

Altenpflege in Lernfeldern

3 in 1 – Pflege, Krankheitslehre, Anatomie und Physiologie

3. Auflage





LERNBEREICH 1

Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege

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



LERNBEREICH 2

Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung

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



LERNBEREICH 3

Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen altenpflegerischer Arbeit

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



LERNBEREICH 4

Altenpflege als Beruf

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



Foto: Werner Krüper, Thieme

THIEMES **Altenpflege
in Lernfeldern**

1200 Abbildungen

3., aktualisierte Auflage



Georg Thieme Verlag
Stuttgart · New York

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

Ihre Meinung ist uns wichtig! Bitte schreiben Sie uns unter

www.thieme.de/service/feedback.html



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

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

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

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

1. Auflage 2008
2. Auflage 2012

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

Printed in Germany

Fotografien

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

Grafiken (Neuzeichnungen)

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

Gestaltung und Layout

Tina Hinkel, Stuttgart

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

DOI 10.1055/b-004-140660

ISBN 978-3-13-240270-6

1 2 3 4 5 6

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

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

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

Als Ausgangsbasis dieses Buches dienten folgende Werke:

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

Vorwort

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

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

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

Die Lösung dieses Buches beruht auf drei Strategien:

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

Klare Strukturen

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

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

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

Konzentration auf das Wichtigste

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

Das Lernen so angenehm und einfach wie möglich gestalten

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

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

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

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

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

Vertrauen und Sicherheit

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

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

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

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

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

Konzentrat aus geballtem Wissen von über 50 Fachautoren der Pflegeszene.

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

Mitarbeiterverzeichnis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Walter Hell
Direktor des Amtsgerichts
Schlossplatz 9
86551 Aichach

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

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

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

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

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

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

Martina Metzger
Lehrerin für Pflegeberufe
Eichenweg 1
71134 Aidlingen

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

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

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

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

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

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

Sabine Sappke-Heuser
Juristin
Klosterberg 3
53804 Much

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

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

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

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

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

Mitarbeiter der vorigen Auflagen

Günter Baier
Dipl.-Verwaltungswirt
Resper Gasse 17
51674 Wiehl

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

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

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

Christine von Eltz †
Hagenstr. 7
31655 Stadthagen

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

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

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

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

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

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

Rainer Ochel
Dipl.-Verwaltungswirt
Am Stockweg 7
51645 Gummersbach

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

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

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

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

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

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

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

Inhaltsverzeichnis



LERNBEREICH 1 Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege

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

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

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



LERNBEREICH 2 Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung

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

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



LERNBEREICH 3 Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen altenpflegerischer Arbeit

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

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

LERNBEREICH 4 **Altenpflege als Beruf**

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

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



LERNBEREICH 1

Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege

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

Was ist Alter?

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

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

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

Lebenserwartung

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



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

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

Geriatric

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

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

Gerontology

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

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

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

1

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

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

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

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

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

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

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

Welche Altersmodelle gibt es?

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

Defizitmodell

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

Disengagement-Theorie

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

Aktivitätstheorie

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

Kompetenzmodell

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

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

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

Differenzielle Modelle

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

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

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



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

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

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

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

Physiologische Alterungsprozesse

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

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

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

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

Veränderungen der einzelnen Organsysteme

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

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

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

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

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

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

Herz-Kreislauf-System

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

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

Atmungsorgane

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

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

Nierenfunktion und Flüssigkeitshaushalt

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

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

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

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

Verdauungssystem

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

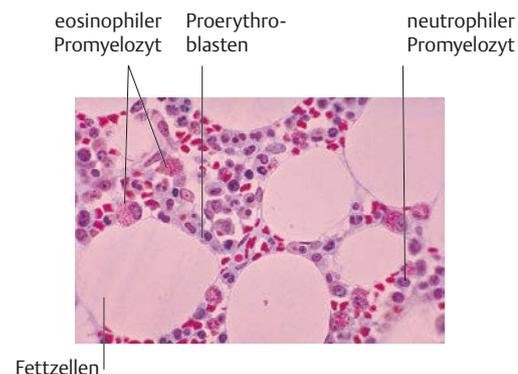


Abb. 1.3 Blutbildendes Knochenmark (rotes Knochenmark) mit Fettzellen und Blutzellvorstufen. (Foto nach: Kühnel, Taschenatlas Histologie, Thieme, 2014)

Blut- und Immunsystem

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

Bewegungsapparat

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

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

Haut

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



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



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

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

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



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

Nervensystem

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

Sinnesorgane

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

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

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

Hormonsystem

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

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



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

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

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

Alter als Lebensphase und als Prozess

Lebensphasen

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

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

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

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

Möglich wäre z. B. auch eine Gliederung nach:

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

Veränderungen beim Altern

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

Allmählicher Übergang

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

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

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

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

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

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

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

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

Lebensbilanz

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

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



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

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

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

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

Welche Modelle von Gesundheit und Krankheit gibt es?

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

Biomedizinisches Krankheitsmodell

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

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

Diese Ausrichtung spiegelt sich bis heute im deutschen Gesundheitswesen wider.

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

Stress-Coping-Modell

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

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

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

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

Gesundheitsdefinition der WHO

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

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

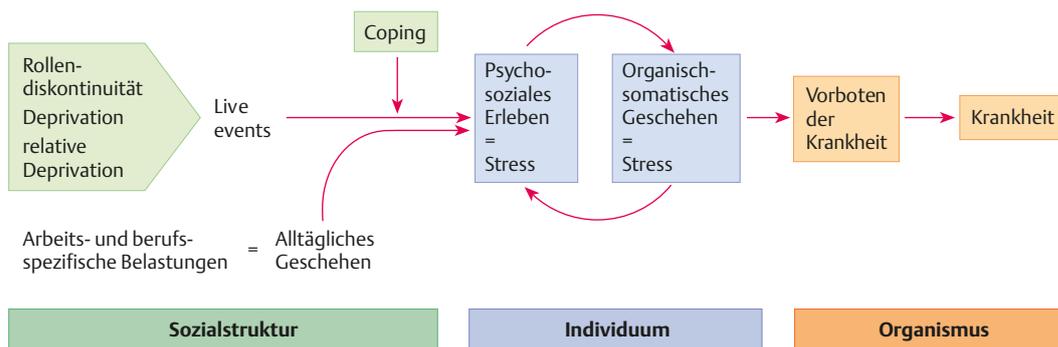


Abb. 1.6 Stress-Coping-Modell.

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

Salutogenetisches Modell

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

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

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

Kohärenzgefühl:

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

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

Gesundheits-Krankheits-Kontinuum:

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

Stressoren und Spannungszustand:

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

Generalisierte Widerstandsressourcen:

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

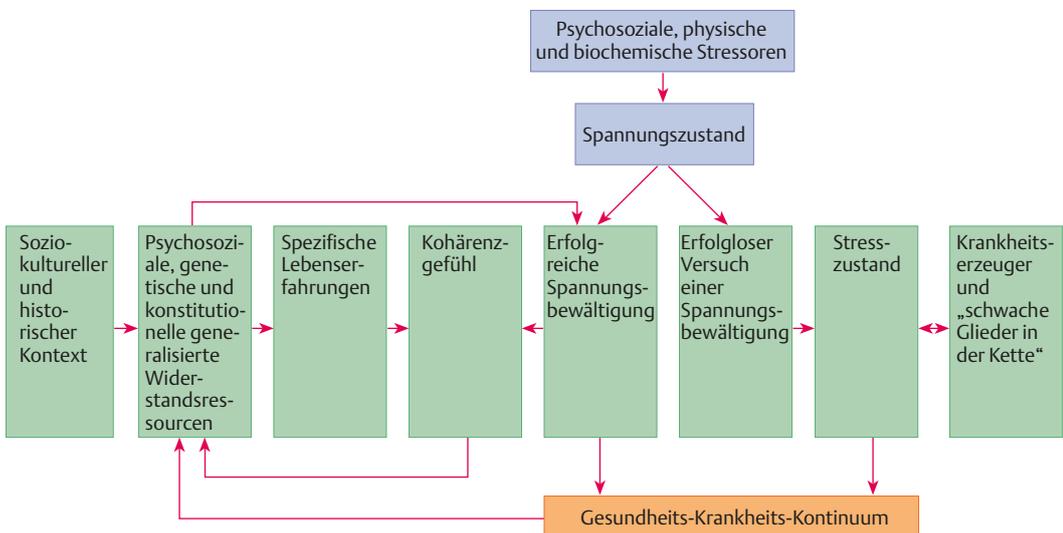


Abb. 1.7 Vereinfachte Darstellung der Gesundheitstheorie nach Antonovsky.

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



Was bedeuten Behinderung und Pflegebedürftigkeit?

Behinderung

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

Arten der Behinderung

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

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

Folgen der Behinderung

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

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

Internationale Klassifikation (ICF) der WHO

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

on dient länderübergreifend als einheitliche Sprache zur Beschreibung:

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

Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

M Drei Arten der Behinderung:

- körperliche,
- geistige,
- seelische Behinderung.

M Drei Folgen der Behinderung:

- persönliche,
- familiäre,
- gesellschaftliche Folgen.

Was sind Konzepte, Modelle und Theorien?

Wie jede andere Wissenschaft bedient sich die Pflegewissenschaft bestimmter Begriffe. Diese Begriffe müssen zunächst in ihrer Bedeutung geklärt werden, um die Verständigung untereinander und mit anderen Wissenschaften zu erleichtern.

Häufig trifft man in der pflegewissenschaftlichen Literatur auf die Begriffe „Metaparadigma“, „Konzept“, „Modell“ und „Theorie“, wobei diese oft nicht klar voneinander unterschieden, sondern bisweilen synonym verwendet werden, was zu einer gewissen Irritation führt. Ein Grund für diese uneinheitliche Begriffsverwendung liegt u.a. darin, dass im angloamerikanischen Raum, aus dem zahlreiche pflegewissenschaftliche Veröffentlichungen stammen, andere Fachbegriffe verwendet werden oder es schlicht zu Übersetzungsfehlern kommt.

Eine wissenschaftstheoretische Erörterung über die Zweckmäßigkeit der Begriffsverwendungen kann und soll an dieser Stelle nicht geführt werden; zweckmäßig ist jedoch eine kurze Definition dieser Begriffe.

Metaparadigma

Unter dem Begriff „Metaparadigma der Pflege“ werden vier Kernelemente zusammengefasst (Fawcett 1998):

- Mensch/Person
- Umwelt
- Gesundheit/Wohlbefinden
- Pflege

In Pflege-theorien großer Reichweite (s. unten) werden Aussagen über diese vier Kernelemente und deren Zusammenhänge getroffen. Je nachdem, auf welche Art und Weise eine Pflege-theoretikerin diese Elemente beschreibt, ergibt sich daraus das Pflegeverständnis, das ihrer Pflege-theorie zugrunde liegt. Die vier Kernelemente sind Bestandteil einer jeden Pflege-theorie großer Reichweite; sie erlauben den Vergleich verschiedener Theorien untereinander (Hunink 1997).

Konzept

Genau genommen handelt es sich beim Metaparadigma der Pflege um vier Konzepte, also um gedankliche Ideen, die in einer Pflege-theorie begrifflich umschrieben werden.

Konzepte können als kleinste Bausteine einer Theorie oder eines Modells bezeichnet werden und werden in der Pflege in zwei verschiedenen Formen genutzt:

- Konzepte im Sinne von abstrakten Konstrukten,
- Konzepte im Sinne von konkreten Handlungsplänen.

Konzepte im Sinne von Konstrukten. Konstrukte sind sprachliche Begriffe oder Beschreibungen für

Dinge oder Erscheinungen, die nicht konkret beobachtbar sind.

B Der Schmerz ist eine abstrakte Idee. Schmerzen sind nicht direkt sichtbar oder greifbar, sondern nur indirekt durch verbale oder nonverbale Äußerungen wahrnehmbar. Und doch haben wir alle eine geistige Vorstellung dieses Phänomens.

Konzepte im Sinne von konkreten Handlungsplänen. Konzepte in diesem Sinne sind Handlungsempfehlungen, die sich aus einer Theorie ableiten lassen und evtl. in einem Modell ihren Niederschlag finden.

B Die Theorie zur Entstehung des Dekubitus beschreibt, wie als Folge von Druck und Zeit an bestimmten Gewebestellen eine Durchblutungsstörung eintritt und damit die Entstehung eines Dekubitus begünstigt wird. Aus der Theorie wurden konkrete Handlungsempfehlungen (Konzepte) zur Dekubitusprophylaxe abgeleitet.

Aus den praktischen Erprobungen müssen Rückschlüsse auf die Geltung von Theorien gezogen werden, worauf diese revidiert werden. Die Konzepte zur Dekubitusprophylaxe (s. Beispiel) müssen in der Praxis überprüft werden, um die Theorie zu bestätigen, zu vervollständigen oder zu widerlegen (Abb. 1.8).

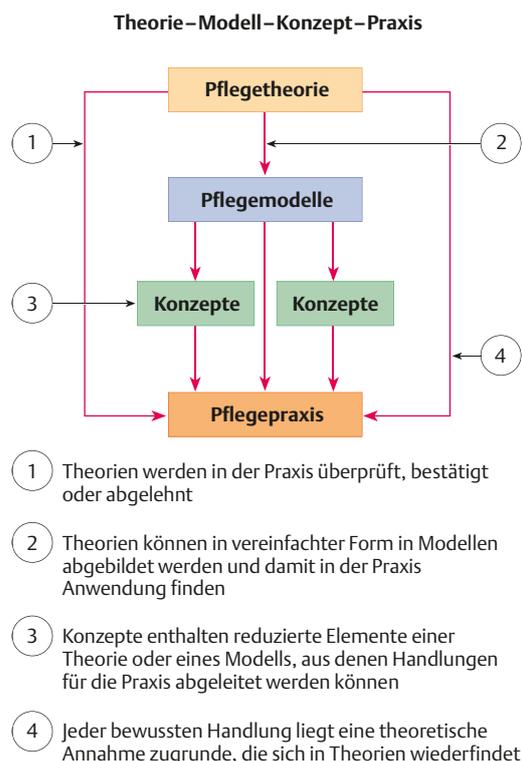


Abb. 1.8 Pflege-theorien werden mithilfe von Modellen und Konzepten in die Pflegepraxis umgesetzt.

D Der Begriff Metaparadigma der Pflege fasst i. d. R. die vier Kategorien „Mensch/Person“, „Umwelt“, „Gesundheit/Wohlbefinden“ und „Pflege“ zusammen (Fawcett 1998).

D Von einem Konzept spricht man, wenn kognitive Vorstellungen von Phänomenen in einem Begriff zusammengefasst werden (Fawcett 1998).



1

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

Theorie s. auch S. 15

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

Modell

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

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

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

Theorie

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

Eine Theorie weist folgende Merkmale auf:

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

Kreative und präzise Strukturierung von Ideen.

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

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

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

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

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

Praxisrelevanz von Pflgetheorien

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

Funktionen von Pflgetheorien

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

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

Abstraktionsniveau von Pflgetheorien

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

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

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