die Verdauungsfunktionen hemmt
- Die **PP-Zellen** bilden **pankreatisches Polypeptid**, das die Tätigkeit des exokrinen Bauchspeicheldrüsentils vermindert.

Insulin

Insulin fördert den Aufbau von Speichermolekülen. Dies erfolgt durch:

- Gesteigerte Aufnahme der Ausgangssubstanzen Glukose (v. a. in Muskel- und Fettzellen), Amino- und Fettsäuren in die Zellen
- Förderung der Glykogen-, Eiweiß- und Fettbildung aus diesen Substanzen
- Hemmung des Glykogen-, Eiweiß- und Fettabbaus.

Insulin ist das *einzigste* Hormon, das den Blutzuckerspiegel senken kann. Ihm gegenüber stehen vier Hormone, die den Blutzuckerspiegel erhöhen: Glukagon, Glukokortikoide, Adrenalin und Wachstumshormon.

Glukagon

Glukagon mobilisiert Substrate z. B. durch:

- Förderung der *Glykogenolyse* (des Glykogenabbaus zu Glukose)
- Steigerung von Fett- und Eiweißabbau
- Neubildung von Glukose aus Aminosäuren (*Glukoneogenese*).

11.10.7 Erkrankungen der Hypophyse

Unterfunktion des Hypophysenvorderlappens

i DEFINITION

Unterfunktion des Hypophysenvorderlappens (*Hypophysenvorderlappeninsuffizienz, Hypopituitarismus*): Teilweises oder völliges Fehlen von Hypophysenvorderlappenhormonen.

Häufigste Ursachen einer **Unterfunktion des Hypophysenvorderlappens** sind Tumoren. Als Folge werden die untergeordneten Hormondrüsen zu wenig angeregt.

Beim alten Menschen sind v. a. die daraus entstehende sekundäre Schilddrüsen- und Nebennierenrindenunterfunktion (→ 11.10.8, → 11.10.10) bedeutsam. Die Diagnose wird durch Blutuntersuchungen gestellt.

Der Ersatz der fehlenden Hormone ist prinzipiell problemlos möglich. Die Dosierung muss aber exakt eingestellt und z. B. bei akuten Erkrankungen erhöht werden.

Überfunktion des Hypophysenvorderlappens

i DEFINITION

Überfunktion des Hypophysenvorderlappens: Mehrsekretion von Hypophysenvorderlappenhormonen, meist aufgrund gutartiger hormonproduzierender Tumoren (*Adenome*).



Abb. 11.151 Mann mit Akromegalie. Nase und Kinn sind vergrößert. [E273]

Das häufigste Adenom ist das **Prolaktinom**, das sich bei Frauen nach den Wechseljahren v. a. durch Brustvergrößerung und Milchfluss zeigt. Bei Männern sind Libidostörungen und Brustbeschwerden möglich.

Bei einer Überproduktion von Wachstumshormon kommt es bei Erwachsenen zu einer **Akromegalie** (Akren = *distale Körperteile*), d. h. einer Vergrößerung von Kinn, Nase, Zunge, Händen und Füßen sowie einer Vergrößerung der Gesichtszüge (→ Abb. 11.151).

Zusätzlich können Erscheinungen einer Hypophysenvorderlappenunterfunktion bestehen, wenn das normale Gewebe durch den Tumor geschädigt wird.

Die Diagnose erfolgt durch Hormonbestimmungen im Blut.

Prolaktinome werden vorzugsweise medikamentös behandelt, die übrigen Tumoren operativ. Ist das Risiko einer Operation alters- oder krankheitsbedingt zu hoch, kommen Medikamente oder Strahlentherapie in Betracht.

11.10.8 Erkrankungen der Schilddrüse

Euthyreote Struma und Schilddrüsenoperation

i DEFINITION

Struma (*Kropf*): Schilddrüsenvergrößerung. Bei alten Menschen häufiger als bei jüngeren.

Euthyreose: Normale Schilddrüsenhormonspiegel.

Euthyreote Struma (*blande Struma*): Schilddrüsenvergrößerung bei normalen Schilddrüsenhormonspiegeln.



Kompetenzbereich Intra- und interprofessionelles Handeln

24	Teamzusammensetzung und Teamarbeit	1081
25	Supervision und kollegiale Beratung.....	1091
26	Vernetzung, Koordination und Kooperation	1097
27	Praxisanleitung.....	1105
28	Hygiene	1111
29	Grundlagen der Arzneimittellkunde	1147
30	Grundlagen der medizinischen Diagnostik und Behandlung	1165
31	Durchführen ärztlicher Verordnungen.....	1193
32	Case-Management, Schnittstellenmanagement und Pflegeüberleitung.....	1251

TEAMZUSAMMENSETZUNG UND TEAMARBEIT

Ursula Becker (24.1, 24.2), Stephan Wätzig (24.3)

24.1 Team und Teamarbeit

S PFLEGESITUATION Stationär, Teil I

Die Auszubildende Janine Guter kommt in ihrem ersten praktischen Einsatz in das „Seniorenzentrum Maxeberg“. Sie nimmt an der Übergabe teil, empfindet sie als großen Wirrwarr an Informationen und begleitet dann die Altenpflegerin Hermine Brauer. Als sie Frau Brauer bei ihrer Arbeit mit den einzelnen Pflegebedürftigen beobachtet, denkt sie: „Aha, sie arbeitet ganz allein für sich und hat dabei ihre Ruhe. Keiner redet ihr rein!“

Zum Abschluss ihres ersten Arbeitstages erfolgt die Übergabe an die nächste Schicht, an der die Altenpflegeschülerin ebenfalls teilnimmt. Als es um die Mobilisation von Paul Müller geht, meint die Altenpflegerin der nächsten Schicht, Sybille Unruh, dass sie Herrn Müller am Vortag anders mobilisiert habe und dies für ihn besser sei. Es entsteht eine rege Diskussion um die verschiedenen Möglichkeiten, bis beide Altenpflegerinnen schließlich festlegen, eine Zeitlang die neue Mobilisationstechnik auszuprobieren. Dies wird im Pflegebericht vermerkt, damit es alle nachfolgenden Mitarbeiter nachlesen können.

Am nächsten Tag kommt die Auszubildende Janine mit unguuten Gefühlen zum

Dienst. Und tatsächlich, Hermine Brauer hat sich bei der Pflegedienstleitung über Sybille Unruh beschwert. Die Pflegedienstleiterin hat gleich für diesen Tag eine Teambesprechung anberaumt. Bei dieser Besprechung stellt sie kurz den Konflikt für alle dar und erläutert die unterschiedlichen Strategien der Kolleginnen bei der Pflege von Paul Müller. Danach fasst sie alle derzeit gängigen Mobilisationsformen von Pflegebedürftigen mit entsprechenden Einschränkungen zusammen. Im Anschluss fragt sie nach der Meinung aller Pflegekräfte. Es entsteht eine rege Diskussion. Am Ende kann tatsächlich eine übereinstimmende Mobilisationsform für Paul Müller festgelegt werden unter der Bedingung, dass nach zwei Wochen die Erfolge noch mal überprüft werden müssen. Nach dieser Teambesprechung hat Janine Guter das Gefühl, dass das Team jetzt an einem Strang ziehen wird und sie außerdem enorm viel über Mobilisation gelernt hat.

i DEFINITION

Team: Organisatorischer Zusammenschluss mehrerer Menschen, die ein gemeinsames Ziel verfolgen.

Teamarbeit: Jedes Teammitglied bringt sich entsprechend seiner Kapazitäten und Kompetenzen ins Team ein, um ein gemeinsames Arbeitsergebnis zu erzielen.

Teams gibt es in vielen Bereichen: Im Sport wird eine Mannschaft als Team bezeichnet, in einem Unternehmen ist damit die für einen bestimmten Zweck aus Mitarbeitern zusammengesetzte Arbeitsgruppe gemeint. Teams gibt es auch in Einrichtungen der Altenhilfe. Kennzeichen eines Teams:

- Die Mitglieder eines Teams haben gemeinsame Ziele und arbeiten zusammen
- Sie tragen gemeinsam Verantwortung und ergänzen sich in ihren Fähigkeiten
- Abläufe und Aufgabenverteilungen werden von den Teammitgliedern innerhalb ihrer Möglichkeiten selbst geregelt.

In der Altenpflege ist ein Team ein Zusammenschluss verschiedener Mitarbeiter, die als gemeinsame Aufgabe die Pflege und Betreuung älterer Menschen haben. Ihr Ziel ist, eine möglichst hohe Pflegequalität zu etablieren und zu erhalten. In der Betreuung von Pflegebedürftigen arbeiten die Pflegefachpersonen selten allein, sondern als Team an dem Ziel, die Situation eines Betroffenen in seinem Sinne zu optimieren. Dazu arbeiten sie partnerschaftlich zusammen und orientieren sich an der Situation des Pflegebedürftigen.

In einem **funktionierenden Team** herrscht gegenseitiger Respekt und die Mitglieder erkennen ihre jeweiligen berufsspezifischen Fähigkeiten und Kompetenzen an. Hier werden Kapazitäten gebündelt

eingbracht, um das Ziel besser erreichen zu können (*Synergieeffekt = Bündelung von Kräften*). Die Kommunikation funktioniert reibungslos, um hinsichtlich der gemeinsamen Ziele gemeinsame Entscheidungen zu treffen (→ Tab. 24.1). Bei verschiedenen Situationen können den Fähigkeiten entsprechend die Führungsrollen wechseln. Teamaktivitäten werden gemeinsam überprüft und ausgewertet. [1]

In einem Team hat jedes Mitglied eine eigene Rolle, Funktion, Position und Aufgabe, die es entweder zugewiesen bekommt oder die sich durch die Gruppendynamik entwickelt. Es gibt unterschiedliche **Teamrollen**, z. B.:

- Der Macher
- Der Beobachter
- Der Umsetzer
- Der Perfektionist
- Der Spezialist
- Der Wegbereiter und Weichensteller
- Der Koordinator und Integrator
- Der Erfinder und Neuerer.

Welche Rolle der Einzelne einnimmt, hängt maßgeblich von den fachlichen und persönlichen Kompetenzen ab.

In einem gut funktionierenden Team entwickelt sich ein **Teamgeist**, den man als gemeinsames spezifisches „Wir-Gefühl“ bezeichnen könnte. Teamgeist entsteht, wenn die Teammitglieder ähnliche oder gleiche Ziele und Ideale haben und sich diese durch kommunikative Prozesse gegenseitig mitteilen. Nur mit dem nötigen Zusammengehörigkeitsgefühl, intrinsischer Motivation und mit der Erkenntnis, dass erst die sich ergänzenden Fähigkeiten der einzelnen Teammitglieder zum Ziel führen, ist ein Team ein Team. Die polemische Bezeichnung von TEAM = „Toll, ein anderer macht's“, spielt darauf an, dass Teams manchmal nicht funktionieren und nur wenige Leute die ganze Arbeit übernehmen.

24.1.1 Teamfähigkeit

Kollegiale Beratung und Supervision → Kap. 25

i DEFINITION

Teamfähigkeit: Handlungskompetenz, sich einer Gruppe anderer Menschen anzuschließen und in sozialer Weise mit anderen zu interagieren sowie sich und seine Kompetenzen unter Berücksichtigung der Ziele der Gruppe optimal und konstruktiv einzubringen. Dazu gehören neben den beruflichen auch

persönliche und zwischenmenschliche Kompetenzen.

In arbeitsteiligen Teams sind bestimmte Qualifikationen erforderlich, damit die Zusammenarbeit funktionieren kann. Dazu gehören:

- Kommunikationsfähigkeit und Sprachkompetenz
- Engagement
- Kooperations- und Konsensfähigkeit
- Ergebnisorientiertheit
- Teamwilligkeit
- Zwischenmenschliche Fähigkeiten, Menschenkenntnis, soziale Intelligenz (→ 24.1.3)
- Empathie (*Einfühlungsvermögen*)
- Emotionale Intelligenz
- Toleranz
- Rücksichtnahme
- Selbstdisziplin
- Kritikfähigkeit
- Konfliktfähigkeit.

Ein **Teamleiter** führt sein Team erfolgreich, wenn er verantwortlich, konsequent und flexibel agiert und in dem, was er tut, für seine Mitarbeiter vorhersehbar ist. Er sollte Durchsetzungsvermögen besitzen und selbstbewusst sein, denn er nimmt eine Vorbildfunktion ein. Er kennt die Stärken der einzelnen Mitarbeiter und weiß diese zu schätzen.

Ist die **Teamfähigkeit** gestört, weil z. B. ein Teammitglied nicht zur Teamarbeit bereit ist und als Einzelkämpfer arbeitet, sind insbesondere Kommunikationsfähigkeiten seitens des Teamleiters gefragt, um das Problem zu lösen. Kommt die Gruppe damit nicht allein zurecht, kann ein Supervisor (→ Kap. 25) zu Rate gezogen werden.

LERN-TIPP

Denken Sie an ein Team, in dem Sie arbeiten oder lernen. Schreiben Sie alle Mitglieder auf ein Blatt Papier. Dann versuchen Sie, die Mitglieder in einem Schema unterzubringen, das sowohl die Stärke der jeweiligen Beziehungen, als auch die Stellung der Personen in der Hierarchie des Teams darstellt. Lassen Sie sich dabei nicht von Funktionsbezeichnungen (z. B. Teamleiterin, Praxisanleiterin) beeinflussen, sondern urteilen Sie nur nach Ihrem eigenen, personenorientierten Eindruck. Dann überlegen Sie, ob Ihr Schema dem Selbstverständnis der Teammitglieder entspricht.

24.1.2 Teamentwicklung

i DEFINITION

Teamentwicklung: Prozess, den ein Team während seines Bestehens nahezu automatisch durchläuft. Als gesteuerter aktiver Prozess verbessert die Teamentwicklung die Zusammenarbeit.

Ein Team ist ein dynamisches Gebilde und niemals statisch. Es entwickelt sich kontinuierlich. Diese **Teamentwicklung** kann mehr oder weniger erfolgreich verlaufen und dazu führen, dass Teams gut oder schlecht funktionieren. Der **Teamentwicklungsprozess** kann in vier Phasen unterteilt werden: [2]

- **Formierungs- oder Orientierungsphase (*forming*):** In dieser ersten Phase findet sich das Team zusammen und lernt sich kennen. Erste Grenzen können gesteckt und Erwartungen geäußert werden. Tätigkeiten werden verteilt. Hier muss die Führungskraft das Team „anführen“
- **Kampf- oder Konfliktphase (*storming*):** Die Konfliktphase tritt auf, wenn unerschwellige Konflikte auftauchen, neue Teammitglieder sich nicht einfügen, sich Cliquen bilden, ein „Ich“-Gefühl bei einzelnen Mitarbeitern entsteht, sich ein Kampf um die (informelle) Führung entwickelt oder Frustrationen eintreten. Folge sind Krisenstimmung, Konflikte, Machtkampf. Hier muss die Führungskraft eindeutige Ziele aufzeigen
- **Regel- oder Normierungsphase (*norming*):** In dieser Phase werden neue Gruppenrichtlinien entwickelt, neue Umgangsformen festgelegt. Es kommt zum Feedback und einem Austausch der Teammitglieder. Ein „Wir“-Gefühl entsteht, Leistungen der anderen werden wertgeschätzt, Vertrauen aufgebaut
- **Arbeitsphase (*performing*):** Die Arbeitsphase zeichnet sich durch Arbeitsorientierung, zielgerichtetes Handeln und Leistungswillen aus. Die Mitglieder gehen offen miteinander um, sind solidarisch und flexibel. Hier steuert sich das Team größtenteils selbst. Es herrscht ein guter Informationsfluss, Toleranz, Offenheit und hohe Motivation. Da die Gruppenstruktur geklärt ist, kann die Energie ohne Reibungsverluste in die Arbeit fließen. Angefügt werden kann noch die **Auflösungsphase (*adjourning*)**. Manchmal löst sich ein Team nach Beendigung einer Aufgabe auf.

Tab. 24.1 Kriterien für eine gelungene Teamarbeit.

Kriterien für eine gelungene Teamarbeit
Eindeutiges Gefühl der Zusammenarbeit, Involviertheit
Übernahme der Verantwortung durch den Einzelnen für die eigene Leistung und die der Gruppe, Verantwortungsgefühl für das Ergebnis
Gegenseitige Unterstützung und Ergänzung, funktionierender Informationsfluss, Gruppenzusammenhalt
Akzeptanz für gute Leistungen einzelner Teammitglieder
Engagement und Motivation entsprechend der Kompetenzen des Einzelnen
Zielorientiertes und effizientes Arbeiten, Abstimmung einzelner Tätigkeiten
Gleiche Rechte und Pflichten für alle Teammitglieder

Diese Entwicklung im Team verläuft nicht immer reibungslos und erfordert ein großes Maß an Kooperationsbereitschaft. Da Menschen unterschiedlich sind, funktionieren auch Gruppen nicht gleich. Manche Teams haben keine Konfliktphase, andere erreichen niemals die Arbeitsphase.

24.1.3 Kommunikation im Team

Unterstützung alter Menschen bei der Kommunikation → 9.1.4

Pflege alter Menschen mit Erkrankungen der Sinnesorgane → 9.4

i DEFINITION

Kommunikation: Austausch von Informationen. Dieser Austausch beruht auf Gegenseitigkeit und bezieht sich auf Wissen, Erkenntnisse oder Erfahrungen.

Kognitiv: Die Erkenntnis betreffend, verstandes- oder erkenntnisbezogen.

Kognition: Bewusstseinsinhalt, der in Beziehung zu einer Sinneserfahrung steht oder aus einem Denkprozess erwachsen ist.

Jeder **zwischenmenschliche Kontakt** zu anderen Menschen – sowohl der verbale als auch der nonverbale – ist **Kommunikation**. Nur durch Kommunikation ist gewährleistet, dass Informationen fließen. Somit ist sie Voraussetzung für Veränderungen und Entwicklungen.

Kommunikation bedeutet **Verständigung untereinander** und meint die Fähigkeit, etwas ausdrücken, mitteilen und signalisieren und dabei gleichzeitig Nachrichten und Signale anderer empfangen, interpretieren und darauf reagieren zu können. Voraussetzung für Kommunikation ist, dass mindestens zwei Personen beteiligt sind, die in irgendeiner Weise miteinander agieren, bewusst oder unbewusst. Dabei

ist die Sprache das deutlichste und umfassendste Mittel (*verbale Kommunikation*). Stimme und Sprachmelodie vermitteln ergänzende Informationen (*paraverbale Kommunikation*). Die Sprache wird meist mit dem Körper durch Mimik und Gestik unterstützt, manchmal sogar ersetzt (*nonverbale Kommunikation*).

Die paraverbale und nonverbale Kommunikation vermittelt insbesondere die gefühlsmäßigen Inhalte, auf die Menschen im Allgemeinen schneller und ohne langes Nachdenken reagieren.

Um kommunizieren zu können, bedarf es der **kognitiven Kompetenz**. Diese umfasst die Prozesse der Wahrnehmung, des Gedächtnisses und des Denkens. Wahrnehmung wird hier nicht als sensorische Verarbeitung von Reizen verstanden, sondern auch als Beurteilung und Einordnung des Wahrgenommenen in Bedeutungszusammenhängen. Kommunikation setzt darüber hinaus **Sozialkompetenz** voraus, die auch als soziale Intelligenz bezeichnet werden kann, also die Fähigkeit, in Beziehungen klug zu handeln.

Vom Gelingen und Misslingen der Kommunikation

Kommunikation und Beziehung

Die Kommunikation im Team vermittelt nicht nur Informationen, sie bestimmt auch die Beziehungsmuster des Teams als Spiegelbild der Beziehungen. Durch Kommunikation können Krisen und Probleme erkannt werden, sie dient gleichzeitig als Korrektiv beim Auftreten von Problemen und Konflikten.

Der **Kommunikationsstil** in einem Team sollte von Offenheit und aktivem Zuhören geprägt sein. Jedem Mitglied des Teams wird Wohlwollen entgegengebracht. Über Fehler muss ohne Angst gesprochen werden



Abb. 24.1 Oft ist die körperliche Haltung, die Teammitglieder im Kontakt einnehmen, bezeichnend für die Stimmung, die zwischen ihnen herrscht. Hier zeigen sich Kolleginnen die „kalte Schulter“. [0408]

können und wenn Kritik erforderlich ist, bezieht sie sich auf die Sache und nicht auf die Person. Die Teammitglieder respektieren sich gegenseitig und akzeptieren Unterschiede (→ Abb. 24.1).

Wenn in der Arbeitsphase eines Teams die Routine lähmend und langweilig wird, wenn statt Solidarität Konkurrenz entsteht, einzelne Mitglieder dominieren und eine Hierarchie etablieren wollen oder die Stimmung schlechter wird, kommt es zur **Krise im Team**.

Bei Krisen muss immer geklärt werden, welche Schwierigkeiten wirklich die Ursache des Problems sind und von welcher Person die Probleme ausgehen. Dies muss allgemein verständlich in Worte gefasst werden (*Metakommunikation*). Man versucht also, darüber zu reden, wie man miteinander redet. Mitunter ist das keine leichte Aufgabe, aber nur so kann geklärt werden, warum eine Beziehung gestört ist. Hier ist Mut zur Selbstoffenbarung gefragt. Es empfiehlt sich, einen Zeitraum hierfür zu vereinbaren, um diese Diskussion nicht ausufern zu lassen (→ 43.1.7). Metakommunikation kann in Form von kontinuierlich stattfindenden oder bei Bedarf anberaumten Teamgesprächen (→ Kap. 25) erfolgen, teilweise von einem externen Teilnehmer (z.B. Supervisor) begleitet werden. Bezieht sich das Kritikgespräch auf eine einzelne Person, erfolgt es unter vier Augen.

In funktionierenden Teams werden **Konflikte** als **Bereicherung** und **Anregung** verstanden, denn es geht eher um sachliche Probleme, weniger um emotionale Schwierigkeiten. Wenn sich die Mitglieder in den übergeordneten Zielen und beim Problem Lösungsverfahren einig sind, können Lösungen gefunden werden, die alle akzeptieren. [1]

Weitergabe von Informationen

Pflegedokumentation → Kap. 34

In der Altenpflege müssen zahlreiche Informationen bezüglich der Versorgung der Pflegebedürftigen kommuniziert werden. Dies erfolgt schriftlich in der **Dokumentation** und mündlich in der **Übergabe**.

Die schriftliche Dokumentation enthält relevante Informationen über die Pflegebedürftigen, Anweisungen und Informationen innerhalb des Teams. Die Dokumentation erfolgt in einem standardisierten Dokumentationssystem.

Der wichtigste Ort der mündlichen Informationsübermittlung ist die Übergabe, bei der Informationen über die Pflegebedürftigen ausgetauscht werden können. Inhalte der Übergabe:

- Stand der aktuellen Pflege
- Schwierigkeiten mit bestimmten Situationen oder Bewohnern
- Ideen für Veränderungen.

Leitlinien einer guten Kommunikation

- Miteinander sprechen, nicht übereinander
- Ziel der Kommunikation ist das gemeinsame Ziel
- Keine Informationen vorenthalten
- Interesse zeigen, an der Arbeit der Kollegen sowie an den Kollegen selbst
- Bei Konflikten sachlich und klar bleiben
- Enttäuschungen und Frustrationen formulieren
- Eigene Wünsche und Lösungsvorschläge einbringen
- Persönliche Verletzungen vermeiden, eventuell externe Beobachter hinzuziehen (z. B. Supervisor)
- Aktiv zuhören, offen auf andere eingehen.



Abb. 24.2 Pflegende müssen die Balance zwischen Nähe und Distanz zu den Pflegebedürftigen wahren. Eine zu große Nähe überhäuft Pflegende mit Erwartungen, die sie am Ende nicht einlösen können und die zu Konflikten im Team führen kann. [J787]

Emotionale Komponenten

In einem guten Team arbeiten Mitarbeiter als Teil einer Gruppe mehr oder weniger intensiv und regelmäßig zusammen, um ein gemeinsames Ziel zu erreichen. Dies setzt eine gelingende partnerschaftliche Kommunikation voraus.

Nähe und Distanz

Eine Pflegebeziehung schafft zwischen den Pflegenden und den Pflegebedürftigen ein hohes Maß menschlicher Zuwendung und Nähe. Es kommt in dieser Beziehung zu einer körperlichen und persönlichen Nähe mit eigentlich fremden Menschen, die sonst nur bei Freunden und der Verwandtschaft üblich ist. Emotionale **Nähe** oder **Distanz** sind häufig auch eine Frage der Sympathie oder Antipathie. Bestehen im Team unterschiedliche Vorstellungen über die passende Nähe und Distanz zu Pflegebedürftigen, kann dies zu Konflikten führen (→ Abb. 24.2). Mitarbeiter, die sich stärker abgrenzen, fühlen sich in Konkurrenz zu Kollegen, die mehr Nähe zulassen.

Grenzen setzen

Wichtig ist es, trotz Offenheit und Zugewandtheit Grenzen zu setzen und diese nicht zu überschreiten.

Konkurrenz und Rivalität

Persönliche Gesundheitsförderung → 43.3

Damit ein Team erfolgreich arbeiten kann, müssen Faktoren wie Kooperation, Empathie, Toleranz und Kritikfähigkeit gegeben sein. Die Teammitglieder müssen offen miteinander umgehen und kooperativ zusammenarbeiten, damit sie ihr gemeinsames Ziel erreichen. Wenn diese Faktoren von einigen Teammitgliedern nicht gewährleistet sind, weil sie sich als Konkurrenten oder Rivalen verstehen, bricht die Teamarbeit zusammen.

Konkurrenz bedeutet im Allgemeinen einen Wettkampf oder Wettbewerb auf einem bestimmten Gebiet, mit einem anderen in einen Wettbewerb zu treten bzw. sich mit anderen um etwas zu bewerben. **Rivalität** als spezielle Form der Konkurrenz heißt Nebenbuhlerschaft, Kampf um den Vorrang. Der Begriff Rivalität ist negativ besetzt und hat den Beweis der Überlegenheit zum Ziel.

Wenn es im Team zu Schwierigkeiten kommt, weil einzelne Mitarbeiter eine Vorrangstellung anstreben und mit ihrer Position nicht zufrieden sind, ist das Gleichgewicht zwischen Kooperation und Kon-

kurrenz gestört, es kann zu Sticheleien, heimlichen Intrigen bis zum Mobbing kommen. Sämtliche Mitarbeiter sind gefragt, für solche Tendenzen aufmerksam zu sein und sofort einzugreifen, wenn Rivalitäten spürbar werden. [2]

Probleme und Konflikte

Probleme und **Konflikte** treten auf, wenn die beteiligten Personen unvereinbare Ziele oder Werte verfolgen. Ursachen von Konflikten sind z. B.:

- Kommunikationsschwierigkeiten
- Unterschiedliche Wahrnehmungen
- Seltene oder begrenzte Ressourcen
- Unklare Organisationsstrukturen
- Ungewollte Abhängigkeiten
- Als unfair empfundene Rollenverteilung, unfaire Behandlung
- Unzureichende Informationsweitergabe, bewusstes Zurückhalten von Informationen
- Konkurrenzverhalten und Rivalität (→ Abb. 24.3)
- Mobbing
- Interessenskonflikte
- Wissenskonflikte
- Generationenkonflikte.

Konflikte können aber auch innere Ursachen haben, etwa durch die Auseinandersetzung mit Krankheit und Tod, Erfahrung von Hilflosigkeit und den eigenen Grenzen, fachliche Überforderung.

Treten in Teams Probleme und Konflikte auf, die das Team durch Besprechungen selbst nicht lösen kann, können Balintgruppen (→ 25.2) oder Teamsupervisionen (→ 25.1.2) helfen.

Kulturell bedingte Konflikte

Pflegefachpersonen treffen nicht nur in der Betreuung Pflegebedürftiger auf Menschen aus anderen Kulturen, sondern auch an ihrem Arbeitsplatz. Kollegen kommen aus verschiedenen Ländern und Herkunftssituationen mit ganz unterschiedlichen Prägnungen und Vorstellungen von Pflege und Teamarbeit. Wenn Pflegefachpersonen nicht dafür offen sind, die Unterschiede wahrzunehmen, oder schlichtweg mit der Verständigung Probleme haben, entstehen rasch Konflikte und persönliche Verletzungen.

Konflikte durch berufliche Belastungen

Berufstypische Belastungen und Strategien zur Kompensation → Kap. 43

In der Altenpflege kommt es für die Mitarbeiter zu zahlreichen Belastungen körperlicher und psychischer Natur. Diese Belastungen können durch die Organisa-



Abb. 24.3 Teamarbeit basiert auf gegenseitiger Achtung. [K333]

tionsstruktur, das Team oder die eigene Einstellung zum Beruf bedingt sein. Kann ein Mitarbeiter diese Belastungen nicht sinnvoll bewältigen, kommt es zur „**inneren Kündigung**“ oder gar zum **Burnout** (→ 43.2.5). Dies stellt für das Arbeitsteam ein großes Problem dar. Nicht selten arbeiten solche Teammitglieder nur noch mit geringstem Aufwand und haben ihr Interesse an der Qualität der Arbeit und dem Erfolg der Einrichtung verloren. Dieser „Dienst nach Vorschrift“ trifft das gesamte Team.

Bei solchen Konflikten muss versucht werden, rechtzeitig zu reagieren und aufmerksam für die einzelnen Teammitglieder zu sein. Keinesfalls darf es bis zum **Mobbing** (→ 43.2.7) kommen, wenn etwa andere Mitarbeiter über den Betroffenen als einen arbeitsscheuen Menschen lästern. Wenn ein Vier-Augen-Gespräch nicht ausreicht, sind vielleicht Teamsupervisionen hilfreich (→ 25.1.2). Auf jeden Fall ist zu vermeiden, dass der betroffene Mitarbeiter aus dem Beruf „flieht“ und kündigt. Hier ist ein aufmerksamer und kompetenter Teamleiter gefragt.

Regelmäßige Teamsupervisionen – bevor die Situation eskaliert – haben sich bewährt. Sie geben den Mitarbeitern das Gefühl, dass ihre Bedürfnisse ernst genommen werden und ein fester Platz dafür vorgesehen ist.

Konfliktlösungsstrategien

Um einen Konflikt zu lösen, ist es hilfreich, den Konflikt nicht als etwas Negatives und Bedrohliches zu betrachten, sondern als ein **Warnsignal**.

Konflikte treten häufig und überall auf. Wichtig ist es, zu lernen, konstruktiv damit umzugehen.

Kein Sieger und kein Verlierer

Bei einer Konfliktlösung darf es keinen Sieger und keinen Verlierer geben.

Die Konfliktlösung kann in vier Schritte unterteilt werden:

- **Eingeständnis** eines bestehenden Konflikts: Nur wenn man sich klar gemacht hat, dass Probleme im Team aufgetreten sind, die Beteiligten diesen Konflikt wahrnehmen und eine Konfliktlösung von allen Teammitgliedern gewünscht ist, kann man die Bewältigung konstruktiv angehen
- **Konfliktbeschreibung**: Alle Beteiligten stellen ihre Position und Meinung dar. Unter Umständen ist hier ein neutraler Diskussionsleiter hilfreich, der die Beteiligten darin unterstützt, den Konflikt zu versachlichen
- **Zielbeschreibung**: Erst wenn sich die Beteiligten darüber verständigt haben, welches Ziel sie mit der Konfliktlösung anstreben, können sie den nächsten Schritt angehen
- **Lösungssuche**: Jetzt müssen verschiedene Lösungen gegeneinander abgewogen werden, um kreativ nach dem geeigneten Weg suchen zu können. Ziel ist ein Konsens der Meinungen, d. h. alle sind mit der Lösung einverstanden. Es ist hilfreich zu formulieren, wann und woran alle Beteiligten letztendlich erkennen können, dass mit der besprochenen Lösung auch das vereinbarte Ziel erreicht wird
- **Umsetzung der Lösungsstrategie**: Die Lösungsstrategie für den Konflikt muss umgesetzt und überwacht werden, damit sie ihr Ziel erreicht. Manchmal ist eine Nachbesprechung hilfreich.

Nach der Lösung von Konflikten ist es nicht selten, dass die einzelnen Beteiligten das Gefühl haben, die Beziehung zueinander habe sich verbessert.



VORSICHT! Bei Konflikten rechtzeitig eingreifen, bevor die Situation eskaliert.

24.2 Interdisziplinäres Team



PFLEGESITUATION

Stationär, Teil II

Die Auszubildende Janine Guter begleitet die Altenpflegerin Hermine Brauer weiterhin bei der Pflege. Eines Morgens kommen sie in das Zimmer von Paul Müller und möchten ihn mobilisieren. Herr Müller will nicht aufstehen und Hermine Brauer hat die Vermutung, dass er unter Schmerzen leidet. Da er unter einer Demenz in fortgeschrittenem Stadium leidet, kann er sich hierzu selbst nicht äußern.

Am nächsten Tag kommt der Hausarzt und Hermine Brauer schlägt vor, die Schmerzmedikation zu erhöhen. Der Hausarzt ist skeptisch, ob dies wirklich erforderlich sei und möchte sich ein umfassendes Bild verschaffen. Daraufhin wird für den übernächsten Tag eine Fallbesprechung vereinbart, an der neben Hermine Brauer auch die Wohnbereichsleitung, die Physiotherapeutin und der Hausarzt teilnehmen. Sie tauschen ihre Erfahrungen aus und überlegen, welches Vorgehen für Herrn Müller am geeignetsten sei. Die Bereichsleiterin ist überrascht, wie konstruktiv dieses Gespräch verläuft. Es wird verabredet, probeweise die Schmerzmedikation zu erhöhen und sich nach einer Woche telefonisch über die Ergebnisse zu verständigen. [4]



DEFINITION

Interdisziplinäres Team: Zusammenarbeit mehrerer Disziplinen.

Pflegefachpersonen arbeiten in **interdisziplinären Teams** mit anderen Berufsgruppen zusammen (→ Abb. 24.4). Das Ziel ist, die Pflegequalität zu sichern, zu kontrollieren und zu evaluieren. Pflegenden arbeiten in der Versorgung Pflegebedürftiger u. a. mit folgenden Professionen zusammen:

- Angehörigen
- Pflegeassistenten
- Mitarbeitern aus der Hauswirtschaft
- Haus- und Fachärzten
- Mitarbeitern der Verwaltung
- Mitarbeitern der Einrichtungsleitung
- Mitarbeitern der Apotheke
- Sozialarbeitern

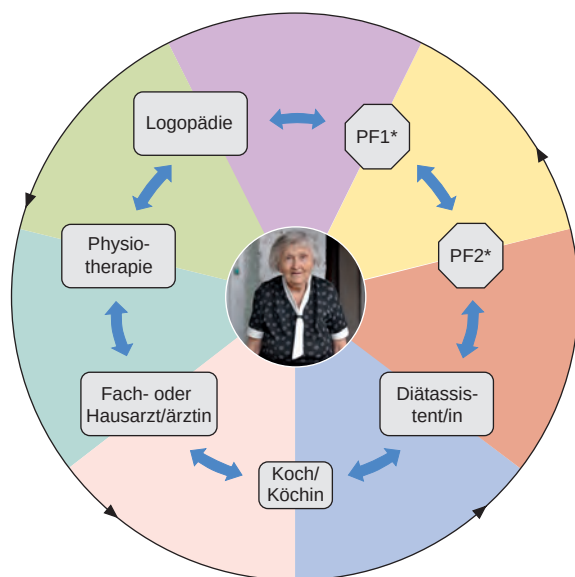


Abb. 24.4 Interdisziplinäres Team
(* PF = Pflegefachperson). [L143]

- Heilerziehungspflegerinnen
- Krankenpflegerinnen in Kliniken
- Physiotherapeuten
- Ergotherapeuten
- Logopäden
- Diätassistenten
- Seelsorgern
- Pfarrern
- Orthopädietechnikern.

Therapeutisches Team

Unter einem therapeutischen Team versteht man alle an der Pflege eines alten Menschen beteiligten Berufsgruppen.

Im Mittelpunkt der interdisziplinären Arbeit stehen der Pflegebedürftige und seine Angehörigen. Die Vorteile der Interdisziplinarität liegen darin, dass mehrere Aspekte eines Problems professionell betrachtet werden können und zudem die Problemlösung nicht einseitig wird. Wenn sowohl die Kooperation als auch die Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen gut funktioniert, gelingt die optimale Versorgung der Pflegebedürftigen.

Beispiele für Beziehungen zwischen verschiedenen Berufsgruppen und der Altenpflege:

- Zusammenarbeit mit Ärzten – Kommunikation über die Durchführung von ärztlich verordneten Heilmaßnahmen
- Zusammenarbeit mit Ergotherapeuten, Logopäden – Koordination der Termine mit externen Therapeuten
- Zusammenarbeit mit Angehörigen – Einbeziehung in die Pflegemaßnahmen
- Zusammenarbeit mit Schülern und Hilfskräften – Anleitung in die durchzuführenden Maßnahmen
- Zusammenarbeit mit Krankenhausmitarbeitern im Falle einer Krankenhauseinweisung – Übergabe, Gewährleisten aller relevanten Informationen.

Die Schwierigkeiten eines interdisziplinären Teams liegen darin, dass jede Profession eine eigene Arbeitsstruktur und -organisation hat, unterschiedliche Kommunikationsformen und -wege vorhanden sind (z. B. Fachsprache der Ärzte) und möglicherweise verschiedene ethische Einstellungen vorhanden sind. Diese Schwierigkeiten werden zu Problemen bei:

- Ungenügendem Informationsfluss
- Kompetenzgerangel
- Konflikten zwischen den Personen oder Berufsgruppen
- Ungenügender Koordination des Arbeitsablaufs.

Damit solche Probleme nicht auftreten und die Qualität gesichert bleibt, ist ein Schnittstellenmanagement erforderlich, d. h. eine übergeordnete **qualitätsorientierte Kooperation** aller beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen. Ein gelungenes Beispiel für ein hausärztlich orientiertes Management stellt das Projekt FIDEM (Frühe Informationen und Hilfe bei Demenz) aus Braunschweig dar. Ziel ist die verbesserte Versorgung Demenzkranker unter Einbeziehung der versorgungsrelevanten Berufsgruppen. Bei ethischen Konflikten haben sich ethische Fallbesprechungen sehr bewährt, in denen sich alle Beteiligten gleichberechtigt einbringen können (→ 25.9.1). [5]

Die Mitglieder des interdisziplinären Teams müssen die gleichen Ziele in der Arbeit haben. Dabei kann das übergeordnete Ziel dem vorliegenden Leitbild entsprechen. Dann gibt es die projektbezogenen Ziele, z. B. das Vorgehen bei einem Notfall oder bei der Verlegung ins Krankenhaus. Eine übereinstimmende Pflege, z. B. bei Demenz, orientiert sich direkt an einer Arbeitssituation.

Aufgaben der Berufsgruppen im Gesundheitswesen

Im Folgenden ist eine (beispielhaft angelegte) Liste verschiedener Berufsgruppen aufgezählt, mit denen Pflegefachpersonen häufig zusammenarbeiten und mit denen sie zum Wohl der pflegebedürftigen Menschen in engem Kontakt stehen.

24.2.1 Ärzte

Medizinische Diagnostik und Therapie der **Ärzte** nehmen erheblichen Einfluss auf das Befinden alter Menschen. Darüber hinaus kommt dieser Berufsgruppe die alleinige Entscheidung über die Richtlinien der jeweiligen Behandlung zu. Im System der Krankenversicherung (gesetzlich und privat) entscheiden sie darüber, welche therapeutischen Maßnahmen einzuleiten sind und ermöglichen die Kostenübernahme durch die verschiedenen Sozialversicherungen auf dem Wege einer ärztlichen Verordnung – von denen nahezu alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen abhängig sind.

Ärzte der verschiedenen medizinischen Fachgebiete sorgen für die Sicherung der Funktionen einzelner Organsysteme. Häufigster (und meist erster) Ansprechpartner für Pflegefachpersonen ist der **Hausarzt**. Darunter sind Allgemeinmediziner zu verstehen, die im Idealfall über ein breites Wissen zu allen Erkrankungen verfügen, an denen alte Menschen häufig leiden. Hausärzte entscheiden je nach dem Befund, den sie während ihrer Untersuchung erheben, ob es notwendig ist, einen Facharzt aufzusuchen, der zumeist über weiterreichende diagnostische Möglichkeiten (z. B. Spezialgeräte) verfügt. Im Folgenden sind einige ärztliche Fachgebiete aufgeführt, mit denen Pflegefachpersonen besonders häufig in Kontakt treten:

- **Internisten** (*Fachärzte für Innere Medizin*) sind auf die medikamentöse Behandlung von Erkrankungen der

Organsysteme spezialisiert. Dieses Fachgebiet ist weit gefächert und umfasst zahlreiche Disziplinen, z. B. **Gastroenterologie**, die auf Erkrankungen gerichtet ist, die mit Ernährung und Verdauung im Zusammenhang stehen.

Kardiologen behandeln Erkrankungen des Herzens mit Arzneimitteln sowie mit interventionellen Verfahren, z. B. der kathetergestützten Einlage von Stents in Herzkranzgefäße oder der transkatheteralen Platzierung von Herzklappen. Die **Endokrinologie** beschäftigt sich mit Störungen des Stoffwechsels, z. B. beim Diabetes mellitus (*Diabetologie*). Die **Rheumatologie** widmet sich den zahlreichen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises. **Pulmologen** beschäftigen sich mit der medikamentösen Behandlung aller Arten von Lungenerkrankungen

- **Orthopäden** sorgen für die Sicherung der Beweglichkeit. Das Fachgebiet hat für die Erhaltung und Unterstützung der Mobilität viele Hilfsmittel entwickelt; ein großer Teil orthopädischer Interventionen erfordert operative Eingriffe. Deshalb ist dieses Fachgebiet sowohl konservativ als auch operativ tätig. Das Arbeitsgebiet der **Unfallchirurgen** überschneidet sich mit dem der Orthopäden, sie sind ebenfalls häufig mit dem Bewegungssystem befasst
- **Geriatrische und Gerontopsychiater** befassen sich spezialisiert und fächerübergreifend mit Alterserkrankungen, Altersrisiken und deren Vermeidung
- **Neurologen und Psychiater** diagnostizieren und therapieren Erkrankungen des Nervensystems und psychische Auffälligkeiten. Tests zur Demenzfrüherkennung ermöglichen eine früh einsetzende Behandlung und den Betroffenen sowie ihren Angehörigen die Auseinandersetzung mit der Situation
- **Chirurgen** sind immer gefragt, wenn es um eine operative Behandlung von Krankheiten geht. Auch in dieser medizinischen Disziplin haben sich im Laufe der medizinischen Entwicklung zahlreiche Fachgebiete etabliert. **Viszeralchirurgen** werden hinzugezogen, wenn ein alter Mensch an den Bauch-, insbesondere den Verdauungsorganen, zu operieren ist. **Herzchirurgen** führen operative Korrekturen am Herzen und den Lungen durch. **Neurochirurgen** befassen sich mit Eingriffen in das zentrale und periphere Nervensystem.

Plastische Chirurgen stellen auf operativem Weg die äußere Form sowie die Funktionsfähigkeit des Körpers her

- **Augen- und HNO-Ärzte** behandeln Erkrankungen der Sinnesorgane mithilfe von Arzneimitteln und operativen Eingriffen
- **Notfallärzte** sind auf die Maßnahmen der ersten Hilfe spezialisiert und sichern die Lebensfunktionen von plötzlich lebensbedrohlich erkrankten Menschen bis zum Eintreffen in einem Krankenhaus
- **Anästhesisten** sichern die Lebensfunktionen während medizinischer Eingriffe und sorgen währenddessen für eine zuverlässige (sowie reversible) Ausschaltung des Schmerzempfindens und des Bewusstseins. Sie sind auch auf die Behandlung akuter und chronischer Schmerzen spezialisiert
- **Dermatologen** behandeln Hauterkrankungen mit Medikamenten sowie operativen Verfahren
- **Röntgenologen** führen diagnostische Maßnahmen mithilfe von bildgebenden Verfahren (z. B. Röntgenuntersuchung, CT, MRT) durch und bewerten die Aussagen der gewonnenen Abbildungen
- **Zahnärzte** sind Ansprechpartner, wenn es um die Zahngesundheit oder Probleme mit Zahnprothesen geht
- **Wundtherapeuten** unterstützen Pflegekräfte in der Prophylaxe, Beurteilung und zielgerichteten Behandlung insbesondere chronischer Wunden.

24.2.2 Ergotherapeuten

Ergotherapie (griech.: to ergon = *etwas tun, Aufgaben bewältigen*) ist der international gebräuchliche Begriff für **Beschäftigungs- und Arbeitstherapie**. Ergotherapeuten sind Experten für Alltagshandlungen, Arbeit, Haushalt, Freizeit und Kreativität.

Ergotherapie will helfen, Selbstständigkeit und Aktivität im körperlichen, geistigen und seelischen Bereich zu fördern oder zu erhalten (→ Abb. 24.5). Neben den großen Bereichen Hobby und Freizeitbeschäftigung spielt die **Bewältigung alltagspraktischer Aufgaben** eine wichtige Rolle. Der alte Mensch lernt durch die Ergotherapie, sein Bewegungsverhalten in allen Alltagsbereichen, z. B. Einkaufen, Kochen, Kommunizieren, und bei der Ausübung seiner Hobbys selbst zu kontrollieren. Dabei wird versucht, die lebenslangen Gewohnheiten zu berücksichtigen. **Ziele** der Ergotherapie:



Abb. 24.5 Die Ergotherapie hilft alten Menschen, Alltagshandlungen selbstständig durchführen zu können. [K333]

- Weitgehende Selbstständigkeit im alltäglichen Leben erhalten oder wiedererlangen
- Gestörte Funktionen nach Krankheit oder Unfall wiedererlernen
- Vorhandene Fähigkeiten so lange wie möglich erhalten
- Kontaktfähigkeit und Kommunikation verbessern.

Den Störungen entsprechend üben Ergotherapeuten mit den Betroffenen z. B. Essen, Waschen, Ankleiden, Schreiben, Hobbypflege, Handarbeiten und Werken, Umgang mit anderen Menschen, Belastbarkeit am Arbeitsplatz.

In **geriatrischen Kliniken** stehen die Aspekte der **Rehabilitation** im Vordergrund (→ Kap. 19). Wenn möglich wird die Wiedereingliederung in die vertraute häusliche Umgebung (seltener in das Berufsleben) angestrebt. Dazu gehört ein lebenspraktisches Training mit vertrauten und gewohnten Tätigkeiten, z. B. Körperpflege, Haus- und Gartenarbeit. Mögliche Einsatzgebiete der Ergotherapie:

- Abklärung der Dauerbelastbarkeit, z. B. stunden- oder tageweise Rückkehr in die eigene Wohnung, Möglichkeiten der Selbstversorgung
- Steigerung von Fähigkeiten, wie Konzentration, Kommunikationsfähigkeit, Selbstständigkeit
- Arbeitsplatzgestaltung (z. B. wie kann ich meine Küche behindertengerecht umgestalten, welche Veränderungen müssen im Garten vorgenommen werden, um die Sicherheit zu erhöhen?)
- Realistischere Selbsteinschätzung, u. a. durch regelmäßige Rückmeldung, angemessenes Lob oder sogar konstruktive Kritik, die auch von den Pflegefachpersonen kommt
- Stärkung des Eigenkonzepts zur Schmerzbewältigung (→ 15.3.1).

24.2.3 Ernährungsberatung

Ernährungsberater (*Diätassistenten, Oecotrophologen*) sind auf die Beratung von Menschen bezüglich der Ernährung spezialisiert. Diese betrifft sowohl die Ernährung bei allgemeiner Gesundheit, als auch die Anforderungen durch Erkrankungen oder in verschiedenen Lebensaltern. Denn zahlreiche Erkrankungen lassen sich durch eine sinnvolle Umstellung der Ernährung günstig beeinflussen. Ebenso werden z. B. Erkrankungen der Gefäße durch eine jahrelange ungesunde Ernährung zumindest mitverursacht. Auch Übergewicht (*Adipositas*) wirkt sich negativ auf die Vitalfunktionen aus (→ 11.1). Für eine Umstellung der Ernährung auf gesunde Vollwertkost und eine sanfte Gewichtsreduktion ist es nie zu spät.

Gern nutzen gesundheitsbewusste alte Menschen den Rat von Ernährungsberatern und besuchen Kochkurse, in denen sie lernen, eine ausgewogene Ernährung zuzubereiten. Dies kommt in erster Linie der Behandlung von Diabetes mellitus und der Prävention von Sekundärerkrankungen wie Herzinfarkt oder Apoplex zugute.

Ernährungsberater

Ernährungsberater, die im Krankenhaus oder bei einem Hersteller von Sondenkost arbeiten, sind für die Lösung spezieller Ernährungsprobleme sowie die Einstellung auf komplizierte Diäten ausgebildet.

24.2.4 Logopäden

Logopäden führen sprachtherapeutische Maßnahmen durch, wobei sie medizinische, pädagogische und psychologische Fachkenntnisse anwenden. Ziel der Logopädie ist es, den alten Menschen mithilfe seiner sprachlichen Fähigkeiten in seine soziale Umwelt zu integrieren. Logopäden arbeiten deshalb bevorzugt in Teams mit anderen Rehabilitationsberufen. Neben der Wiederherstellung des sprachlichen Ausdrucksvermögens geht es bei der logopädischen Tätigkeit auch um den Erhalt oder eine Verzögerung des Abbaus kommunikativer Fähigkeiten insgesamt.

Logopäden nehmen auch eine zentrale Stellung bei der Behandlung von **Schluckstörungen** ein, indem sie mit Betroffenen den Schluckakt trainieren und detaillierte Pläne zum Aufbau verschiedener Nahrungskonsistenzen erarbeiten.

24.2.5 Physiotherapeuten

Physiotherapeuten werden nach ärztlicher Verordnung in der ambulanten und stationären Altenpflege aktiv. Ihre Behandlung ist in erster Linie auf die Beweglichkeit des Körpers gerichtet. Dabei wurde in den vergangenen Jahrzehnten immer mehr Wert auf eine Therapie gelegt, bei der der Behandelte aktiv mitarbeitet. Ideal wäre eine Behandlung, bei der der Betroffene auch einfache Übungen gezeigt bekommt, die er zu Hause selbstständig durchführen kann.

Die Therapeuten leiten die Pflegebedürftigen z. B. bei **Lungen- und Atemwegserkrankungen** zur Atemgymnastik und zum Umgang mit Atemhilfsmitteln, z. B. Atemtrainern, an (→ Abb. 24.6). Vereinzelt gibt es speziell ausgebildete **Atemtherapeuten**, die sich ausschließlich auf die Behandlung von Lungen- und Atemwegserkrankungen spezialisiert haben.

In stationären Einrichtungen veranstalten Physiotherapeuten neben Einzelbehandlungen auch Gruppenangebote, z. B. Sitzgymnastik für gehbehinderte Senioren.

Bei Erkrankungen von Herz, Kreislauf und Gefäßen trainieren Physiotherapeuten vor allem die körperliche Ausdauer der Betroffenen, z. B. mittels eines **Gefäßtrainings**. Etwa durch Wandern, Schwimmen, Tanzen oder Gymnastik, lassen sich Herzleistung, Atemtiefe und -frequenz, Durchblutung und damit das allgemeine Wohlbefinden steigern und der Blutdruck senken.

Physiotherapeuten

Physiotherapeuten unterstützen alte Menschen darin, ihre Beweglichkeit und damit ein positives Körperbild zu erhalten oder zu erlangen.



Abb. 24.6 Ein Physiotherapeut leitet einen älteren Mann zur Atemgymnastik an. Das Ziel ist, die Bälle möglichst weit nach oben zu atmen, damit auch die unteren Lungenabschnitte gut belüftet werden. [K333]

24.2.6 Psychotherapeuten und Psychologen

Psychotherapeuten und **Psychologen** arbeiten mit alten Menschen, um seelische Störungen zu bewältigen, gestörtes Verhalten zu ändern und Reifungs- und Entwicklungsprozesse zu fördern. Rund 20 % der über 80-Jährigen leiden an behandlungsbedürftigen, psychischen Störungen (→ 9.5). Die Praxis zeigt, dass auch bei hochbetagten Menschen eine Gesprächstherapie oder eine verhaltenstherapeutische Begleitung sinnvoll und erfolgreich sein können.

24.2.7 Seelsorger

Seelsorger sind meist Theologen oder Menschen, die in den verschiedenen Religionsgemeinschaften eine Vertrauensstellung einnehmen. Sie widmen sich den spirituellen Bedürfnissen der Menschen, die ihren Gemeinden oder Kirchen angehören. Meist kommen sie in Krisen zum Einsatz. In der Zusammenarbeit sind Pflegende vor allem dazu aufgerufen, vorurteilsfrei zu agieren. Auch wenn pflegebedürftige Menschen gänzlich anderen Wertvorstellungen oder religiösen Prämissen folgen, als die Pflegenden selbst, ist es notwendig, dass ein Klima der Akzeptanz besteht, in dem jeder Einzelne seine ureigenen Bedürfnisse befriedigen kann. An dieser Stelle kommt insbesondere die verfassungsrechtlich verbrieft Freiheit jedes Menschen zum Tragen, nach der jeder das Recht hat, seine religiösen Überzeugungen zu leben – solange sie sich im Rahmen der Menschenrechte bewegen.

24.2.8 Sozialpädagogen

Sozialpädagogen haben vielfältige Funktionen innerhalb und außerhalb von Pflegeeinrichtungen. Soziale Betreuung kann von alten Menschen bei der Alltagsbewältigung im häuslichen Bereich, bei der Wohnraumanpassung oder bei der Bewältigung persönlicher Krisen in Anspruch genommen werden. Sie können ebenso für die Organisation und Finanzierung von Hilfsprogrammen für Einzelne und Gruppen sorgen. Außerhalb von Pflegeeinrichtungen ist im Stadtteil jeweils das **Amt für soziale Dienste** für Sozialarbeit zuständig. Sozialpädagogen übernehmen jedoch zunehmend auch in Altenpflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten unterstützende Aufgaben.

24.2.9 Betreuungskräfte

Betreuungskräfte, auch Alltagsbegleiter genannt, spielen in der stationären Alten-

pflege eine wichtige Rolle, denn Altenpflege ist viel mehr als Pflege. Nach der vom GKV-Spitzenverband erarbeiteten Betreuungskräfte-Richtlinie haben sie die Aufgabe, die Bewohner einer Einrichtung zu motivieren, zu betreuen und zu begleiten. Damit tragen sie gleichzeitig zur Entlastung der examinierten Pflegekräfte bei. Ihr Augenmerk gilt dem seelischen, sozialen und spirituellen Wohlbefinden der Bewohner. [4]

24.3 Teamübergreifende Versorgung

24.3.1 In stationären Einrichtungen

i DEFINITION

Teamübergreifende Versorgung in stationären Langzeiteinrichtungen:

Interdisziplinäre Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen, die sich an einer adäquaten Versorgung von Pflegebedürftigen in einer stationären, teilstationären oder ambulanten Einrichtung beteiligen.

Für eine optimale teamübergreifende Versorgung sind eine gelungene Kommunikation, Kooperationsbereitschaft und eine gute Vorbereitung obligat. Ein respektvoller Umgang, Wertschätzung sowie eine gewisse Empathie für andere Berufsgruppen sind ebenfalls **Voraussetzungen**. Für die Pflegenden ist es wichtig zu wissen, welche Berufsgruppe welche Aufgaben übernimmt. Dies kann von Einrichtung zu Einrichtung oder von Bundesland zu Bundesland variieren. Oft erhalten die Pflegenden diese Informationen durch Kommunikation mit der jeweiligen Berufsgruppe oder durch Einsicht in der Tätigkeitsbeschreibung. Eine weitere Voraussetzung ist es, dass alle Beteiligten dieselbe Sprache sprechen und dasselbe Ziel verfolgen.

Wichtige **Grundsätze** bei der teamübergreifenden Zusammenarbeit sind:

- Ganzheitlicher Ansatz
- Patientenzentriertes Vorgehen
- Multiprofessionelles Team
- Wertschätzender, kooperativer, reflexiver Erfahrungsaustausch

Berufsgruppen können z. B. sein:

- Hausärzte/Fachärzte/Zahnärzte
- Apotheker
- Gesundheits- und Krankenpfleger im Krankenhaus vor oder nach einer stationären Behandlung

- Alltagsbegleiter
- Physiotherapeuten
- Sporttherapeuten
- Masseur/med. Bademeister
- Ergotherapeuten
- Logopäden
- Küchenmitarbeiter
- Reinigungskräfte
- Heilpraktiker
- Mitarbeiter von Sanitätshäusern
- Ernährungsberater
- Psychologen
- Raumgestalter/Tischler
- Sozialarbeiter/Sozialpädagogen
- Sonstige Therapeuten wie beispielsweise Tiertherapeuten.

Schnittstelle bei teamübergreifender Versorgung

Pflegefachpersonen nehmen bei der teamübergreifenden Versorgung eine wichtige Rolle ein. Denn sie arbeiten sehr nah am Pflegebedürftigen und agieren somit als Schnittstelle zwischen allen beteiligten Berufsgruppen in den Einrichtungen. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erfolgt über Berufsgruppen, die innerhalb der stationären Einrichtung arbeiten, z. B. Küchenpersonal, Reinigungspersonal und Berufsgruppen, die außerhalb der stationären Einrichtung arbeiten, wie z. B. Ärzte, Zahnärzte, Apotheken, externe Therapeuten.

Beispielsweise soll für eine Pflegebedürftige eine passende Ernährung geplant werden. In diesen Fall ist die Kommunikation mit dem Pflegebedürftigen, den Ärzten, dem Ernährungsberater, Küchenpersonal und einer Pflegefachperson notwendig. Voraussetzung hierfür ist, dass strukturelle Voraussetzungen gegeben sind und z. B. zeitliche Ressourcen, freie und ungestörte Räume zur Verfügung stehen.

Die Hauptaufgabe der Pflegefachperson ist es, die Kommunikation herzustellen und Informationen des Pflegebedürftigen unter Einhaltung des Datenschutzes weiterzugeben. Es dürfen nur Informationen an beteiligten Berufsgruppen weitergegeben werden, sobald der Pflegebedürftige oder die Betreuungsperson das Einverständnis dazu gegeben hat.

Pflegefachpersonen sollten sich klar machen und bedenken, dass mit der Anzahl der Teammitglieder Informationen zwischen den einzelnen Akteuren verloren gehen. Dies besagt die Formel zur Errechnung der Kommunikationsbeziehung (K),

zu dieser nur die Teilnehmerzahl (n), welche an der Kommunikation beteiligt sind benötigt wird.

$$K = \frac{n(n-1)/2}{2}$$

In diesem Beispiel ergeben sich bei vier Akteuren, die an dem Ernährungsplan des Pflegebedürftigen beteiligt sind, sechs Kommunikationswege. Auch andere Berufsgruppen oder Personen, wie zum Beispiel eine logopädische Fachkraft, die Betreuungsperson des Pflegebedürftigen und/oder weitere Pflegenden können beteiligt sein. Damit würden sich die Kommunikationswege vervielfachen.

Mit nur einem Gespräch ist die teamübergreifende Versorgung nicht beendet. Optimal ist es, wenn sich alle Beteiligten regelmäßig in **Teamgesprächen** austauschen. Damit erhalten alle Beteiligten die neuesten Informationen und die Pflegebedürftigen können professionellen Rat erhalten. Deshalb ist eine engmaschige Kooperation sehr wichtig.

Eine gelungene teamübergreifende Zusammenarbeit ist nur gegeben, wenn alle **Teammitglieder gleichberechtigt** ihre Ideen und ihre Sichtweise mit einbringen können und die Ideen konstruktiv diskutiert werden. Dies kann auch anhand von Kreativitätstechniken, wie z. B. einem Brainstorming erfolgen. Durch die Bündelung des fachübergreifenden Wissens soll das optimale Ergebnis zum Wohle des Pflegebedürftigen geschaffen werden.

Bei ständigem Kommunikationsaustausch, vor allem, wenn Interessenskonflikte entstehen, ist es möglich, dass sich zwischen einzelnen Personen der teamübergreifenden Versorgung oder sogar zwischen den Berufsgruppen **Konfliktsituationen** entwickeln oder es sogar zu Krisen kommt. In solchen Fällen ist es wichtig, ein geeignetes Konfliktmanagement zu führen und durch regelmäßige Teamgespräche diese Probleme anzusprechen und durch geeignete Maßnahmen zu lösen. Dabei ist ein respektvoller Umgang untereinander notwendig.

24.3.2 Im ambulanten Bereich

i DEFINITION

Teamübergreifende Versorgung im ambulanten Bereich: Interdisziplinäre Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen, die sich an einer adäquaten Versorgung von Pflegebedürftigen beteiligen, welche ambulant versorgt werden.

Insbesondere bei der **teamübergreifenden** Versorgung im **ambulantem Bereich** können viel mehr Berufsgruppen an der interdisziplinären Versorgung beteiligt sein, als in den stationären Langzeiteinrichtungen.

Die **teamübergreifende Versorgung** im ambulanten Bereich gestaltet sich schwieriger als die in stationären Langzeiteinrichtungen. Grund dafür ist, dass die jeweiligen Berufsgruppen nicht ständig bei den Pflegebedürftigen sind und dass sie sich häufig dienstplanbedingt abwechseln. Beispielsweise kommt die Pflegende zur Grundpflegerischen Versorgung und verlässt das Haus. Anschließend übernimmt die Betreuungsperson ggf. hauswirtschaftliche Tätigkeiten, danach trainiert eine Ergotherapeutin mit der Pflegebedürftigen die Feinmotorik. Dann bringt der Essensdienst das Mittagessen. Eine individuelle Absprache ist wegen der kleinen Zeitfenster häufig nicht möglich. Häufig findet die **teamübergreifende Absprache** nur telefonisch statt. Ein intensiverer Austausch wäre jedoch wünschenswert, denn nur dann kann die Pflegefachperson fundierte und qualifizierte Informationen über die Ressourcen der Pflegebedürftigen in Erfahrung bringen.

Im Rahmen der Pflegevisite können die Pflegenden bei neuauftretenden Problemen auch interdisziplinär besprochen werden: So kann z. B. bei Mobilisation eventuell ein Physiotherapeut konsultiert werden, der Vorschläge für eine optimale Mobilisation geben kann.

Im **ambulantem Palliativpflegedienst** ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen essenziell. Hier finden meistens auch regelmäßige Teamgespräche aller beteiligten Berufsgruppen zum Wohlbefinden des Patienten statt.

24.3.3 In der stationären Akutversorgung

i DEFINITION

Teamübergreifende Versorgung in der stationären Akutversorgung: Interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Akteure von verschiedenen Berufsgruppen, die sich an der Versorgung von Pflegebedürftigen beteiligen, die im Krankenhaus versorgt werden.

In der **stationären Akutversorgung** ist die Herausforderung, dass in vielen Fällen die teamübergreifende Versorgung sehr schnell stattfinden muss. Das interdisziplinäre Handeln ist sehr wichtig und kann in verschiedenen Phasen stattfinden, wie am Beispiel des Schlaganfalls aufgezeigt wird:

- In der Phase A erfolgt die Behandlung größtenteils durch das medizinische Personal. Die Pflegefachperson verabreicht die verordneten Medikamente und überprüft regelmäßig die Vitalwerte. Die Pflegekräfte übernehmen die Koordination und sprechen Pflege- und Behandlungstherapien allen Berufsgruppen ab.
- In der Phase B arbeiten die Pflegefachpersonen vermehrt mit den Physiotherapeuten zusammen, sprechen sich über Fortschritte, Ressourcen und Defizite ab und achten darauf, dass der Pflegebedürftige nicht überfordert wird.
- In der Phase C (Spätphase) arbeiten die Pflegefachpersonen vermehrt mit Ergotherapeuten und evtl. dem Sozialdienst zusammen.

Oft werden die **teamübergreifenden Prozesse** in **Standards**, beispielsweise den Nationalen Expertenstandard oder in den Clinical Pathways niedergeschrieben, sodass eine schnelle und überprüfte Teamarbeit stattfindet. Abweichungen sollten daher nur richtig begründet und mit den beteiligten Berufsgruppen stattfinden.

Wiederholungsfragen

1. Welche Rollen für Teammitglieder kennen Sie? (→ 24.1)
2. Welche Qualitäten brauchen Pflegefachpersonen, um im Team arbeiten zu können? (→ 24.1.1)
3. Teams sind dynamisch. Ein Modell nennt vier Phasen der Teamentwicklung. Welche sind es und wie lässt sich der charakteristische Aspekt jeder Phase beschreiben? (→ 24.1.2)
4. Was versteht man unter Metakommunikation und wann ist sie hilfreich? (→ 24.1.3)
5. Nennen Sie drei Leitlinien guter Kommunikation im Team. (→ 24.1.3)
6. Beschreiben Sie die Unterschiede zwischen Konkurrenz und Rivalität. (→ 24.1.3)
7. Strukturierte Konfliktlösung lässt sich in vier Schritte unterteilen. Welche sind es? (→ 24.1.3)
8. Welche Berufsgruppen können zu einem interdisziplinären Team in der Versorgung alter Menschen gehören? (→ 24.2)

Quellen

- [1] Möller, S.: Einfach ein gutes Team – Teambuilding und Führung in Gesundheitsberufen. Springer, Berlin, 2016.
- [2] Scholz D.: Das 1 × 1 für neue Führungskräfte: Erfolgreich führen im Sozial- und Gesundheitsbereich. Facultas, Wien, 2016.
- [3] Breitkreuz, G.: Zukunfts- und erfolgsorientierte Teamarbeit, Teamentwicklung und Teamführung im Gesundheitswesen. Shaker, Herzogenrath, 2017.
- [4] Völkel, I. u. Ehmann, M.: Betreuungsassistenz: Lehrbuch für Demenz- und Alltagsbegleitung. Elsevier, München, 2018.
- [5] Menschen (ambet e. V.): www.fidem-projekt.de (letzter Zugriff: 20.11.2020).
- [6] Kränzle, Schmid, Seeger: Palliative Care – Handbuch für Pflege und Begleitung, 2006.

SUPERVISION UND KOLLEGIALE BERATUNG

Brunhilde Dierkes-Zumhasch

25.1 Supervision

A PFLEGESITUATION Ambulant

Dorothee Zenker ist seit Jahren beim Pflegedienst „Ambulante Pflege Bogen-dorf“ tätig. Häufig kommt sie an ihre körperlichen und psychischen Grenzen. Der Beruf ist auch nicht mehr der, in den sie vor Jahren eingestiegen ist. Immer wieder ist sie gezwungen, sich zu orientieren und flexibel mit neuen Herausforderungen umzugehen. Sie arbeitet dennoch gern und motiviert, weil sie ihre Aufgaben, die Dienstzeiten und die Arbeitsorganisation mitbestimmen kann. Immer wieder entdeckt sie Nischen, die es ihr erlauben, sich mit ihren Fähigkeiten zu entfalten. Regelmäßige Team- und Feedbackgespräche mit Vorgesetzten erlauben ein Klima von Offenheit und Durchschaubarkeit, in dem sie sich wohl fühlt. In regelmäßigen Supervisions-Sitzungen kann sie ihre Handlungen, Erfahrungen und Aufgaben reflektieren und sich ihrer Stärken bewusst werden.

25.1.1 Grundidee und Ziele

i DEFINITION

Supervision: Sonderform von Beratung für den beruflichen Bereich.

Durch die Reflexion der beruflichen Arbeit während der **Supervision** können die Rat-suchenden neue Perspektiven entwickeln (→ Abb. 25.1).

Supervision verfolgt das Ziel der Förderung beruflicher Handlungssicherheit, die Stärkung des professionellen Selbstverständnisses und die Erweiterung der Selbstbestimmung im Berufsalltag. Es geht vornehmlich um **Reflexions-** und **Klärungsprozesse**. Damit ist in der Regel ein erheblicher psychohygienischer Effekt verbunden (→ 43.4). Wer sich in seinem Berufsalltag als wirksam(er) erlebt, kann verständlicherweise eine größere Zufriedenheit entwickeln, die sich wiederum auf andere Bereiche förderlich auswirken kann. Nicht zuletzt auf die (psychische) Gesundheit.



Abb. 25.1 Wer allein mit seiner beruflichen Belastung nicht mehr zurechtkommt, sollte sich nicht scheuen, die Hilfe von Psychotherapeuten in Anspruch zu nehmen. [K333]

Es geht in der Supervision nicht, wie häufig fälschlich angenommen, um Seelenmassage, Beschönigungen, Tröstungen oder Beschwichtigungen. Auf diese Art lassen sich Probleme nicht lösen. Supervision soll den Blick nicht trüben oder Sachverhalte verklären, sondern die **Fähigkeit** zur **Analyse** und **Problemlösung** schärfen. Es geht also um Erkennen und Begreifen, um Einsehen und Lernen. Supervision kann auch eine Möglichkeit sein, eigene emotionale Verwicklungen mit Bewohnern zu durchschauen und die dadurch verursachten Konflikte zu lösen.

Die Supervision ist üblicherweise kein einmaliges Ereignis, vielmehr erfolgt sie über einen **längeren Zeitraum** in einem kontinuierlichen Zusammenhang und kann auch als eine Form der Erwachsenenbildung gesehen werden. Sie richtet sich vornehmlich an Menschen, die in Berufen mit hoher psychischer Anforderung und ständig veränderten Anforderungen tätig sind. Dazu zählen insbesondere auch Pflegefachpersonen.

In der Supervision sind die Teilnehmenden von dem unmittelbaren Handlungsdruck befreit und können in relativer Ruhe und Distanz ihre Aufgaben, Handlungen und Erfahrungen am Arbeitsplatz reflektieren. Dabei werden sowohl äußere Gegebenheiten als auch die strukturellen Rahmenbedingungen sowie die persönlichen Sichtweisen in den

Blick genommen und in ihrer wechselseitigen Bedingtheit näher untersucht. Hierdurch können sich neue Bewertungen, Bedeutungen und Handlungsperspektiven ergeben.

Solche Erkenntnis- und Lernprozesse können manchmal von starken Gefühlen begleitet sein. Diese reichen von Trauer und Erschrecken bis zu befreiender Heiterkeit. Sie stellen die Ernsthaftigkeit des Supervisionsprozesses nicht in Frage, sondern können als Indizien dafür angesehen werden, dass tief greifende Lern- und Veränderungsprozesse stattfinden.

25.1.2 Teamsupervision

S PFLEGESITUATION

Stationär

Die 50-jährige Pflegefachperson Hermine Brauer aus dem „Seniorenzentrum Maxeberg“ kennt ihre Stärken und Schwächen. In Teamsitzungen definieren alle Kollegen gemeinsam mit den Vorgesetzten sämtliche Aufgabenbereiche für jedes Teammitglied eindeutig. Wenn es Situationen gibt, in denen sie sich überfordert fühlt, weiß sie, dass sie ihre Kollegen um Hilfe bitten kann. Frau Brauer geht es gut. Sie hat Vertrauen in sich und in das Team. Sie ist selten krank.

i DEFINITION

Teamsupervision: Methode, in der unter professioneller psychologischer Leitung in gemeinsamen Sitzungen die psychologische, soziale und institutionelle Dynamik beruflicher Interaktion bearbeitet wird.

Wenn mehrere oder gar alle Kollegen gemeinsam an einer Supervision teilnehmen, spricht man von einer **Team-supervision**. Auf diesem Weg können Pflegefachpersonen lernen, ihre Kollegen und Vorgesetzten sowie die Zusammenhänge ihres Verhaltens zu verstehen und es zu ändern. Probleme und Konflikte können konstruktiv gelöst werden. Stärken und Schwächen des Einzelnen, individuelle Bedürfnisse und gegenseitige Erwartungen können formuliert werden. Im Idealfall entsteht ein Klima der Kooperation (→ Abb. 25.2).

Ziel dieser Supervisionsform ist die Verbesserung der kollegialen Zusammenarbeit. Spannungen, Konflikte, Formen der Zusammenarbeit können hier erarbeitet werden.



Abb. 25.2 Altenpflege ist Teamarbeit. Ohne Sozialkompetenz sind die Aufgaben nicht zu bewältigen. [K115]

Unterstützung und Entlastung

Teamsupervision hat für Pflegefachpersonen eine stützende und entlastende und damit psychohygienische Funktion. [1]

Teamfähigkeit lernen

i DEFINITION

Teamfähigkeit: Kompetenz eines Teammitglieds, zu einem guten Arbeitsklima beizutragen und in einem solchem Klima erfolgreich zu arbeiten.

Die Fähigkeit im Team erfolgreich zusammen zu arbeiten, ist erlernbar (→ Abb. 25.2). Nach *Brigitta Fink* und *Walter Goetze* gelten für **gute Teams** zwei **Regeln**:

- Gute Teams sorgen dafür, dass die einzelnen Teammitglieder die Möglichkeit haben, ihre jeweiligen unterschiedlichen Fähigkeiten, Kompetenzen, Erfahrungen und Wünsche einzubringen. Die Schwächen des Einzelnen werden mitgetragen. Die Teammitglieder legen zudem Wert auf ein gutes Arbeitsklima
- In einem guten Team wird konstruktive Kritik geübt, und über Spannungen, Meinungsverschiedenheiten und Konflikte gesprochen. [2]

Gute Teams pflegen ihre Feedbackkultur sorgfältig, weil sie das Arbeitsklima und das Arbeitsergebnis fördert, dem Einzelnen hilft, sich positiv zu entwickeln und gesund zu bleiben.

Im Team übernehmen Pflegefachpersonen Funktionen und Aufgaben. Besteht eine Diskrepanz zwischen dem eigenen Rollen- und Aufgabenverständnis, den Vorstellungen der Kollegen und den Rollen- und Aufgabenerwartungen der Organisation, kommt es zu aufreibenden und

nicht selten krank machenden Spannungen und Reibungsverlusten. Zur Vermeidung von zwischenmenschlichen Spannungen ist im Rahmen von regelmäßigen Teambesprechungen neben der Informationsweitergabe somit auch die **Aufgaben-** und **Rollenklärung** unerlässlich.

Teamsupervision kann unter Anwendung gruppendynamischer Übungen eine Klärung der unterschiedlichen Rollen erzielen, z. B. mithilfe der Übung „Goldfisch im Glas“.

LERN-TIPP

Gruppenübung „Goldfisch im Glas“

- Ein Teammitglied (die Zentralperson) sitzt als „Goldfisch“ in der Mitte eines Kreises, die anderen Gruppenmitglieder sitzen ringsherum
- Die Zentralperson beschreibt ihre Arbeit. Sie versucht, deutlich zu machen, wie diese Arbeit auszuführen ist
- Die anderen Teammitglieder beschreiben, welche Anforderungen sie an die Durchführung dieser Arbeit stellen
- Die Zentralperson sagt, welche Hilfe, Unterstützung und Zuarbeit sie vom Team braucht, um ihre Arbeit gut ausführen zu können
- Die anderen Teammitglieder teilen der Zentralperson mit, welche Vorgaben sie von ihr benötigen, um die notwendige Unterstützung liefern zu können
- Die erarbeiteten Informationen werden auf dem Flip-Chart dokumentiert. Das gewonnene Datenmaterial macht die Rollen, Aufgaben und gegenseitigen Erwartungen im Team transparent. Eine anschließende Diskussion soll zur Rollen- und Aufgabenklärung sowie konkreten Absprachen führen. Diese Übung können Sie auch als Rollenspiel im Kreis Ihrer Klasse veranstalten.