

Altenpflege Heute

Lernbereiche I bis IV

Bearbeitet von
Elsevier GmbH

3. Auflage. 2017. Buch. XXXVI, 1372 S. Hardcover

ISBN 978 3 437 28508 0

Format (B x L): 21,3 x 27,6 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Pflege > Altenpflege](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

ALTENPFLEGE HEUTE

LERNBEREICHE | BIS IV

Leseprobe

3. Auflage

www.pflegeheute.de



ELSEVIER

Urban & Fischer

Lernbereich I

Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege



I/1	Alter, Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit. 3	I/15	Grundlagen der Hygiene. 177	I/27	Grundlagen der medizinischen Diagnostik und Behandlung 567
I/2	Konzepte, Modelle und Theorien in der Pflege. 11	I/16	Grundlagen der Ernährungslehre 215	I/28	Grundlagen der Arzneimittelkunde 593
I/3	Pflegeforschung 29	I/17	Unterstützung alter Menschen bei präventiven Maßnahmen. 233	I/29	Durchführung ärztlicher Verordnungen 609
I/4	Gesundheitsförderung und Prävention 41	I/18	Kognition und Kommunikation 273	I/30	Pflege alter Menschen mit Erkrankungen der Sinnesorgane 665
I/5	Rehabilitation 51	I/19	Mobilität und Bewegung 315	I/31	Pflege alter Menschen mit akuten und chronischen Erkrankungen 683
I/6	Grundlagen der Ethik 61	I/20	Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen. 335	I/32	Pflege alter Menschen mit Infektionskrankheiten 961
I/7	Pflegeprozess 77	I/21	Selbstversorgung 419	I/33	Pflege alter Menschen mit psychischen Erkrankungen ... 989
I/8	Wahrnehmung und Beobachtung 99	I/22	Leben in sozialen Beziehungen 493	I/34	Pflege alter Menschen mit bösartigen Tumorerkrankungen 1059
I/9	Pflegediagnostik. 103	I/23	Haushaltsführung, Wohnen und Häuslichkeit 527	I/35	Pflege alter Menschen mit Schmerzen. 1071
I/10	Biografiearbeit 119	I/24	Pflege alter Menschen mit Behinderungen 535	I/36	Erste Hilfe. 1085
I/11	Pflegedokumentation. 127	I/25	Case Management und Überleitungspflege 541		
I/12	Grundlagen der Psychologie .. 135	I/26	Grundlagen der Krankheitslehre. 551		
I/13	Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung 139				
I/14	Grundlagen der Anatomie, Physiologie, Chemie und der biologischen Alterung 147				

Nach dem neuen
Informationssammlungsdocument
strukturiert

Lernbereich II

Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung



II/1	Altern als Veränderungsprozess	1103
II/2	Demografische Entwicklung	1108
II/3	Ethniespezifische und interkulturelle Aspekte	1113
II/4	Glaubens- und Lebensfragen	1125
II/5	Familienbeziehungen und soziale Netzwerke alter Menschen	1132
II/6	Sexualität im Alter	1137

II/7	Menschen mit Behinderung im Alter	1141
II/8	Ernährung und Haushalt	1143
II/9	Wohnen im Alter	1148
II/10	Tagesstrukturierende Maßnahmen	1155
II/11	Musische, kulturelle und handwerkliche Beschäftigungs- und Bildungsangebote	1170

II/12	Feste und Veranstaltungen	1183
II/13	Medienangebote	1186
II/14	Freiwilliges Engagement alter Menschen	1189
II/15	Selbsthilfegruppen	1192
II/16	Seniorenvertretungen und -beiräte	1194

Lernbereich III

Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen altenpflegerischer Arbeit



III/1	Systeme sozialer Sicherung . .	1199
III/2	Träger, Dienste und Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen	1204
III/3	Vernetzung, Koordination, Kooperation	1207

III/4	Schnittstellenmanagement und Pflegeüberleitung	1215
III/5	Rechtliche Bedingungen altenpflegerischer Arbeit	1218

III/6	Betriebswirtschaftliche Rahmenbedingungen	1230
III/7	Qualitätsmanagement	1237

Lernbereich IV

Altenpflege als Beruf



IV/1	Lern- und Arbeitsmethoden . . .	1247
IV/2	Zeitmanagement	1265
IV/3	Geschichte der Pflegeberufe . . .	1270
IV/4	Berufsgesetze	1276
IV/5	Professionalisierung der Altenpflege; Berufsbild und Arbeitsfelder	1285

IV/6	Berufsverbände und Organisationen der Altenpflege	1289
IV/7	Teamarbeit und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.	1292

IV/8	Ethische Herausforderungen in der Altenpflege	1300
IV/9	Konflikte und berufstypisches Befinden.	1306
IV/10	Gesundheitsförderung	1316
IV/11	Supervision und kollegiale Beratung	1329

Tabellen-Variante 1

In den Kapiteln I/17 – I/24 orientieren sich die Tabellen an den Begriffen, die im Strukturmodell der Bundesregierung sowie im Neuen Begutachtungsassessment gebräuch-

lich sind. Insbesondere die Selbsteinschätzung des pflegebedürftigen Menschen und seine individuellen Wünsche bezüglich der pflegerischen Unterstützung sind in den Vordergrund gerückt. Die im Strukturmo-

dell der Bundesregierung nicht mehr genannten Pflegeziele wurden jedoch beibehalten, weil sich mit ihrer Hilfe Berufsanfängern leicht erschließt, aus welchen Gründen die genannten Maßnahmen erforderlich sind.

Die **Pflegediagnose** mit den jeweils dazu gehörenden Umständen und Symptomen, die den Pflegebedürftigen individuell charakterisieren; legt den Handlungsrahmen der pflegerischen Intervention fest.
NANDA unterscheidet:

- **(Problemfokussierte, aktuelle) Pflegediagnosen.** Sie beschreiben Reaktionen auf einen belastenden Lebensumstand (z.B. eine Erkrankung)
- **Risiko-Pflegediagnosen.** Sie beschreiben die Gefährdung, eine unerwünschte Reaktion auf einen belastenden Lebensumstand zu entwickeln.

Die **Pflegeziele** nennen das angestrebte Ergebnis der pflegerischen Interventionen und bilden damit die Rechtfertigung für die geplanten Maßnahmen. Sie liefern die Begründung für die Auswahl der Maßnahmen

Die **Pflegemaßnahmen** nennen eine Auswahl sinnvoller pflegerischer Interventionen (hier lediglich beispielhaft skizziert, im Einzelfall sind sehr viel mehr Maßnahmen erforderlich).

A Fallbeispiel Ambulant, Teil III

Ausschnitt einer Tabelle

Beispiel einer Pflegeplanung bei einem Pflegebedürftigen mit Enterostoma für Herlinde Müller

Pflegediagnostik	Pflegetherapie	
aktuelle Pflegediagnosen (aP), Risiko-Pflegediagnosen (RP), Einflussfaktoren/ Ursachen (E), Symptome (S), Ressourcen (R)	Pflegeziele/erwartete Ergebnisse	Pflegemaßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • aP: Veränderte Stuhlausscheidung durch Anlage eines Stomas • E: Will Stoma momentan nicht allein versorgen • R: Redet über Probleme bezüglich des Stomas 	<ul style="list-style-type: none"> • Hilft bei der Versorgung des Stomas mit • Akzeptiert das veränderte Körperbild 	<ul style="list-style-type: none"> • Information über die Pflege des Stomas • Kontakt zur ILCO und anderen Betroffenen herstellen • Stoma täglich versorgen • Frau M. in die Versorgung des Stomas einbeziehen und im Umgang mit den Materialien anleiten

Tabellen-Variante 2

In den Kapiteln I/29 – I/35 sind die Pflegeplanungstabellen an den Bedingungen der Pflegediagnostik orientiert. Ganz überwie-

gend liegen die aktuellen Diagnosen der NANDA zugrunde.

Die **Informationssammlung** nennt explizit die Erwartungen des Pflegebedürftigen (bzw. die Wünsche der Angehörigen). Diese Aussagen bestimmen neben der **pflegefachlichen Einschätzung** die Pflegeplanung ganz wesentlich.

In Anlehnung an das Strukturmodell der Bundesregierung erhält der **Verständigungsprozess** zwischen Pflegebedürftigen und Altenpflegerinnen bezüglich der Pflegeangebote und der damit angestrebten Ziele eine besondere Bedeutung.

Regelmäßig wiederkehrende **Pflegemaßnahmen** (mit (*) gekennzeichnet) lassen sich nach dem Strukturmodell der Bundesregierung in einem **Tagesstrukturplan** dokumentieren. Vorübergehend notwendige Interventionen erscheinen im Pflegebericht.

A Fallbeispiel Wohngruppe, Teil III

Ausschnitt einer Tabelle

Beispiel einer Pflegeplanung bei beeinträchtigter Fähigkeit, sich zu bewegen für Annalena Blume

Informationssammlung	Pflegetherapie	
Wünsche, Gewohnheiten, Hilfebeschreibungen, pflegefachliche Einschätzungen	Pflegeziel/Verständigungsprozess/erwartete Ergebnisse	Pflegemaßnahmen/Pflegeangebote
<ul style="list-style-type: none"> • Kontakt zu ihren Kindern ist für sie sehr wichtig – wirkt sich motivationsfördernd aus • Mobilität der rechten Körperseite ist erhalten • Ist kontaktfreudig, besucht gern die Gemeinschaftsräume der Wohngruppe und nimmt gern an Festen und Veranstaltungen teil • Möchte sich weiterhin innerhalb der Wohngemeinschaft bewegen <p>Pflegefachliche Einschätzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beeinträchtigte Fähigkeit, sich zu bewegen • Schlaganfall mit nachfolgender Hemiparese links • Koordinierte Fortbewegung nicht möglich • Kann den linken Arm nicht bewegen und auf dem linken Bein kein Körpergewicht übernehmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Die derzeitige körperliche Mobilität ist erhalten • Ist ihren Wünschen gemäß mehrmals tgl. aktiviert und mobilisiert • Nimmt aktiv an pflegerischen Maßnahmen teil • Kann weiterhin an Festen und Veranstaltungen teilnehmen • Komplikationen wie Dekubitus, Kontrakturen sind vermieden • Bewegungsfähigkeit der betroffenen Extremitäten ist gefördert bzw. erhalten <p>Verständigung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kontakte zu ihren Mitbewohnern bleiben erhalten, kann an Gemeinschaftsveranstaltungen, solange wie möglich teilnehmen und versteht, dass die Ziele aus der pflegefachlichen Einschätzung notwendig sind um ihre Wünsche zu stützen 	<ul style="list-style-type: none"> • Über Möglichkeiten der Mobilisation und des Bobath-Konzepts informieren und die Angehörigen in die Benutzung des Rollstuhls einweisen. Die Angehörigen über die wichtigsten Punkte des Bobath-Konzepts beraten. • Pflegebedürftige und ihre Angehörigen über die Feste und Veranstaltungen in der Wohngruppe informieren und sie bitten, Frau Blume dorthin zu begleiten. Pflegebedürftige aufgrund ihrer Demenz kurzfristig informieren und sie fragen, ob sie teilnehmen möchte • Bei jeder Mobilisation dazu anregen, ihre Bewegungsfähigkeit trotz der Einschränkungen einzusetzen und Bewegungsabläufe aktiv mitzugestalten • (*) Mindestens 4 x tgl. die Mobilisation zu den Mahlzeiten in den Rollstuhl anbieten und zu den Mahlzeiten in die Gemeinschaftsräume bringen

(*) Diese Maßnahmen können mit entsprechenden Durchführungszeitpunkten in den Tagesstrukturplan eingetragen werden.

Wünsche

Pflegefachliche Einschätzung

Verständigung

Tagesstrukturplan

Altenpflege Heute berücksichtigt beides:

- ABEDL in Verbindung mit Nanda-Pflegediagnosen

- Strukturmodell: Begrifflichkeiten am neuen Strukturmodell mit SIS orientiert

Altenpflege Heute zeigt mit vielen Pflegeplanungen, die neue Begrifflichkeit auf

I/21.8 Selbstversorgungsdefizit beim Ruhen und Schlafen

S Fallbeispiel Stationär, Teil I

Die Altenpflegerin Bettina Wohlfahrt ist im Wechsel sowohl im Tag- wie im Nachtdienst für die 80-jährige Dormina Ruheleben zuständig. Diese lebt seit zwei Wochen auf Rat ihrer Tochter im Seniorenzentrum und hat dort ein Zweibettzimmer bezogen. Vor sechs Wochen erlitt die Seniorin einen Schlaganfall, von dem eine leichte Halbseitenlähmung rechts mit Koordinationsstörungen in Arm und Bein und eine Gangunsicherheit zurück blieben. Nach dem Tod ihres Mannes vor drei Jahren wohnte Frau Ruheleben allein in einem kleinen Reihenhäuser und versorgte sich weitgehend selbst. Lediglich Einkaufen, Reinigung und Instandsetzung der Wohnung wurden von ihrer Tochter und dem Schwiegersohn erledigt, die einige Kilometer entfernt wohnten.

➤ **Selbstversorgungsdefizit beim Ruhen und Schlafen:** Eingeschränkte Fähigkeit, sich zu positionieren, zu betten und selbst für ausgewogene Ruhe- und Schlafphasen in einer angemessenen Umgebung zu sorgen.

I/21.8.1 Informationssammlung

S Fallbeispiel Stationär, Teil II

Während des Tages ist Dormina Ruheleben selbstständig, macht aber einen müden, traurigen Eindruck, spricht wenig und beteiligt sich nur selten an den Aktivitäten im Haus. Als Grund gibt sie ihre Lähmungen an. Sie ruht nach dem Mittagessen für eine Stunde und geht abends um 19 Uhr ins Bett.

Die Altenpflegerin Bettina Wohlfahrt erfährt in einem Gespräch, dass die Seniorin, wie früher, jeden Morgen um fünf Uhr wach wird und gerne zur Toilette gehen würde. Seit dem Schlaganfall hat sie Angst vor einem Sturz. Sie verschiebt deshalb den Toilettengang bis zur Morgenhygiene und bleibt wach, weil sie Angst vor Inkontinenz hat. Klingeln möchte sie deswegen nicht.

Ursachen und Einflussfaktoren

Ein Selbstversorgungsdefizit beim Ruhen und Schlafen entsteht durch:

- Krankheits- oder therapiebedingte Immobilität, Fixierung (→ Kap. I/29.2)
- Nicht angepasste Liegehöhe des Bettes
- Orientierungsstörungen.

Zeichen und Ausmaß

- Pflegebedürftiger oder Angehörige äußern das Selbstversorgungsdefizit

- Pflegebedürftiger kann aufgrund einer Immobilität bzw. Fixierung das Bett und einen Ruheort nicht aufsuchen, äußert den Wunsch, sich hinzulegen, versucht aufzustehen

- Pflegebedürftiger sucht von sich aus das Bett oder einen Ruheort nicht auf.

Das **Ausmaß** des Selbstversorgungsdefizits kann in Abhängigkeit von den vorhandenen Ressourcen verschieden sein. Beeinträchtigt sein können folgende Fähigkeiten:

- Aufsuchen des Bettes oder einer Ruheliege
- Einnehmen einer erholsamen Position
- Bett herrichten
- Bettwäschewechsel.

Das Selbstversorgungsdefizit beim Ruhen und Schlafen wird in hohem Maße beeinflusst von den Problemen und Ressourcen in zwei anderen Lebens- und Kompetenzbereichen:

- Kommunizieren (→ Kap. I/18), insbesondere bei Verwirrtheit (→ Kap. I/33.4)
- Sich bewegen (→ Kap. I/19).

Folgen

Ernstzunehmende **Folgen** des Selbstversorgungsdefizits beim Ruhen und Schlafen sind z. B.

- Einschlaf- und Durchschlafstörungen (→ Kap. I/21.9)
- Tagesmüdigkeit und Tagesschläfrigkeit
- Unruhe, wenn das Zubettgehen nicht ermöglicht wird
- Stürze beim Aufstehen, Zubettgehen oder aus dem Bett.

I/21.8.2 Pflegetherapie

S Fallbeispiel Stationär, Teil III

Beispiel einer Pflegeplanung bei einem Selbstversorgungsdefizit beim Ruhen und Schlafen für Dormina Ruheleben

Informationssammlung	Pflegetherapie	
Wünsche, Gewohnheiten, Hilfebeschreibungen, pflegfachliche Einschätzungen	Pflegeziel/Verständigungsprozess/erwartete Ergebnisse	Pflegemaßnahmen/Pflegeangebote
<ul style="list-style-type: none"> • Äußert ihre Wünsche und Bedürfnisse • Müdigkeit tagsüber • Wacht morgens um 5 Uhr wegen Harndrangs auf und bleibt wach <p>Pflegfachliche Einschätzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstversorgungsdefizit beim „Ruhens und Schlafen“ • Rechtsseitige Hemiparese mit Koordinationsstörungen in Arm und Bein • Umgebungswechsel durch Einzug in die Senioreneinrichtung • Eingeschränkte Motivation zu Aktivitäten, Rückzug 	<ul style="list-style-type: none"> • Schläft nachts ausreichend • Hat erholsamen Schlaf • Fühlt sich wohl und ausgeglichen • Fühlt sich in der neuen Umgebung sicher <p>Verständigung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ist tagsüber aktiv • Ruhepausen tagsüber sind gewährleistet 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivation, die vorhandene Selbständigkeit weiter zu entwickeln • (*) Morgens 5 Uhr Begleitung zur Toilette anbieten ggf. auf Wunsch Toilettenstuhl bereitstellen • Ängste ernst nehmen • Vertrauen aufbauen • (*) Unterbrechungen des Nachtschlafs vermeiden • (*) Tagsüber kurze Ruhephasen ermöglichen • (*) Auf Wunsch nachts Positionierungen anbieten
<p>(*) Diese Maßnahmen können mit entsprechenden Durchführungszeitpunkten in den Tagesstrukturplan eingetragen werden.</p>		

Pflegepädagogen und Schüler müssen durch wechselnde Einsatzorte mit herkömmlichen Planungen arbeiten und mit der neuen Planungsart zurechtkommen. Deswegen durchziehen Beispielpflegeplanungen das Buch im Sinne einer konsequenten Pflegeprozessplanung

Textkästen

Farblich hinterlegte Textkästen gliedern die Informationen und heben wichtige Inhalte hervor. Die Markierungen ziehen sich als Orientierungshilfe durch das gesamte Werk.

➤ **Definitionen** geben eine knappe und allgemeingültige Erklärung eines (Fach)begriffs.

➤ **Besonders wichtige Informationen** aus dem Fachbereich der Altenpflege helfen, das Lernen zu strukturieren.

➤ **Vorsicht!**

Unter dem Hinweis **Vorsicht!** stehen Informationen, die auf Gefahren hinweisen oder Maßnahmen erklären, die in kritischen Situationen anzuwenden sind. Diese Kästen erfordern besondere Aufmerksamkeit.

➤ **Lern-Tipp oder Praktisches aus der Forschung**

Die **Lern-Tipps** bieten eine didaktische Hilfe, indem sie Ideen zur eigenständigen Bearbeitung eines Themas liefern oder dazu einladen, im Rahmen einer Gruppenarbeit komplexe Themen aufzubereiten. In diesen Kästen finden sich auch aktuelle Ergebnisse aus der Pflegeforschung.

Internet- und Lese-Tipp

Internet- und Lese-Tipps liefern Hinweise für eine vertiefende Recherche und setzen die Themen in einen größeren Zusammenhang.

A Fallbeispiel Ambulant

S Fallbeispiel Stationär

W Fallbeispiel Wohngruppe

Die **Fallbeispiele** in diesem Buch orientieren sich an den drei grundlegenden Formen der Wohnumgebung von pflegebedürftigen Menschen. Um die Bedingungen der pflegerischen Begleitung in ambulanter und stationärer Umgebung sowie in einer Wohngruppe möglichst anschaulich darzustellen, bietet **ALTENPFLEGE HEUTE** auf den ersten Seiten Basisbeispiele, in denen die Varianten idealtypisch dargestellt sind. In den Kapiteln beziehen sich alle Fallbeispiele auf eines dieser Basisbeispiele. Der didaktische Vorteil: Die Leserinnen und Leser müssen sich nicht in jedem Einzelfall auf neue Bedingungen einstellen, sondern treffen Personen, die in einem bereits bekannten Umfeld agieren. So können sie sich ganz auf das in den Fallbeispielen genannte Problem konzentrieren.

▮▮ **Literaturnachweis und weiterführende Literatur**

Am Ende jeden Kapitels finden Sie den Literaturnachweis. Die Angaben beziehen sich auf die Literatur, die die Autoren bei der Erstellung ihrer Texte verwendet haben. Um im Text die Literaturquellen eindeutig zuzuordnen zu können, sind die Nachweise nummeriert und mit dem Buchsymbol (▮▮) gekennzeichnet.

Pflegewissenschaft

Dem in vielen Ausbildungsverordnungen geforderten Anspruch, sich an den neuesten Erkenntnissen aus der Pflegewissenschaft zu orientieren, wird auch die 3. Auflage von **ALTENPFLEGE HEUTE** gerecht. Sie wurde von den Autoren nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, nach den aktuellen Expertenstandards und Pflegediagnosen sowie angelehnt an die Prinzipien des Strukturmodells der Bundesregierung überarbeitet. Das Buch regt dadurch

die Leser an, ihr Wissen aktuell zu halten und den wissenschaftlichen Stand ihrer Kenntnisse immer wieder zu überprüfen.

Ringe und Uhren

Die Unfallverhütungsvorschriften schreiben vor, dass Schmuck oder Uhren bei Handlungen abzulegen sind, in denen sie eine Erhöhung der Infektions- oder Verletzungsgefahr bedeuten. Da jedoch nicht umfassend dargelegt wird, wann genau dies der Fall ist, werden die Vorschriften von Haus zu Haus unterschiedlich interpretiert und gehandhabt. In **ALTENPFLEGE HEUTE** finden sich Bilder, auf denen Personen Schmuck und Uhren tragen, weil sie in dem jeweiligen Haus bei diesen Verrichtungen als nicht infektions- oder verletzungsgefährdend angesehen werden und deshalb dort erlaubt sind. Dies gilt vor allem für glattgeränderte Eheringe, bei denen nach Ansicht vieler Experten die Infektions- und Verletzungsgefahr zu vernachlässigen ist. Da **ALTENPFLEGE HEUTE** in diesem Punkt keine allgemein verbindliche Aussage machen kann, sind die Leser aufgefordert, sich nach den Richtlinien des eigenen Hauses zu erkundigen und danach zu handeln.

Ansprache

Die Autorinnen und Autoren haben lange darüber nachgedacht, wie sie in der Schreibweise der Tatsache gerecht werden können, dass Pflegebedürftige, Altenpflegerinnen und Angehörige anderer Berufsgruppen Frauen **und** Männer sind. Die konsequenteste Lösung, nämlich die durchgängige Verwendung der femininen und maskulinen Schreibweise, würde die Lesbarkeit der Texte erheblich erschweren, z. B. Altenpfleger/Altenpflegerin, Betreuer/Betreuerin. Deshalb wird in diesem Buch immer nur eine Form oder ein neutraler Begriff, z. B. „Altenpflegerinnen“, verwendet – gemeint sind dabei aber stets beide Geschlechter.

I/7 Pflegeprozess

I/7.1 Generelle Aspekte zum Pflegeprozess

➤ **Pflegeprozess:** Denk- und Handlungsstrategie mit der Altenpflegerinnen – nach Möglichkeit gemeinsam mit den Pflegebedürftigen – zielgerichtet und strukturiert arbeiten, um:

- Durch die Sammlung von Informationen (Ressourcen und Defizite) die Pflegebedürftigkeit zu erheben und einzuschätzen und sie dann ggf. als Pflegediagnose zu formulieren
- Auf Grund des festgestellten Pflegebedarfs Ziele festzulegen, die anhand der zu planenden Pflegemaßnahmen erreicht werden können
- Die Pflegemaßnahmen durchzuführen und auf ihren Erfolg hin zu überprüfen, um sie dann der ggf. neuen Situation anzupassen.

Mit dem Pflegeprozess werden die „Abläufe“ des Handelns festgelegt, die Altenpflegerinnen hingegen definieren dessen Inhalte.

Der Begriff **Pflegeprozess** bezeichnet zunächst ganz allgemein all das, was sich zwischen Pflegebedürftigen, Angehörigen und Altenpflegerinnen vom ersten Kontakt bis zum Ende der Beziehung abspielt (→ Abb. I/7.1). Um dieses komplexe Geschehen besser verstehbar zu machen, haben Pflegende immer wieder versucht, den Prozess in Phasen einzuteilen. In diesem Sinne stellt der Pflegeprozess eine grundsätzliche Denk- und Handlungsstrategie (Arbeitsmethode)

in der Pflege dar. Er beruht auf der Interaktion zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen im Sinne eines fortlaufenden Beziehungsprozesses.

Das prozessorientierte Arbeiten zielt darauf ab, dem Pflegebedürftigen so weit wie möglich seine eigenen Fähigkeiten zur Problemlösung bewusst zu machen und diese für die Förderung seiner Gesundheit zu nutzen, bzw. bei Selbstfürsorgedefiziten die Versorgung für ihn zu übernehmen.

Aufgrund ihrer fachlichen bzw. kommunikativen Kompetenzen (→ Kap. I/13) unterstützen und begleiten die Pflegenden 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 der individuellen Situation benötigt.

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

I/7.1.1 Entstehung eines Modells zum Pflegeprozess

Der **Pflegeprozess** wurde in den 1950er-Jahren von Pflegewissenschaftlern in den USA als Modell definiert. Zu dieser Zeit be-

gann 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 Altenpflegerinnen bedeutete dies konkret, mehr Verantwortung für die umfassende pflegerische Betreuung von Pflegebedürftigen zu übernehmen. Solange Pflege als eine reine Assistententätigkeit für den Arzt angesehen wird, liegt die Verantwortung für einen Pflegeplan 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

Altenpflegerinnen 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 Tuns und unterstützt die Anwendung aktuellen Pflegewissens. Der Pflegeprozess hat auch 60 Jahre nach seiner Entstehung eine ungebrochen zentrale Bedeutung bei der Ausgestaltung professioneller Pflege.

I/7.1.2 Zweck des Pflegeprozesses

Der Regelkreis zum prozessorientierten Handeln dient als Arbeitsinstrument für folgende Zwecke:

- Pflege systematisch und zielgerichtet zu planen, durchzuführen und auszuwerten
- Pflege umfassend und geordnet zu dokumentieren (→ Kap. I/11)
- Pflege individuell auf den einzelnen Menschen abzustimmen
- Festzustellen, welche Art von Hilfe sinnvoll ist und wer diese am besten gewährleistet

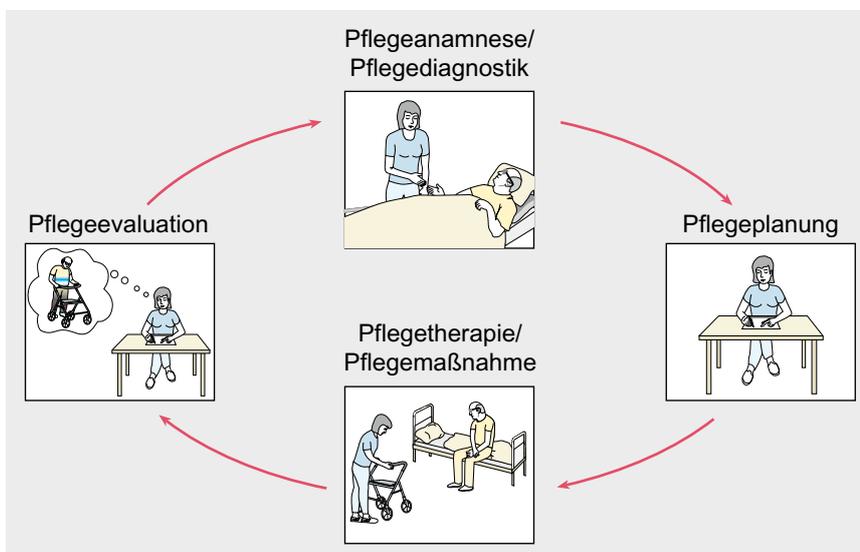


Abb. I/7.1 Beispiel eines Pflegeprozesses bei der Mobilisierung eines alten Menschen. [L143]

- Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem in diesem Bereich umzusetzen und die Qualität zu verbessern
- Pflege transparent zu machen gegenüber den Pflegebedürftigen, deren Angehörigen, den Kollegen, anderen Berufsgruppen, den Kostenträgern sowie Prüfins-tanzen, z. B. MDK (Pflegegrad nachwei-sen → Kap. III/1)
- Eine gezielte Abstimmung zwischen den Altenpflegerinnen zu sichern, sodass die Pflegemethoden nach dem neuesten Stand der Erkenntnis durchgeführt werden
- Personalressourcen sinnvoll zu verteilen
- Berufliche Identität zu stärken. ■■2

I/7.1.3 Pflegeprozess und Pflegedokumentation – Rechtliche Einordnung

Pflegedokumentation → Kap. 1/11

Rechtliche Grundlagen des Pflegeprozesses bilden sich ab:

- Im Altenpflegegesetz (§ 3)
- In den Ausführungen zu den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI
- In den Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen, hier insbesondere die Quali-tätsprüfungs-Richtlinien für die ambu-lante und stationäre Pflege. Nach § 114a Abs. 3 SGB XI ist auch die Auswertung der Pflegedokumentation vorgesehen (→ Kap. I/9.2.1)
- In den Vorgaben der Heimaufsichts-behörden auf der Grundlage der jeweiligen Landesheimgesetzte.

Der Erhebungsbogen zur Prüfung der Quali-tät nach den §§ 114 ff. SGB XI, der für den Medizinischen Dienst der Krankenversi-cherung die Prüfgrundlage im ambulanten und stationären Bereich bildet, bewertet den Pflegeprozess im Hinblick auf die Ver-antwortung der Altenpflegerinnen. Gefragt wird nach der Organisation der fachlichen Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse und der fachgerechten Füh-rung der Pflegedokumentation.

➤ Nicht dokumentierte Pflege führt in einem Zivilrechtsstreit zu einer Beweislas-tumkehr, sodass die Altenpflegerinnen bzw. der Einrichtungsträger die fachge-rechte Durchführung der Pflege beweisen müssen.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkas-sen (GKV-Spitzenverband) hat mit den Maßstäben und Grundsätzen für die Quali-tät und die Qualitätssicherung und für die

Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten und vollstationären Pflege Hinweise zur prozesshaften Pflege formu-liert. Dienste und Einrichtungen sind ver-pflichtet, ein praxistaugliches Pflegedoku-mentationssystem vorzuhalten. Die Pflege-dokumentation ist sachgerecht und kontinu-ierlich zu führen und umfasst die Bereiche:

- Stammdaten
- Pflegeanamnese und Informations-sammlung inkl. Erfassung von pflege-relevanten Biografiedaten
- Pflegeplanung
- Pflegebericht
- Leistungsnachweis mit Durchführungs-kontrolle.

Innerhalb dieser Bereiche werden alle für die Erbringung der vereinbarten Leis-tungen notwendigen Informationen im Rah-men des Pflegeprozesses erfasst und bereit-gestellt. Das Dokumentationssystem ist in Abhängigkeit von bestehenden Pflegeprob-lemen im Rahmen der vereinbarten Lei-stungen ggf. zu erweitern.

Aus den Unterlagen der Pflegedokumen-tation müssen jederzeit der aktuelle tägliche Verlauf und der Stand des Pflegeprozesses ablesbar sein (→ Abb. I/7.2). ■■3

➤ Darüber hinaus dient die Pflegedoku-mentation auch der Prüfung durch die Pfl-gekassen. Zur Überprüfung der Pflegebe-dürftigkeit ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung berechtigt, Auskünfte und Unterlagen über Pflegeziele und Pfl-gemaßnahmen mit Einwilligung des Versi-icherten bei der Pflegeeinrichtung einzuho-len. Üblicherweise findet bei einer ambu-lanten oder stationären Einrichtung einmal jährlich eine Qualitätsprüfung gemäß § 114 SGB XI durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung statt. Neben der Inaugenscheinnahme des pflegebedürftigen Menschen, der Auskunft der Mitarbeiter und des Pflegebedürftigen selbst wird immer auch die Pflegedokumentation zur Auswertung angemessen berücksichtigt.

➤ **Vorsicht!**

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat die Pflegedokumentation nach der gelten-ten Regelung gemäß § 113 SGB XI mindes-tens drei Jahre nach Ablauf des Kalender-jahres der Leistungserbringung aufzube-wahren. Im ambulanten Bereich ist die Pflegedokumentation beim pflegebedürf-tigen Menschen aufzubewahren. Soweit eine sichere Aufbewahrung dort aus-nahmsweise nicht möglich ist, ist die Pfl-ge-dokumentation beim ambulanten Pfl-gedienst zu hinterlegen.

I/7.1.4 Ärztliche Anordnungen und der Pflegeprozess

Neben den Bereichen in der Pflege, die ei-genständig geplant, durchgeführt und aus-gewertet werden, gibt es viele Tätigkeiten, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung zu erledigen sind. Pflegerisches Handeln bewegt sich immer in einem Spektrum von selbstständigen Handlungen, kooperativem Handeln und Ausführung von Weisungen. Die Ausführung von ärztlichen Anweisun-gen ist nicht mit dem Modell des Pflegepro-zesses abzubilden, sondern wird zusätz-lich in den Behandlungsplan eingebaut (z. B. die verordnete medizinische Behandlungspf-lege, die Gabe verordneter Medikamente und die entsprechenden Durchführungsnach-weise).

In der Pflegedokumentation muss deut-lich erkennbar sein, welche Tätigkeiten auf-grund einer ärztlichen Anordnung durch-geführt werden (→ Abb. I/7.3) und welche auf der eigenständigen Planung der Alten-pflegerinnen beruhen. Darüber hinaus ist es für manche Themen sinnvoll, Ziele multi-professionell festzulegen, Maßnahmen durchzuführen und auszuwerten (z. B. zu-sammen mit Alltagsbegleitern, zusätzlichen Betreuungskräften oder Ergotherapeuten).

I/7.2 Pflegetheoretischer Bezugsrahmen

Theorien, Konzepte, Modelle → Kap. I/2
Pflegeforschung → Kap. I/3

S Fallbeispiel Stationär, Teil I

Botho Rilling, ein 82-jähriger Vater von zwei Kindern und Großvater von drei Enkeln, hat sich schweren Herzens ent-schieden, in das „Seniorenzentrum Maxeberg“ zu ziehen. In letzter Zeit ist es ihm zunehmend schwer gefallen, sich selbst zuhause zu versorgen. Heute ist der Tag, an dem Herr Rilling den Umzug von seinem Haus in die stationäre Ein-richtung 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 Alten-pflegerin, einen Überblick über sein bis-heriges Leben und seine Erwartungen zu erhalten und Informationen für die Pfl-geplanung zu sammeln.

Pflegetheorien sollen Aussagen zu Tatsachen oder Erscheinungen in der Pflege erklären. In der Anwendung kann eine Theorie eine Hilfe geben, systematisch, bewusst und effektiv zu denken, zu kommunizieren und zu handeln. Mit den verschiedenen **Pflegetheorien** sind unterschiedliche Auffassungen verbunden, wie Pflege verstanden und erklärt wird. 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.

Eine pflegetheoretische Grundausrichtung kann sich z.B. in 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.

Zur übersichtlichen Gliederung der Informationssammlung können Elemente aus Pflegetheorien hilfreich sein. Da jeder Pflegetheorie ein bestimmtes Pflegeverständnis zugrunde liegt, können sich unterschiedliche Gewichtungen einzelner Aspekte ergeben. In der Informationssammlung werden entsprechend je nach pflegetheoretischer Grundlage bestimmte Themen stärker und andere schwächer betont:

- Nach Roper (→ Kap. I/2.2.8) bzw. Juchli können die Aktivitäten des täglichen Lebens als Kriterien herangezogen werden. Für jede Aktivität wird überprüft, wo genau der Pflegebedürftige eingeschränkt ist und wo er ohne Unterstützung zu-rechtkommt
- Nach Orem (→ Kap. I/2.2.7) achten die Pflegenden insbesondere auf Selbstpflege-erfordernisse und identifizieren Selbstpflegefähigkeiten und Selbstpflege-defizite
- Nach Friedemann mit ihrer Familien- und umweltbezogenen Pflege ist die Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit in den Familien ein zentrales Ziel. Jede vorhandene, aber auch potenzielle Ressource und Fähigkeit des Pflegebedürftigen, seiner Familie und ihrer Mitglieder – im System – wird ermittelt und beachtet
- In der Altenpflege des deutschsprachigen Raums findet die Pflegetheorie von Monika Krohwinkel große Beachtung. Sie versteht Pflege als einen Prozess, durch

den Pflegebedürftige so gefördert werden, dass sie ein möglichst großes Maß an Autonomie, Wohlbefinden und Lebensqualität erreichen. Zur Strukturierung des Pflegeprozesses auf der Grundlage dieser Annahmen entwickelte sie das Modell der „Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens“ (AEDL) das ebenfalls eine Orientierung zur Erfassung der aktuellen Lebenssituation eines Menschen bietet. Später modifizierte Krohwinkel ihr Modell, das danach von „Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des täglichen Lebens“ (ABEDL[®]) sprach (→ Kap. I/2.2.2).

- Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung hat im Rahmen der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation das Projektbüro EinSTEP beauftragt, ein neues Gesamtkonzept zur Gestaltung des Pflegeprozesses zu entwickeln. Dieses Modell unterscheidet sechs pflegebezogene Themenfelder (→ Kap. I/2.2.1). ■■4

Alle diese Gliederungen dienen als Unterstützung zur systematischen Darstellung von pflegebezogenen Themen. Sie haben die Funktion einer Hilfe für Altenpflegerinnen, die jedoch in jedem einzelnen Fall selbst entscheiden, wie sie ihre Schwerpunkte setzen. Die Zuordnung (z. B zu ABEDL[®] oder anderen Ordnungssystemen) ist manchmal nicht eindeutig zu klären (z. B. Schmerzen bei Bewegung).

► Lern-Tipp

Welche Art des Pflegeprozesses kennen Sie aus Ihrer praktischen Arbeit? Ordnen Sie bitte im Gespräch mit anderen Auszubildenden ein, wie Ihrer Meinung nach ein zielorientierter Prozess zu gestalten wäre.

Struktur des Pflegeprozesses

Je nach pflegetheoretischer Ausrichtung kann auch der Prozess, der sich zwischen den Altenpflegerinnen und dem Pflegebedürftigen vollzieht, unterschiedlich gedeutet und differenziert werden. Es besteht jedoch weitgehend Einigkeit darüber, dass der Pflegeprozess zunächst in vier Kernphasen eingeteilt werden kann (von Yura und Walsch erstmals beschrieben).

Die **Weltgesundheitsorganisation (WHO)** hat das Modell 1974 in dieser Form aufgegriffen und weltweit verbreitet (→ Tab. I/7.1).

Zur weiteren Differenzierung und besonderen Herausstellung bestimmter Aspekte wurde der Prozess von verschiedenen Autoren in fünf (z. B. Ruth Brobst, 1997) oder sechs Schritte aufgeteilt (→ Tab. I/7.1).

In der amerikanischen Literatur wird häufig ein Modell mit fünf Schritten verwendet, in dem die Pflegediagnose als ein eigener Schritt beschrieben ist. Dies unterstreicht die Bedeutung einer abschließenden Beurteilung der Einschätzungsphase, die Aufschluss über die Pflegebedürftigkeit eines Menschen gibt und gleichzeitig den folgenden Pflegeplan begründet.

Ein sechsstufiges Modell des Pflegeprozesses wurde in den 1960er-Jahren von *Vereena Fiechter* und *Martha Meier* entworfen und in der Folgezeit weiterentwickelt (→ Tab. I/7.1). 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. Wilkinson unterscheidet ebenfalls sechs Schritte und verwendet für die Planung der Ziele den Ausdruck „Ergebnisplanung“ (→ Tab. I/7.1).

In der Altenpflege hat sich eher die Gliederung in vier Phasen durchgesetzt, wobei die einzelnen Phasen immer genauer differenziert und beschrieben werden. Das Strukturmodell als Initiative zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation ist ebenfalls als vierstufiges Modell aufgebaut.

► Perspektive des Pflegebedürftigen

- In der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen ist die Wahrnehmung und Dokumentation der Perspektive des Pflegebedürftigen und seiner Bezugspersonen wichtig. Es kann hilfreich sein, in der Pflegedokumentation eine Spalte für die „Sicht des Pflegebedürftigen“ zu schaffen und dadurch den Blick der Altenpflegerinnen immer wieder auf die Bewohnerperspektive zu lenken. So können seine Vorstellungen zum Hilfebedarf und seine individuellen Wünsche berücksichtigt werden
- Die Sicht des Pflegebedürftigen zu den einzelnen Problemen und damit verbundenen Zielen und Maßnahmen spielt gerade bei psychisch veränderten Menschen eine entscheidende Rolle für den Erfolg der eingeleiteten Maßnahmen. Damit wird eine effiziente und effektive Pflegedokumentation bei Menschen mit Demenz zur Basis für eine qualitativ hochwertige und an der Lebensqualität des Betroffenen orientierten Pflege und Betreuung.

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 (Bundesministerium für Gesundheit)	In diesem Buch
Assessment (<i>Pflegebedürftigkeit einschätzen</i>)	Erhebung/ Pflegediagnose	Einschätzung	Informationen sammeln	Strukturierte Informationssammlung (SIS) und Risikoeinschätzung	Informationssammlung bzw. Pflegediagnostik (inkl. Pflegeanamnese, Biografiearbeit und Risikoeinschätzung)
		Pflegediagnose	Probleme und Ressourcen finden, Pflegediagnosen stellen		
Planning (<i>Pflege planen</i>)	Planung	Planung	Ziele festlegen	Individuelle Maßnahmenplanung	Pflegetherapie (Verständigungsprozess, Ziele festlegen, Maßnahmen planen)
			Maßnahmen planen		
Intervention (<i>Pflege durchführen</i>)	Durchführung/ Pflegetherapie	Umsetzung	Maßnahmen durchführen	Berichteblatt mit Fokus auf Abweichungen	Pflegemaßnahmen durchführen
Evaluation (<i>Beurteilen, Verbessern</i>)	Auswertung/ Evaluation	Auswertung	Überprüfen und verbessern	Evaluation (individuell)	Pflegeevaluation

Tab. I/7.1 Die Pflegeprozess-Modelle der WHO, von Krohwinkel, Brobst und Fiechter/Meier und Yura und Walsch (Strukturmodell).

➤ Das **Strukturmodell** ist eine Alternative zur Steuerung des Pflegeprozesses, die sich in Form einer Weiterentwicklung der Dokumentationspraxis niederschlägt. Die Grundstruktur der Pflegedokumentation baut auf einen vierphasigen Pflegeprozess auf und hebt die Personenzentrierung in der Planung besonders hervor:

- Einstieg in den Pflegeprozess mithilfe der strukturierten Informationssammlung (SIS → Abb. I/7.4). Der Pflegebedürftige wird zu einer narrativen Erzählweise und Eigeneinschätzung aufgefordert. Eine pflegefachliche Einschätzung entlang der sechs Themenfelder und eine Risikoeinschätzung ergänzen die Informationssammlung
- Individuelle Maßnahmenplanung auf der Basis der Erkenntnisse der SIS
- Berichteblatt mit dem Fokus auf die Abweichungen von regelmäßig wiederkehrenden Pflege- und Betreuungsabläufen in der Maßnahmenplanung. Alle pflegerischen Tätigkeiten, die regelmäßig wiederkehren, lassen sich nach dem Immer-So-Prinzip in einem Tagesstrukturplan abbilden (→ Tab. I/11.2). Lediglich Abweichungen und Maßnahmen der Behandlungspflege sind gesondert zu dokumentieren
- Evaluation. Im Strukturmodell werden die bisher üblichen ersten drei Schritte des sechsstufigen Pflegeprozesses (Informationssammlung, Problem/Ressourcen, Ziele) im Element 1, der strukturierten Informationssammlung zusammengefasst (→ Tab. I/7.1).

Internet- und Lese-Tipp
Ausführungen zum Strukturmodell:
www.ein-step.de

I/7.3 Phasen des Pflegeprozesses

S Fallbeispiel Stationär, Teil II

Botho Rilling erzählt der Altenpflegerin 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 Tochter, die in Amerika wohne und einen Sohn, zu dem er keinen Kontakt pflege.

Ein Neffe besuche ihn regelmäßig und versorge 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 Essen fällt ihm noch schwer, aber er ist zuversichtlich, dass es ihm bald besser gehen wird.

Der **Pflegeprozess** (→ Abb. I/7.5) beginnt mit dem ersten Kontakt zwischen den Altenpflegerinnen und dem Pflegebedürftigen. Für die umfassende Pflegediagnostik bzw. Informationssammlung sind die ersten Ge-

spräche, in denen sich der Pflegebedürftige und die Pflegenden kennen lernen, grundlegende Schritte beim Aufbau einer professionellen Vertrauensbasis. Zu Beginn werden richtungsweisende Informationen über Gewohnheiten, Fähigkeiten, Pflege- und Hilfebeschreibungen 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 sensiblen zu gestaltenden Erstkontakt, der die Basis für ein sich weiter aufbauendes Vertrauensverhältnis sein soll (→ Abb. I/7.4).

Inzwischen haben alle Anbieter von Pflegedokumentationssystemen die Möglichkeit in ihr Programm aufgenommen, das Strukturmodell einzusetzen, das von der damaligen Ombudsfrau im Bundesgesundheitsministerium zur Entbürokratisierung der Pflege in Zusammenarbeit mit Pflegewissenschaftlern und Praktikern aus der Pflege entwickelt wurde (→ Kap. I/2.2.1). Aus diesem Grund ist hier die **Strukturierte Informationssammlung (SIS®)** als Element 1, der vier Elemente des Strukturmodells (SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt, Evaluation), abgebildet. Die SIS® stellt als Kernstück des Strukturmodells den Einstieg in den Pflegeprozess dar.

In weiteren Gesprächen und Beobachtungen müssen diese Informationen ergänzt und vertieft werden. Eine korrekte Beschreibung der Pflegebedürftigkeit eines Menschen kann nur erfolgen, wenn ausreichend Informationen vorliegen. Diese können durch verschiedene Methoden gewonnen werden. Eine Pflegeplanung baut auf

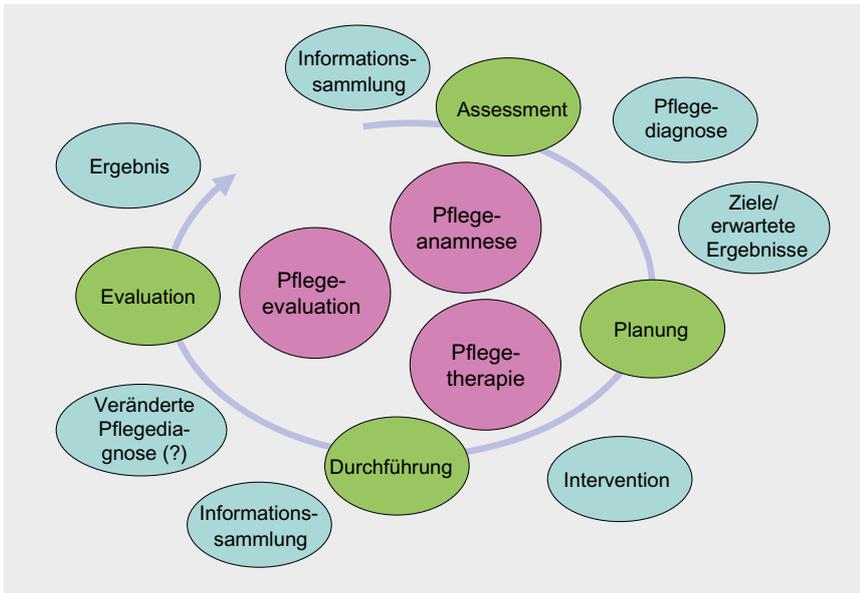


Abb. I/7.5 Der Pflegeprozess. [M595]

korrekt erfassten pflegerelevanten Informationen auf.

Insbesondere 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 Altenpflegerinnen sich ein Bild machen über die Einstellungen, Werte und Bedürfnisse des Betroffenen. Biografiegeleitetes Arbeiten verlangt die Zustimmung des Pflegebedürftigen, diese Informationen als Bestandteil der Pflegediagnostik bzw. Informationssammlung dokumentieren zu dürfen (→ Abb. I/7.6). Sie bieten für alle Mitarbeiter und Beteiligten eine wertvolle Grundlage zum Verständnis des Verhaltens des jeweiligen Menschen (→ Kap. I/10).

➤ Ausgangspunkt und Beginn des Pflegeprozesses sind die aktuelle pflegerische Situationseinschätzung/Assessment und die Wünsche des Pflegebedürftigen. Der Bedarf an Pflege wird einerseits durch die festgestellte Pflegebedürftigkeit und andererseits durch das Leistungsspektrum der Altenpflegeeinrichtung sowie den Auftragsumfang durch den Pflegebedürftigen bzw. seine Angehörigen bestimmt.

Einschätzung versus Assessment in der Pflege

➤ **Pflegeassessment:** Einschätzung der Selbstständigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit sowie der Risikopotenziale des Menschen anhand kriterienorientierter und strukturierter Verfahren, z. B. standardisierter

Schemata (Assessmentinstrumente) sowie Bestimmung der notwendigen pflegerischen Unterstützung.

Der Begriff **Assessment** wird häufig verwendet, um die Einschätzungsphase systematisch zu beschreiben. Ursprünglich wurde der erste Schritt des Pflegeprozesses im Englischen mit Assessment bezeichnet und mit „Einschätzung“ ins Deutsche übersetzt. Inzwischen wird der Begriff Assessment als englischer Fachbegriff direkt verwendet. In diesem Sinn ist Assessment als differenzierte Erfassung bestimmter gesundheitsbezogener Probleme zu begreifen, die als Grundlage der Pflegeplanung dienen.

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

Abb. I/7.6 Die Umsetzung des Pflegeprozesses in der Pflegedokumentation. [M595]

I/7.3.1 Pflegediagnostik

➤ **Pflegediagnostik:** Prozess der Informationssammlung von der ersten Erhebung von Informationen bis zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit anhand einer (oder mehrerer) Pflegediagnose(n).

Dem Erstgespräch mit dem Pflegebedürftigen in der **Pflegediagnostik** kommt eine zentrale Bedeutung zu. Die Strukturierte Informationssammlung bietet eine sinnvolle Unterstützung zur systematischen Erfassung. Weiterhin können Informationen zunächst aus schriftlichen Unterlagen gewonnen werden, die der Pflegebedürftige mit sich führt. Dieser Erstkontakt umfasst neben der Befragung des Pflegebedürftigen auch eine körperliche Untersuchung und, wenn sinnvoll, eine Einbeziehung von Angehörigen und anderen Bezugspersonen (→ Abb. I/7.7).

Viele Informationen werden allerdings erst später zugänglich, wenn sich die Beziehung zu dem Pflegebedürftigen über einen Zeitraum entwickelt hat (Folgegespräch). Außerdem kommen täglich neue Informationen hinzu, z. B. die Reaktion des Pflegebedürftigen auf die angebotene Pflege.

Idealerweise entwickelt sich eine Beziehung und Vertrauensbasis zwischen dem Pflegebedürftigen und den Pflegenden und weitere Informationen aus der Biografie kommen hinzu und vervollständigen so die Pflegeanamnese.

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



Abb. I/7.7 Oft können Altenpflegerinnen eine vollständige Pflegeanamnese und -diagnostik nur mithilfe der Angehörigen erheben. [K333]

Kommen neue Informationen hinzu, überprüfen Altenpflegerinnen, ob die Pflegeplanung auf Grund dieser Informationen geändert werden muss. Die Informationssammlung ist demzufolge nie abgeschlossen, sondern ein kontinuierlicher Prozess.

➤ Die Qualität der **Informationssammlung** ist entscheidend für alle weiteren Schritte des Pflegeprozesses. Stellen sich bei der Durchführung nachfolgender Schritte Umsetzungsprobleme ein, ist dies häufig auf das Fehlen von wichtigen Informationen zurückzuführen.

Altenpflegerinnen nutzen folgende **Informationsquellen**:

- Befragungen des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen z. B. in Form einer Selbsteinschätzung der pflegebedürftigen Person
- Beobachtung des Verhaltens z. B. in der Einrichtung und in seinem sozialen Umfeld
- Spontane Äußerungen des Pflegebedürftigen, seiner Angehörigen oder Mitbewohner und sonstige Gespräche
- Medizinische Diagnosen, Krankengeschichte und Untersuchungsergebnisse
- Pflege- und Überleitungsberichte von anderen Einrichtungen, Krankenhausaufenthalten oder betreuenden ambulanten Pflegediensten
- Teammitglieder und Angehörige anderer therapeutischer Berufe, die Kontakt mit dem Pflegebedürftigen haben, z. B. Sozialer Dienst, Seelsorger, Physiotherapeuten.

Die Informationen lassen sich einteilen nach der Informationsquelle in direkte und indirekte Informationen und nach dem Informationstyp in subjektive und objektive Informationen.

- **Direkt:** Informationen, die vom Pflegebedürftigen selbst erfahrbar sind
- **Indirekt:** Informationen, die nicht direkt vom Pflegebedürftigen kommen, son-

dern z. B. über Krankenakten, Arztbriefe, Pflegeberichte, Überleitungsbogen, Informationen von Angehörigen

- **Subjektiv:** vom Pflegebedürftigen kommunizierte Empfindungen, die schwer oder nicht messbar sind, z. B. Schmerzen, Angst, Wut, Trauer, Übelkeit
- **Objektiv:** messbare Informationen über Vitalfunktionen, z. B. Blutdruck, Puls, Temperatur, Harnmenge, gemessene Risiken (Assessmentinstrumente).

Zur Erfassung der gesamten Lebenssituation des Pflegebedürftigen müssen Informationen aus verschiedenen Bereichen kontinuierlich erhoben werden:

- **Persönliche Daten**, wie Name, Vorname, Alter, Anschrift, Religionszugehörigkeit, Beruf, Wohnort, Versicherung
- **Soziale Situation**, sie beschreiben das aktuelle gesellschaftliche Leben 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 (→ Kap. I/10).

Leitfaden zur Gliederung der Informationssammlung

Pflegetheorien bilden idealerweise die Grundlage einer professionellen Pflege und systematischen Informationssammlung.

In vielen Einrichtungen werden die ABEDL® (→ Kap. I/2.2.2) zur übersichtlichen Gestaltung von Formularen oder

Checklisten verwendet, um den Pflegenden die Sortierung und Dokumentation der gewonnenen Informationen zu erleichtern.

Manche Pflegenden benutzen diese Vorlagen für die Sammlung pflegerelevanter Informationen im Gespräch mit dem Pflegebedürftigen. Dies kann als Gedankenstütze sinnvoll sein, birgt aber die Gefahr eines „Abarbeitens“. Aus diesem Grund überlegen Altenpflegerinnen vor dem Gespräch, ob die Verwendung einer Checkliste bei dem jeweiligen Pflegebedürftigen wirklich angebracht ist und wenn ja, welche Fragen zu stellen sind. So ist es nicht notwendig, einen Pflegebedürftigen, der seine Körperpflege selbstständig vornehmen kann, nach seinen Gewohnheiten beim Waschen zu fragen. Außerdem beschränken Altenpflegerinnen ihre Beobachtungen nicht auf die Checkliste, sondern stellen Fragen, die darüber hinausgehen und beobachten den Pflegebedürftigen während des Gesprächs.

Mit dem Strukturmodell ist eine weitere Möglichkeit zur Gliederung der Informationssammlung geschaffen. In diesem Modell besteht die pflegfachliche Einschätzung aus sechs Themenfeldern (→ Abb. I/7.4):

- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Mobilität und Beweglichkeit
- Krankheitsbezogenen Anforderungen und Belastungen
- Selbstversorgung
- Leben in sozialen Beziehungen
- Haushaltsführung/Wohnen/Häuslichkeit.

Weitere Kernelemente sind die Eigeneinschätzung der pflegebedürftigen Person und die pflegfachliche Risikoeinschätzung anhand einer Matrix. Alle wichtigen Informationen und Formularbeispiel sind auf der Homepage www.ein-step.de hinterlegt.

Assessmentinstrumente und Skalen

In den vergangenen Jahren wurde eine große Zahl von Instrumenten entwickelt, mit deren Hilfe sich die Situation eines Pflegebedürftigen recht genau beschreiben lässt. Systeme wie der **Functional Independence Measure (FIM)** oder der **Barthel-Index** (→ Kap. I/27.2.4) dienen dazu, den Grad der Selbstständigkeit bzw. Abhängigkeit eines Pflegebedürftigen zu beschreiben und einzustufen. Zur Einschätzung des kognitiven Status wird darüber hinaus der Mini-Mental-Status (*MNS*) eingesetzt. Noch komplexer sind Systeme wie das Residence Assessment Instrument (*RAI*) oder Planification

informatisée des soins infirmiers requis (*Plaisir*), die teilweise in der Langzeitpflege und Altenpflege benutzt werden und möglichst genau den Pflegebedarf der Bewohner spiegeln sollen. Die Anwendung von solchen wissenschaftlich entwickelten Instrumenten wird immer mehr zum fachlichen Standard, um eine möglichst stabile Qualität der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf zu gewährleisten sowie die Wirksamkeit von Pflegemaßnahmen messen zu können (→ Kap. I/9). Im Strukturmodell sind für die Risikobereiche Dekubitus, Sturz, Inkontinenz, Schmerz und Ernährung Möglichkeiten zur Ersteinschätzung vorgesehen (Risikomatrix → Abb. I/7.4). Bei Vorliegen eines Risikos werden geeignete Assessmentinstrumente angewendet.

➤ Pflegebedürftig nach dem **Pflegeversicherungsgesetz** (§ 14 SGB XI) sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Die Personen können die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitsbedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen. Maßgeblich sind Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit in den sechs Bereichen (Module):

- Mobilität
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen.

Assessmentinstrumente können sinnvoll angewendet werden, wenn die Anwender mit den Hintergründen vertraut sind. Instrumente können jedoch nicht die Kompetenzen der Altenpflegerinnen ersetzen, die nötig sind, Informationen bei jedem Einzelfall richtig zu verstehen und zu interpretieren. Die Anwendung eines Assessmentinstrumentes muss in Beziehung zum weiteren praktischen Handeln stehen. Nach Durchführung von Pflegemaßnahmen erfolgt eine erneute Einschätzung mithilfe eines Assessmentinstrumentes (Evaluation).

➤ Instrument zur Messung der funktionalen Selbstständigkeit im Alltag: **Functional Independence Measure (FIM)**

Der **FIM** ist ein Assessmentinstrument in der Geriatrie, auf dessen Basis Fähigkeiten der Selbstversorgung bewertet werden können. Es werden 18 Merkmale abgefragt, die in sechs Gruppen aufgeteilt sind. Die sechs Gruppen sind:

- Selbstversorgung
- Kontinenz
- Transfer
- Fortbewegung
- Kommunikation
- Kognitive Fähigkeiten.

Der Grad der Selbstständigkeit, die für die Ausübung dieser Merkmale besteht, wird in sieben Stufen angegeben, die jeweils genau definiert sind.

Das Instrument eignet sich für strukturierte und einheitliche Einschätzungen und lässt damit auch Vergleiche über einen Zeitraum zu (z. B. Schweregrad einer Behinderung, Veränderung im Laufe der Rehabilitation). Bewertet wird nur, was der Pflegebedürftige tatsächlich aus eigenem Antrieb in seiner aktuellen Situation kann, nicht was er mit seiner Motorik theoretisch oder unter anderen äußeren Bedingungen könnte. Somit kann festgestellt werden, welche Fähigkeiten selbst ausgeführt werden können und für welche Aktionen ein bestimmter Bedarf an Hilfe und Pflege besteht. Der FIM dient auch als Instrument zur Unterstützung der Pflegeplanung und Evaluation. Im Vergleich zum Begutachtungsinstrument im SGB XI (→ Kap. III/1) umfasst der FIM deutlich weniger Kriterien, wird jedoch in der Praxis häufig von Therapeuten und Ärzten angewendet.

Formulierung von Pflegediagnosen als Ergebnis der Einschätzungsphase

Aus den gesammelten Informationen werden in einem nächsten Schritt die Gewohnheiten, Fähigkeiten und Pflege- und Hilfebeschreibungen herausgearbeitet. Ein Pflegeproblem besteht, wenn die Selbstständigkeit eines Menschen in einem Lebensbereich eingeschränkt ist, er das Problem nicht selbst lösen kann und das Problem durch pflegerische Maßnahmen kompensiert oder teilweise kompensiert werden kann, z. B. durch Unterstützung, Anleitung oder Übernahme der Tätigkeit.

Das Herausfiltern von relevanten Informationen erfordert ein gründliches und überlegtes Vorgehen der Altenpflegerinnen. Die gewonnenen Informationen werden zu-

nächst sortiert, auf ihre Bedeutung geprüft, dann mit anderen Informationen verglichen und in Beziehung gesetzt und schließlich interpretiert.

Am Ende dieses diagnostischen Prozesses steht die abschließende Gesamtbeurteilung, um welche zentralen Pflegeprobleme – wenn denn welche vorhanden sind – es sich im vorliegenden Fall handelt. Die Altenpflegerinnen halten diese stichwortartig, aber für alle Mitglieder des Teams verständlich im Dokumentationssystem fest und führen, wenn möglich, auch die Ursachen an. So kann z. B. ein Flüssigkeitsdefizit ganz verschiedene Ursachen haben, etwa Verletzungen der Hand, Erbrechen oder Demenz, und deshalb ganz unterschiedliche Handlungen erforderlich machen.

Die Dokumentation eines Pflegeproblems kann auch standardisiert in Form einer Pflegegediagnose (→ Kap. I/9) erfolgen.

I/7.3.2 Pflegetherapie

Unter **Pflegetherapie** wird in diesem Buch die Formulierung der Ziele sowie die Planung und Durchführung der pflegerischen Maßnahmen verstanden. Therapie umfasst nach diesem Verständnis die systematische Planung von Pflege als Basis für alle pflegerischen Maßnahmen.

Pflegeplanung

Unter **Pflegeplanung** versteht man die konsequente und zielgerichtete Planung, Durchführung und Bewertung von Pflege. Sie ist die gemeinsame Grundlage der Altenpflegerinnen für eine strukturierte Arbeitsweise und dient als ein zentrales Instrument der Qualitätssicherung. Das Ergebnis einer Pflegeplanung ist der schriftliche Pflegeplan, in dem alle wesentlichen Pflege- und Unterstützungsaufgaben sowie die Ressourcen übersichtlich dargestellt sind.

➤ Die Pflegeplanung dient zur Organisation der Pflege und ist Teil des Pflegeprozesses in der professionellen Pflege.

Die Pflegeplanung wird z. B. von einer Altenpflegerin, der Bezugspflegerin oder der Wohnbereichsleitung erstellt. Eine Einbindung der anderen Fachdisziplinen (z. B. Ärzte, Physiotherapeuten) geschieht häufig im Rahmen von (Pflege-)Visiten oder Fallbesprechungen und ermöglicht eine bewohnerorientierte multiprofessionelle Betreuung. ■■5 ■■6

Formulierung von Zielen

➤ **Pflegeziele:** Auf die Zukunft gerichtete konkrete Vorstellungen, die eine Veränderung der Lebenssituation eines Pflegebedürftigen beschreiben. Sie definieren ein realistisches, erreichbares und überprüfbares Pflegeergebnis. Leitmotiv und übergeordnetes Ziel in der Versorgung von alten Menschen ist der Erhalt ihrer Selbstständigkeit, ihrer Selbstbestimmung und Teilhabe am sozialen Leben. Im EinSTEP-Modell ist keine gesonderte Festlegung von Pflegezielen vorgesehen. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Ziele aus der Maßnahmenplanung und durch den Abgleich mit den Wünschen der pflegebedürftigen Person ableiten (→ Kap. I/9).

Die **Pflegeziele** können vom Pflegebedürftigen selbst, in Zusammenarbeit mit den Angehörigen oder von den Pflegenden formuliert werden. Die formulierten Ziele sollten nach Möglichkeit zwischen den Beteiligten ausgehandelt werden. Bereiche, auf die sich Pflegeziele beziehen, sind z. B.:

- **Körperlicher Zustand** des Pflegebedürftigen (z. B. hat intakte Haut; Wunddurchmesser ist bis zum ... reduziert um 1 cm)
- **Messbare Veränderungen** (mittels Assessmentinstrumenten, z. B. Nutri-Risiko-Assessment, feststellbar)
- **Fähigkeiten** des Pflegebedürftigen (z. B. kann Transfer aus dem Bett selbstständig durchführen, kann Gesicht und Oberkörper selbst waschen)
- **Wissen** des Pflegebedürftigen (z. B. kennt die Wirkung des Insulins, erkennt die Zeichen einer Hypoglykämie)
- **Verhalten** und der **Entwicklungsprozess** des Pflegebedürftigen (z. B. kann Ängste vor der Pflegeabhängigkeit äußern, akzeptiert die mehrmals am Tage durchzuführenden Blutzuckerkontrollen)
- **Wollen** (Adhärenz = Einhaltung gemeinsamer Therapieziele) des Pflegebedürftigen (z. B. ist bereit 1,5 Liter am Tag zu trinken).

Um später überprüfen zu können, ob der Pflegebedürftige die **Pflegeziele** tatsächlich erreicht hat, werden diese genau festgelegt.

Ein korrekt formuliertes Pflegeziel genügt folgenden Anforderungen:

- **Passend.** Es ist auf ein Problem bezogen
- **Bewohnerorientiert** und **realistisch.** Es ist für diesen Pflegebedürftigen tatsächlich erreichbar
- **Positiv.** Es legt fest, was erreicht und nicht, was vermieden werden soll

- **Überprüfbar.** Es enthält eine Zeitangabe, bis wann es erreicht sein soll, und darüber hinaus eine präzise Beschreibung des bis dahin erreichten Zustands, der bis dahin erreichten Verfassung oder der vom Pflegebedürftigen auszuübenden Tätigkeit.

➤ „Herr S. geht in zwei Wochen (konkretes Datum benennen) in Begleitung zur Toilette.“

„Frau K. injiziert sich in fünf Tagen selbstständig Insulin s. c.“

Es darf dabei nicht stören, dass z. B. Herr S. im Moment noch mit dem Rollstuhl zur Toilette gefahren wurde oder dass Frau K. noch zur s. c.-Injektion angeleitet wird und sie noch nicht selbstständig ausführt. Es handelt sich ja um Ziele und nicht um Eintragungen in den Pflegebericht, in dem Tatsächliches festgehalten wird. Die Tatsache, dass diese Ziele noch nicht erreicht sind, wird durch die Eintragung an der im Dokumentationssystem für Ziele vorgesehenen Stelle zum Ausdruck gebracht. Hilfsverben wie „sollen“, „müssen“ oder „können“ sind nicht notwendig.

Schlagwörter wie „größtmögliche Selbstständigkeit“ oder „baldige eigenständige Versorgung“ gelten im Prinzip für alle Pflegebedürftigen und können die Aufgabe einer Zielbeschreibung, nämlich die Auswahl geeigneter Maßnahmen zu erleichtern und den Pflegebedürftigen zu motivieren, nicht erfüllen.

In Abhängigkeit vom Pflegeziel verständigen sich Altenpflegerinnen mit den Pflegebedürftigen dann über entsprechende Pflegemaßnahmen.

Pflegeziele haben einen prozesshaften Charakter, d. h. sie werden regelmäßig aktualisiert. Dabei spielt die Umsetzung der Pflegeplanung eine wichtige Rolle.

Pflegeziele können in Bezug zur Lebenssituation eines Pflegebedürftigen unterschieden werden in:

- **Fördernde Ziele**
- **Präventive (vorbeugende) Ziele**
- **Kurative (heilende) Ziele**
- **Rehabilitative (wiederherstellende) Ziele**
- **Palliative (erleichternde) Ziele.**

Planung der Pflegemaßnahmen

➤ **Pflegemaßnahmen (Pflegeinterventionen):** Tätigkeiten, die dem Erreichen der Pflegeziele dienen. Art und Zeitpunkt der Pflegemaßnahmen sind in der Pflegeplanung festzulegen. Pflegemaßnahmen werden nach der Festlegung der angestrebten Pflegeziele geplant.

Gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen und ggf. seinen Bezugspersonen werden konkrete **Pflegemaßnahmen** vereinbart. Die Planung erfolgt insbesondere bei Menschen mit Demenz in enger Abstimmung mit den Bezugspersonen und den Betreuern (→ Abb. I/7.8).

Die zwischen Pflegebedürftigem und Altenpflegerinnen besprochenen Pflegemaßnahmen werden konkret als Antwort auf folgende W-Fragen formuliert: „**Wer macht wann, was, wie, womit?**“ Die Formulierung ist so knapp wie möglich und so ausführlich wie nötig.

Pflegemaßnahmen können entweder individuell für jede Pflegesituation formuliert oder mithilfe eines vorhandenen Pflegestandards geplant, durchgeführt und dokumentiert werden. Im EinSTEP-Modell wird darüber hinaus vorgeschlagen, Tagesstrukturpläne aufzustellen. Im **Tagesstrukturplan** werden notwendige Maßnahmen handlungsleitend geplant. Im Folgenden werden nur noch die Abweichungen von diesem Plan dokumentiert. Einzelleistungsnachweise sind nicht nötig, sofern die Tagesroutine erhalten bleibt (→ Kap. I/11.4).

Die Einflussfaktoren auf die individuelle Maßnahmenplanung auf der Grundlage des Verständigungsprozesses sind:

- Berücksichtigung von Wünschen der pflegebedürftigen Person
- Maßnahmen des Risikomanagements und der Beobachtung
- Maßnahmen der Behandlungspflege
- Psychosoziale Betreuung und zusätzliche Betreuungsleistungen
- Regelmäßig wiederkehrende Abläufe der grundpflegerischen und ggf. hauswirtschaftlichen Versorgung (ambulant).

Ein **Pflegestandard** ist eine präzise Auseinandersetzung in der die Maßstäbe für das pflegerische Handeln beschrieben sind. Mit einem



Abb. I/7.8 Pflegeplanung durch ein Team erhöht die Pflegekompetenz. Der Austausch von Meinungen und Erfahrungen erleichtert es allen Beteiligten, die ausgehandelten oder mit dem Pflegebedürftigen vereinbarten Ziele und Maßnahmen zu akzeptieren. [0408]

Pflegestandards werden die Qualität, die Art und der Umfang pflegerischer Handlungen festgelegt. Die Inhalte der Pflegestandards basieren auf Forschungsergebnissen und bedürfen der laufenden Aktualisierung (→ Kap. III/7.2.2).

(In den vergangenen Jahren wurden zunehmend nationale Expertenstandards entwickelt, die eine wichtige Grundlage zur Ausgestaltung der einrichtungsinternen Pflegestandards bilden.)

➤ Altenpflegerinnen treffen ihre Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Pflegemaßnahme auf Grund ihrer Erfahrung und Intuition sowie unter Berücksichtigung des aktuellen pflegerischen Wissens. Dieses können sie z. B. aus Pflegediagnosen (→ Kap. I/9) ableiten, in denen die Begründungen für die Auswahl der Pflegemaßnahmen enthalten sind.

Eine Überprüfung, ob die Maßnahmen eindeutig und präzise formuliert sind, sollte regelmäßig stattfinden, z. B. im Rahmen einer Pflegevisite. Floskeln und Redewendungen wie „psychische Betreuung“ oder „Angst nehmen“ erfüllen die Kriterien einer eindeutig formulierten Maßnahme ebenso wenig wie „man sollte den Seelsorger rufen“ oder „versuchen, auf Frau B. einzuwirken“. Besser sind Aussagen wie „Herrn Z. zu den Mahlzeiten an den Tisch setzen“ oder „Die Wohnbereichsleitung motiviert die Bewohnerin für ein Vollbad am Dienstag.“

Kategorien der Pflegemaßnahmen

Pflegemaßnahmen werden im Sinne von Monika Krohwinkel „physisch-funktionalen“ (unterstützenden) oder „willentlich-emotionalen“ (lehrenden) Dimensionen zugeordnet.

Die **physisch-funktionale Dimension** beschreibt Methoden und Hilfsmittel der Pflegenden und hinterfragt die Auswirkungen auf den Pflegebedürftigen. Die Methode des **unterstützenden Pflegehandelns** drückt sich aus in der Beaufsichtigung, teilweiser Übernahme oder vollständiger Übernahme von Tätigkeiten.

- **Beaufsichtigung** meint, dass die Tätigkeit vom Pflegebedürftigen selbstständig durchgeführt wird, er aber durch Altenpflegerinnen beobachtet wird, die jederzeit auch eingreifen können, um Schaden abzuwenden
- **Teilweise Übernahme** ist gekennzeichnet durch die Unterstützung der Tätig-



Abb. I/7.9 Bei der „vollständigen Übernahme“ führen Altenpflegerinnen eine Handlung ohne aktive Beteiligung des Pflegebedürftigen aus. [K115]

keiten des Pflegebedürftigen, z. B. wenn sich ein alter Mensch Gesicht und Oberkörper selbstständig waschen kann, aber Unterstützung bei der Reinigung im Intimbereich benötigt

- **Vollständige Übernahme** von Tätigkeiten beschreibt die umfassende Übernahme von Tätigkeiten, z. B. die Haarwäsche bei einem bettlägerigen alten Menschen (→ Abb. I/7.9).

Die **willentlich-emotionale Dimension** greift den pädagogisch-psychologischen Aspekt des pflegerischen Handelns im Hinblick auf Förderung von Selbstwertgefühl, Hoffnung und Ermutigung im Zusammenhang mit Unabhängigkeit und Wohlbefinden auf. Dieses „befähigende“ Pflegehandeln zeigt sich in Information, Beratung, Anleitung und Motivation.

- **Information (I)** umfasst z. B. Möglichkeiten, wie Pflegebedürftige vor Verletzungen bei erhöhter Blutungsneigung durch angepasstes Verhalten geschützt werden können
- **Beratung (B)** bezieht sich z. B. auf den Einsatz von Hilfsmitteln bei Bewegungseinschränkung
- **Motivation (M)** lenkt die Aufmerksamkeit des Pflegebedürftigen z. B. auf die Teilnahme an Beschäftigungsangeboten in einer Altenpflegeeinrichtung
- **Anleitung (A)** schließt Beratung des Pflegebedürftigen oder seiner Bezugspersonen ein, z. B. das Aufstehen aus dem Bett für einen Menschen mit rechtsseitiger Parese nach Schlaganfall. Hier gilt es aufzuklären, zu üben und auch den Hilfsmitelesatz zu prüfen.

Diese beiden Dimensionen, das befähigende und das unterstützende Pflegehandeln,

spiegeln sich idealtypisch im Pflegeverhalten. ■■7 ■■8 ■■9

Die Maßnahmenplanung im Rahmen des Strukturmodells unterscheidet sich grundlegend von der bisherigen Praxis. Diese neue Form kann zur Übersichtlichkeit und damit zur Akzeptanz im Alltag beitragen und bindet sich nahtlos in die Erkenntnisse aus der SIS ein. Die Planung umfasst jetzt diejenigen Maßnahmen, die sich als Erkenntnisse aus Erst- und Folgegesprächen in Verbindung mit den wissenschaftsbasierten Themenfeldern und dem sechsten Themenfeld, unter Einbezug der Matrix zur Erfassung der Risiko- und Pflegephänomene und der Abstimmung zu den Sichtweisen, Bedürfnisse und Vorgaben der pflegebedürftigen Person aus der SIS ergeben.

➤ Irrtümlicherweise wird häufig angenommen, dass auch die vom Arzt angeordneten Maßnahmen (z. B. das Verabreichen von Injektionen oder das Anlegen eines Verbands) in den Pflegeplan einbezogen werden müssten.

Beim Verständnis der Pflegeplanung als **Planungsinstrument der Pflege** kann das aber nicht sein, da die Pflegenden hier ja keinen Entscheidungsspielraum haben. Sie führen die vom Arzt angeordneten Maßnahmen trotzdem selbstverständlich genauso gewissenhaft aus wie die von ihnen selbst geplanten Interventionen und dokumentieren die Durchführung auf dem Durchführungskontrollblatt (→ Abb. I/7.3).

Altenpflegerinnen haben ein individuelles Verständnis davon, was sie unter guter Pflege verstehen. Ihre eigenen Erfahrungen aus der Pflegepraxis spielen dabei eine Rolle, dürfen aber nicht unkritisch für jeden pflegebedürftigen Menschen übernommen werden. Es ist sinnvoll, die Pflegeplanung im Pflegeteam gemeinsam zu erstellen und zu bewerten.

I/7.3.3 Durchführung der Pflegemaßnahmen

➤ Nach Festlegung von Zielen und Pflegemaßnahmen führen Altenpflegerinnen die entsprechenden Pflegehandlungen durch. Zur korrekten Durchführung können die Richtlinien in den Pflegestandards zu Hilfe genommen werden. Wird eine Pflegemaßnahme durchgeführt, ist immer das aktuelle Befinden des Pflegebedürftigen zu berücksichtigen und die Pflegemaßnahme ggf. anzupassen.

S Fallbeispiel Stationär, Teil III, Variante 1

Pflegeplanung im Sinne des Pflegeprozesses zum Fallbeispiel von Botho Rilling

Pflegediagnostik	Pflegetherapie		Pflegeevaluation
	Ziele festlegen	Maßnahmen planen	
Altenpflegerin Hermine Brauer hat im Erstgespräch folgende Pflegeprobleme und Ressourcen herausgearbeitet, die sich an den ABEDL® von Krohwinkel orientieren. Sie kann folgende Pflegediagnosen stellen:	Frau Brauer hat mit Botho Rilling folgende Pflegeziele nach den ABEDL® von Krohwinkel herausgearbeitet:	Frau Brauer formuliert die Pflegeplanung für die ersten vier Wochen und bespricht diese mit dem Pflegebedürftigen und mit dem Pflegeteam. Folgende Maßnahmen hat sie geplant:	Herr Rilling und Frau Brauer führen nach vier Wochen ein erstes Auswertungsgespräch, in dem sie besprechen, ob die einzelnen Pflegeziele erreicht wurden. Folgende Informationen ergaben sich aus dem Gespräch: Folgende Ergebnisse können nach vier Wochen festgehalten werden:
Kommunizieren			
<ul style="list-style-type: none"> Sprachschwierigkeiten nach einem Schlaganfall Pflegediagnose: <ul style="list-style-type: none"> Beeinträchtigte verbale Kommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> Kann besser sprechen Aussprache ist verständlich 	<ul style="list-style-type: none"> Logopädin: montags und donnerstags von 10–11 Uhr Dreimal täglich Schluck- und Sprechtraining durch das Pflegeteam 	<ul style="list-style-type: none"> Die Rückmeldungen der Logopädin sind positiv, die Schluck- und Sprechbewegungen erfolgen koordinierter. Herr Rilling benötigt weitere Behandlung. Herr Rilling übt regelmäßig das Sprechen mit den Altenpflegern. Die Aussprache ist zwar noch unklar, aber relativ verständlich Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> Kann besser sprechen Aussprache ist verständlich
Sich bewegen			
<ul style="list-style-type: none"> Begrenzter Bewegungsumfang und Gleichgewichtsstörungen aufgrund einer Halbseitenlähmung links Pflegediagnose: <ul style="list-style-type: none"> Beeinträchtigte körperliche Mobilität 	<ul style="list-style-type: none"> Hält das Gleichgewicht beim Stehen Kennt den Sinn und Zweck der rehabilitierenden Pflege nach Bobath 	<ul style="list-style-type: none"> Dreimal täglich Mobilitätsübungen unter kinästhetischen Aspekten Erklärung und Beratung bezüglich des Bobath- und Kinästhetikkonzepts täglich 	<ul style="list-style-type: none"> Das Gleichgewicht bei der Mobilisierung zwischen Stuhl und Bett zu halten, fällt Herrn Rilling noch schwer. Hierzu braucht er noch regelmäßige Unterstützung. Herr Rilling ist motiviert und zeigt sich im Rahmen der rehabilitierenden Pflege sehr kooperativ Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> Noch kein Gleichgewicht beim Stehen Kennt den Sinn und Zweck einer rehabilitierenden Pflege nach Bobath
Vitale Funktionen aufrecht erhalten			
<ul style="list-style-type: none"> Kein Pflegeproblem vorhanden 			
Sich pflegen			
<ul style="list-style-type: none"> Kann sich nicht selbstständig waschen Pflegediagnose: <ul style="list-style-type: none"> Selbstversorgungsdefizit Körperpflege durch Hemiparese 	<ul style="list-style-type: none"> Kann sich Gesicht und Oberkörper selbst waschen 	<ul style="list-style-type: none"> Anleitung zur Körperpflege nach Standard: Körperpflege Hemiparese 	<ul style="list-style-type: none"> Kann sich noch nicht selbstständig pflegen, braucht Anleitung und teilweise Unterstützung Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> Kann sich Gesicht und Oberkörper selbst waschen
Sich kleiden			
<ul style="list-style-type: none"> Kann die Kleidungsstücke nicht selbstständig wechseln Pflegediagnose: <ul style="list-style-type: none"> Selbstversorgungsdefizit Kleiden 	<ul style="list-style-type: none"> Kleidet Oberkörper selbstständig an Bestimmt selbstständig die Kleiderauswahl 	<ul style="list-style-type: none"> Anziehtraining nach Standard 	<ul style="list-style-type: none"> Ärgert sich, dass er den Arm nicht durch den Ärmel bekommt Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> Benötigt noch Unterstützung
Ausscheiden			
<ul style="list-style-type: none"> Kann Toilette nicht selbstständig benutzen Pflegediagnose: <ul style="list-style-type: none"> Selbstversorgungsdefizit Toilettenbenutzung 	<ul style="list-style-type: none"> Kann Toilettengang eigenständig durchführen 	<ul style="list-style-type: none"> Unterstützung und Anleitung beim Transfer vom Rollstuhl zur Toilette 	<ul style="list-style-type: none"> Herr Rilling findet sich in der Behindertentoilette zurecht Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> Gleichgewicht reicht aus für Sitzen auf der Toilette. Transfer ist nur mit Unterstützung möglich Teil-Unterstützung bei Hygienemaßnahmen

Pflegediagnostik	Pflegetherapie		Pflegeevaluation
	Ziele festlegen	Maßnahmen planen	
Essen und Trinken			
<ul style="list-style-type: none"> • Essen bleibt in der Mundhöhle, Husten, Verschlucken Pflegediagnose: <ul style="list-style-type: none"> • Schluckstörung 	<ul style="list-style-type: none"> • Kann feste und flüssige Nahrung vom Mund zum Magen befördern • Körpergewicht bleibt stabil • Nimmt die Mahlzeiten in der Wohngruppe ein 	<ul style="list-style-type: none"> • Mahlzeiten so vorbereiten, dass Herr Rilling sie mit der rechten Hand essen kann • Zum richtigen Umgang mit einem rutschfesten Brett anleiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Essen schmeckt Herrn Rilling sehr gut. Er verschluckt sich nicht mehr so häufig. • Herr Rilling kann selbstständig mit der rechten Hand essen. Er benötigt weiterhin Unterstützung im Umgang mit dem rutschfesten Brett • Herr Rilling hat zwei Kilo zugenommen Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> • Gewichtszunahme erreicht • Kann zum Essen in der Wohngruppe motiviert werden und entscheidet bei jeder Mahlzeit erneut, wo er essen möchte • Noch keinen sicheren Umgang mit rutschfestem Brett. Beratung mit Ergotherapie planen
Ruhen, Schlafen, sich entspannen			
<ul style="list-style-type: none"> • Kein Pflegeproblem vorhanden 			
Sich beschäftigen, Lernen, sich entwickeln			
<ul style="list-style-type: none"> • Beschäftigungsdefizit 	<ul style="list-style-type: none"> • Findet eine sinnvolle Beschäftigung in neuer Umgebung • Hält sich auch in der Wohngruppe auf 	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an folgenden Freizeitaktivitäten der Einrichtung vorschlagen: Seniorentreffs (mit Musik, Gesang, Vorträgen) mittwochs um 16 Uhr, Ausflüge samstags um 10 Uhr • Eine ehrenamtliche Person finden, die die Gottesdienstbegleitung am Sonntag übernimmt 	<ul style="list-style-type: none"> • Hat erste Kontakte mit anderen Bewohnern geknüpft. Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> • Nimmt an dem Singkreis teil und singt gern Kirchenlieder • Gottesdienstbegleitung durch Ehrenamtliche ist noch nicht fest geplant
Die eigene Sexualität leben			
<ul style="list-style-type: none"> • Kein Pflegeproblem vorhanden 			
Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen			
<ul style="list-style-type: none"> • Wirkt zurückgezogen und deprimiert, trauert seiner eigenen Wohnung nach Pflegediagnose: <ul style="list-style-type: none"> • Ortswechselbedingtes Stresssyndrom 	<ul style="list-style-type: none"> • Fühlt sich in der Einrichtung sicher 	<ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen siehe Einzugskonzeption 	<ul style="list-style-type: none"> • Herr Rilling kennt die Räumlichkeiten und den Tagesablauf sehr gut, kann über den Verlust seiner eigenen Wohnung sprechen Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> • Beginnt, sich mit seiner neuen Situation abzufinden
Soziale Kontakte und Beziehungen aufrecht erhalten können			
Ressource: <ul style="list-style-type: none"> • Spiritualität: Möchte regelmäßig die Kirche besuchen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kann einmal wöchentlich die Kirche besuchen • Erhält Kontakt zum zuständigen Seelsorger 	<ul style="list-style-type: none"> • Begleitung zum sonntäglichen Kirchenbesuch • Information über neuen Bewohner an den zuständigen Seelsorger weitergeben 	<ul style="list-style-type: none"> • Herr Rilling nimmt gern und regelmäßig an den Freizeitaktivitäten teil • Die Ausflüge am Samstag hat Herr Rilling bisher abgesagt, weil er samstags immer Besuch von seinem Nefen bekommt Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> • Kann einmal wöchentlich die Kirche besuchen
Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln können			
Kein Pflegeproblem vorhanden			

S Fallbeispiel Stationär, Teil III, Variante 2

Pflegeplanung im Sinne des Pflegeprozesses nach dem Strukturmodell zum Fallbeispiel von Botho Rilling

Strukturierte Informationssammlung	Pflegetherapie/Maßnahmenplanung	Evaluation
Altenpflegerin Hermine Brauer hat im Erstgespräch folgende Pflegeprobleme und Ressourcen herausgearbeitet, die sich an den Themenfelder der Strukturierten Informationssammlung (SIS) und Risikoeinschätzung orientieren	Frau Brauer formuliert die Maßnahmenplanung für die ersten vier Wochen und bespricht diese mit dem Pflegebedürftigen und mit dem Pflegeteam. Folgende Maßnahmen hat sie geplant:	Herr Rilling und Frau Brauer führen nach vier Wochen ein erstes Auswertungsgespräch, in dem sie besprechen, ob die einzelnen Pflegemaßnahmen erfolgreich waren. Folgende Informationen ergaben sich aus dem Gespräch. Folgende Ergebnisse können nach vier Wochen festgehalten werden.
Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?		
Herr Rilling hat sich schweren Herzens entschieden, in das „Seniorenzentrum Maxeberg“ zu ziehen. In letzter Zeit ist es ihm zunehmend schwer gefallen, sich selbst zuhause zu versorgen. Heute fällt Herrn Rilling der Abschied von seinem Haus noch sehr schwer. Er hofft, dass er sich in seinem Zimmer und dem neuen Zuhause bald zurecht findet. Er wünscht sich eine verlässliche Ansprechpartnerin und dass er bald Kontakt zu den anderen Bewohnern bekommt. Er bittet darum, dass sein Neffe umgehend über den Umzug informiert wird und dass die defekte Bremse an seinem Rollstuhl bald repariert wird.		
Themenfeld 1: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten		
Sprachschwierigkeiten nach einem Schlaganfall Pflegeproblem: <ul style="list-style-type: none"> Beeinträchtigte verbale Kommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> Logopädin: montags und donnerstags von 10–11 Uhr Dreimal täglich Schluck- und Sprechtraining durch das Pflegeteam 	<ul style="list-style-type: none"> Die Rückmeldungen der Logopädin sind positiv, die Schluck- und Sprechbewegungen erfolgen koordinierter. Herr Rilling benötigt weitere Behandlung Herr Rilling übt regelmäßig das Sprechen mit den Altenpflegerinnen. Die Aussprache ist zwar noch unklar, aber relativ verständlich Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> Kann besser sprechen Aussprache ist verständlich
Themenfeld 2: Mobilität und Beweglichkeit		
<ul style="list-style-type: none"> Begrenzter Bewegungsumfang und Gleichgewichtsstörungen aufgrund einer Halbseitenlähmung links Pflegeproblem: <ul style="list-style-type: none"> Beeinträchtigte körperliche Mobilität 	<ul style="list-style-type: none"> Dreimal täglich Mobilitätsübungen unter kinästhetischen Aspekten Erklärung und Beratung bezüglich der Bobath- und Kinästhetikkonzepte täglich 	<ul style="list-style-type: none"> Das Gleichgewicht bei der Mobilisierung zwischen Stuhl und Bett zu halten, fällt Herrn Rilling noch schwer. Hierzu braucht er noch regelmäßige Unterstützung. Herr Rilling ist motiviert und zeigt sich im Rahmen der rehabilitierenden Pflege sehr kooperativ Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> Noch kein Gleichgewicht beim Stehen Kennt den Sinn und Zweck einer rehabilitierenden Pflege nach Bobath
Themenfeld 3: Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen		
<ul style="list-style-type: none"> Kein Pflegeproblem vorhanden Herr Rilling nimmt seine Medikamente selbstständig 	<ul style="list-style-type: none"> Vitalzeichenkontrollen auf Anordnung des Arztes 	
Themenfeld 4: Selbstversorgung		
<ul style="list-style-type: none"> Kann sich nicht selbstständig waschen Pflegeproblem: <ul style="list-style-type: none"> Selbstversorgungsdefizit Körperpflege durch Hemiparese Kann die Kleidungsstücke nicht selbstständig wechseln Pflegeproblem <ul style="list-style-type: none"> Selbstversorgungsdefizit sich Kleiden Kann Toilette nicht selbstständig benutzen Selbstversorgungsdefizit Toilettenbenutzung Essen bleibt in der Mundhöhle, Husten, Verschlucken Pflegeproblem: <ul style="list-style-type: none"> Schluckstörung 	<ul style="list-style-type: none"> Anleitung zur Körperpflege nach Standard „Körperpflege Hemiparese“ Anziehtraining nach Standard Unterstützung und Anleitung beim Transfer vom Rollstuhl zur Toilette Mahlzeiten so vorbereiten, dass Herr Rilling sie mit der rechten Hand essen kann Zum richtigen Umgang mit einem rutschfesten Brett anleiten 	<ul style="list-style-type: none"> Kann sich noch nicht selbstständig pflegen, braucht Anleitung und teilweise Unterstützung Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> Kann sich Gesicht und Oberkörper selbst waschen Ärgert sich, dass er den Arm nicht durch den Ärmel bekommt, Benötigt noch Unterstützung Herr Rilling findet sich in der Behindertentoilette zurecht Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> Gleichgewicht reicht aus für Sitzen auf der Toilette Transfer ist nur mit Unterstützung möglich Teil-Unterstützung bei Hygienemaßnahmen Das Essen schmeckt Herrn Rilling sehr gut. Er verschluckt sich nicht mehr so häufig Herr Rilling kann selbstständig mit der rechten Hand essen. Er benötigt weiterhin Unterstützung im Umgang mit dem rutschfesten Brett Herr Rilling hat zwei Kilo zugenommen Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> Gewichtszunahme erreicht Kann zum Essen in der Wohngruppe motiviert werden und entscheidet bei jeder Mahlzeit erneut, wo er essen möchte Noch keinen sicheren Umgang mit rutschfestem Brett. Beratung mit Ergotherapie planen

Strukturierte Informationssammlung	Pflege therapie/Maßnahmenplanung	Evaluation
Themenfeld 5: Leben in sozialen Beziehungen		
<ul style="list-style-type: none"> • Hat Sorge, dass es ihm langweilig wird, er weiß nicht so recht, mit was er sich beschäftigen könnte <p>Pflegeproblem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschäftigungsdefizit <p>Ressource:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spiritualität: Möchte regelmäßig den Gottesdienst besuchen 	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an folgenden Freizeitaktivitäten der Einrichtung vorschlagen: Seniorentreffs (mit Musik, Gesang, Vorträgen) mittwochs um 16 Uhr, Ausflüge samstags um 10 Uhr • Begleitung zum sonntäglichen Kirchenbesuch • Information über neuen Bewohner an den zuständigen Seelsorger weitergeben 	<ul style="list-style-type: none"> • Hat erste Kontakte mit anderen Bewohnern geknüpft. <p>Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nimmt an dem Singkreis teil und singt gern Kirchenlieder • Gottesdienstbegleitung durch Ehrenamtliche ist noch nicht fest geplant • Herr Rilling nimmt gern und regelmäßig an den Freizeitaktivitäten teil • Die Ausflüge am Samstag hat Herr Rilling bisher abgesagt, weil er samstags immer Besuch von seinem Neffen bekommt <p>Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kann einmal wöchentlich die Kirche besuchen
Themenfeld 6: Wohnen und Häuslichkeit		
<ul style="list-style-type: none"> • Wirkt zurückgezogen und deprimiert, trauert seiner eigenen Wohnung nach <p>Pflegeproblem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ortswechselbedingtes Stresssyndrom 	<ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen (siehe Einzugskonzeption) 	<ul style="list-style-type: none"> • Herr Rilling kennt die Räumlichkeiten und den Tagesablauf sehr gut, kann über den Verlust seiner eigenen Wohnung sprechen <p>Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beginnt, sich mit seiner neuen Situation abzufinden
Zur Pflegeplanung nach dem Strukturmodell gehört immer das Ausfüllen der Risikomatrix (→ Abb. I/7.4). Dabei sind alle Felder anzukreuzen, entweder mit „ja“ oder „nein“, um Eindeutigkeit herzustellen.		

Das Strukturmodell macht keine Vorgaben zum konkreten Aufbau des Maßnahmenplans. Es dient der Übersichtlichkeit und schnellen Orientierung zu individuellen Maßnahmen aus den Erkenntnissen der SIS. Für die Strukturierung der stationären Maßnahmenplanung haben sich inzwischen drei Varianten herausgebildet.

- **Maßnahmenplanung nach Themenfeldern kompakt:** Die individuellen Wünsche und Vorlieben der Pflegebedürftigen sind in der individuellen Tagestrukturierung als eine „Grundbotschaft“ vorangestellt. Die alltäglichen pflegerischen Handlungen und Betreuungsangebote strukturieren sich gemäß den Themenfeldern. Hierzu zählen auch eventuelle Prophylaxen, die in den Ablauf der pflegerischen Handlung eingebunden sind. Maßnahmen der Behandlungspflege sind gesondert aufgeführt
- **Maßnahmenplanung nach Tagesstruktur kompakt:** Der gesamte Tagesablauf wird mit den alltäglichen pflegerischen Handlungen und Betreuungsangeboten in der zeitlichen Reihenfolge für 24 Stunden einmal beschreiben. Individuelle Festlegungen der Leistungserbringung zu gewünschten Zeitpunkten und Maßnahmen der Behandlungspflege sowie eventuelle Prophylaxen sind integriert
- **Maßnahmenplanung nach Tagesstruktur rational:** Voranstellen der individuellen Wünsche und eine ausführliche Beschreibung der 24-Stunden-Versorgung, wobei regelhaft wiederkehrende pflegerische Handlungen der Pflege im Tagesablauf nur einmal beschrieben werden und in der Folge durch ein Kürzel im weite-

ren Tagesverlauf gekennzeichnet werden. Individuelle Festlegung der Leistungserbringung zu gewünschten Zeitpunkten und Maßnahmen der Behandlungspflege sowie eventuelle Prophylaxen sind integriert.

Die Struktur der **Maßnahmenplanung** im ambulanten Bereich orientiert sich an den Rahmenbedingungen der häuslichen Versorgung und an Art und Umfang der individuell vereinbarten Leistungen (gemäß dem abgeschlossenen Pflegevertrag). Eine Strukturierung nach individuell ausgestalteten Leistungskomplexen in Kombination mit den Themenfeldern der SIS erweist sich als brauchbar.

Eine möglichst große Flexibilität seitens des Dokumentationssystems ist wünschenswert, damit die Einrichtungen im Rahmen eines Lernprozesses die für sie optimale Lösung finden können.

Kontinuität als Qualitätsmerkmal

Um Pflege und Betreuung anbieten und kontinuierlich durchführen zu können, sind die Maßnahmen mit allen Bezugspersonen zu besprechen und der Sinn des Vorgehens zu verdeutlichen und von allen zu akzeptieren.

Es geht nicht darum, Leistungen oder Maßnahmen gegen den Willen des Pflegebedürftigen durchzuführen. Lehnt ein Pflegebedürftiger eine Pflegemaßnahme ab, sollte diese Entscheidung dokumentiert werden. Das Team hinterfragt, wieso der Betroffene die Pflegemaßnahme ablehnt und sucht nach Alternativen.

➤ Altenpflegerinnen dokumentieren die erbrachten Leistungen (mit ihrem Handzeichen) nach den Regeln des Medizinischen Diensts der Spitzenverbände (MDS) zeitnah (→ Kap. I/11).

Die Durchführung der Pflegemaßnahmen sollte getragen sein von Wärme, Akzeptanz, Einfühlungsvermögen (*Empathie*) und Respekt. Diese Einstellungen unterstützen eine konstruktive Pflegebeziehung. Emotionale Unsicherheiten, Nichtachtung, Ablehnung und mangelnder Respekt gegenüber dem Pflegebedürftigen können sich negativ auf die Pflegebeziehung auswirken.

Die praktische Umsetzung der Maßnahmen unterliegt dem Einfluss von Arbeitsbedingungen, Weiterbildungsmöglichkeiten und dem persönlichen Pflegeverständnis der Altenpflegerinnen. Außerdem ist bei Betreuung der Menschen mit Demenz die jeweilige Beziehung zu den Pflegepersonen sehr bedeutsam. Sie entscheidet oft, ob und wie die Pflegemaßnahmen durchgeführt werden können.

➤ Immer-so-Prinzip

Qualitätsmanagement und Pflegemanagement sorgen durch die Festlegung von definierten Leistungsbeschreibungen (z. B. bestimmte pflegerische Maßnahmen) dafür, dass diese festgelegten Grundsätze gelten und nicht noch einmal in der Pflegedokumentation einzeln beschrieben werden müssen. Hierüber sind die Pflege- und Betreuungskräfte informiert und deren Kenntnisnahme davon durch Gegenzeichnung ist im Rahmen der Organisationsverantwortung hinterlegt. Im Qualitätsmanagement

sind die organisatorischen Strukturen und Abläufe sichergestellt.

Das **Immer-so-Prinzip** dient dem Nachweis, dass die grundpflegerischen Elemente in ihrem Ob und Wie beschrieben werden können. Damit kann einem etwaigen Dokumentationsmangel fachlich und organisatorisch begegnet werden.

I/7.3.4 Evaluation

📌 Fallbeispiel Stationär, Teil IV

Nach der erfolgten Auswertung des Pflegeplans gemeinsam mit Botho Rilling wurden neue Pflegeziele für die kommenden vier Wochen formuliert:

- **Kommunikation/Kognition**
 - Die Aussprache ist so deutlich, dass alle Kontaktpersonen Herrn Rilling verstehen
- **Bewegung/Mobilisation**
 - Hält das Gleichgewicht beim Stehen
- **Selbstversorgung**
 - Kann die Intimpflege am Waschbecken selbstständig durchführen
 - Kann sich ohne Hilfe an- und ausziehen
 - Kann ohne Hilfe vom Rollstuhl auf die Toilette und zurück gelangen
 - Kann mit einem rutschfesten Brett während der Nahrungsaufnahme umgehen.

➤ **Evaluation:** Phase des Pflegeprozesses, in der die geplante und durchgeführte Pflege ausgewertet und beurteilt wird. Ziel ist die Erfassung der aktuellen Situation bzw. von Veränderungen, um den Pflegeplan anzupassen und ggf. neue Pflegediagnosen zu stellen. Mit einer Evaluation verständigen sich Altenpflegerinnen und Pflegebedürftige über die Pflegeergebnisse. Dies kann an dem Grad der Zielerreichung verdeutlicht werden. Ziele können hierbei teilweise oder vollständig erreicht sein oder es entstehen in der Evaluation neue Ziele. Überwiegend sind die Ziele ein Ergebnis des Verständigungsprozesses.

Zur **Evaluation** (*Auswertung*) gehören:

- **Überprüfung**, inwieweit die erwarteten Ergebnisse eingetreten sind (Zielerreichung)
- **Suche nach Gründen**, warum sie evtl. nicht eingetreten sind
- **Veränderung des Pflegeplans** entsprechend den neu gewonnenen Erkenntnissen. Dazu stellen sich die Pflegenden folgende Fragen:
 - Sind seit der vergangenen Planung neue Informationen hinzugekommen?

- Sind neue Probleme aufgetreten? Lassen sich neue Pflegediagnosen stellen?
- Konnten neue Ressourcen entdeckt werden?
- Sind die angestrebten Ziele erreicht worden und wenn nicht, warum nicht?
- Können Maßnahmen abgesetzt bzw. müssen neue Maßnahmen ergriffen werden?
- Waren die Maßnahmen wie geplant durchführbar?

➤ Die Bewertung von Pflegeergebnissen gewinnt an Bedeutung. Mit internen und externen Qualitätsprüfungen (interne Audits, Qualitätsprüfungen von MDK und Heimaufsicht) sollen die Ergebnisse von Pflege bewertet werden (→ Kap. III/7). Die Diskussion um die relevanten und aussagekräftigen Kriterien, die sich sowohl auf die beeinflussbaren Pflegeergebnisse als auch auf die Fragen der Lebensqualität im Alter beziehen, ist in der Altenpflege noch nicht abgeschlossen.

Der Zeitpunkt für die Auswertung der erfolgten Pflege sollte individuell festgelegt werden. Es gibt Zeitpunkte während des stationären Aufenthalts, an denen eine Überprüfung besonders sinnvoll ist, z. B. am Ende einer Einzugsphase in die Einrichtung, nach einem Krankenhausaufenthalt oder zu Beginn der Rehabilitationsphase.

Die Beurteilung der individuellen Pflege findet durch die Gespräche im Pflegeteam (z. B. Übergabe, Fallbesprechungen, Pflegevisite) und in Gesprächen mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen statt. Im Pflegebericht werden die Beobachtungen über den Pflegebedürftigen gesammelt und dokumentiert. Dabei bewerten Altpflegerinnen die Pflegemaßnahmen mit Blick auf die Pflegeziele auf ihre Wirkung und passen sie bei Bedarf an. Nach der Beurteilung der Pflege erhalten Altenpflegerinnen neue Informationen über die aktuelle Situation des Pflegebedürftigen und können bestehende Pflegeziele und die Planung der Maßnahmen bei Bedarf überarbeiten.

➤ In der Langzeitpflege ergeben sich Veränderungen oft in längeren Zeiträumen. Für die Evaluation sind sinnvolle Regelungen zu definieren, z. B. 1× im Monat (Termin festlegen). Veränderungen oder akute Ereignisse müssen zeitnah berücksichtigt werden.

I/7.4 Chancen und Grenzen des Pflegeprozesses

In den vergangenen vierzig Jahren haben die Gestaltung des Pflegeprozesses und die

Pflegeplanung Einzug ins Berufsrecht gehalten. Diese Aufgaben wurden in den Novelierungen der Berufszulassungsgesetze der Altenpflege zunehmend dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Berufsangehörigen zugeordnet.

Als Technik der Auftragsgestaltung, Problemlösung und Entscheidungsfindung in der Praxis hat sich der Pflegeprozess in Deutschland noch immer nicht endgültig durchgesetzt. Viele Pflegenden sind nicht ausreichend bereit, darauf einzugehen und nehmen sich dadurch die Chance, erkennen zu können, welche Vorteile in der bewussten Anwendung liegen. Hinderungsgründe sind des Öfteren auch die komplexen Dokumentationsvorgaben. In diesem Zusammenhang empfiehlt es sich, immer wieder kritisch nachzuprüfen, ob womöglich mehr als erforderlich dokumentiert wird (z. B. Doppeldokumentation).

Prioritäten setzen

Zeitmanagement → Kap. IV/2

Oft wird von Pflegenden der Zeitdruck beklagt („Wir sind nie fertig mit unserer Arbeit, wir hören nur auf“). Für eine **bewusste Entscheidung**, welche Maßnahmen bei Zeitmangel zurückgestellt werden können, muss die Bedeutung der Maßnahme für den Versorgungsprozess erkannt werden. Taucht in einer Pflegeplanung bei verschiedenen Problemen immer wieder die gleiche Maßnahme auf, gewinnt sie gegenüber den anderen Maßnahmen an Gewicht und kann nicht weggelassen werden.

Ohne das bewusste Setzen von Prioritäten folgt Pflege oft einem Routine-Tagesablauf: Mindestens einmal am Tag werden Bewohner gewaschen, werden Vitalzeichen kontrolliert und wird nach Stuhlgang gefragt. Und dies, obwohl vielleicht ein Spaziergang durch den Park oder ein offenes Gespräch viel wichtiger wären.

Ökonomisch arbeiten

Auch der gezielte Einsatz knapper Materialien und Zeitressourcen wird durch eine systematische Pflegeplanung erleichtert. Die Entscheidung, welche der dekubitusgefährdeten Bewohnern regelmäßig entsprechend ihres individuellen Risikos zu lagern und zu überwachen sind, kann am besten getroffen werden, wenn die Dekubitusgefährdung bei allen Bewohnern nach den gleichen Grundlagen beurteilt worden ist. Nur so kann diese Entscheidung sachlich gefällt und auch Dritten gegenüber vertreten werden. Diese Forderung entspricht auch dem Ziel des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflege (→ Kap. I/2.2.1).

Pflegekompetenz ausbauen

Zunehmende Erfahrungen mit der Pflegeplanung, insbesondere der Evaluation (Auswertung), führen zu einer immer größeren Sicherheit bei den Entscheidungen. Erfolgt die Überprüfung der Wirksamkeit der Pflegemaßnahmen gemeinsam, ist das gesamte Pflegeteam über das Vorgehen und die Ergebnisse informiert und der Erfahrungsschatz aller beteiligten Kollegen erweitert sich.

Pflegeplanung schult die Fähigkeit, begründet zu entscheiden. Wurde eine Entscheidung für eine Pflegemaßnahme bewusst getroffen, fällt es leichter, sie gegenüber anderen Berufsgruppen wie Ärzten oder der Verwaltung zu vertreten. Anhand einer systematischen Dokumentation, ggf. mit ausgewiesenen Pflegediagnosen, kann die Entscheidung für eine Handlung noch Jahre später nachvollzogen werden.

Wirksamkeit von Pflege nachweisen

Durch konsequent geplante Ziele und Maßnahmen soll eine kontinuierliche Versorgung gewährleistet werden. Viele Pflegemaßnahmen zeigen erst Wirkung, wenn sie konsequent und einheitlich durchgeführt werden. Wechseln die Maßnahmen je nach Vorlieben der zufällig diensthabenden Altenpflegerinnen, bleibt zum einen die Wirkung aus, zum anderen kann ihre Wirksamkeit nicht überprüft werden (ganz zu schweigen davon, dass der Pflegebedürftige und seine Angehörigen durch die für ihn nicht nachvollziehbaren Wechsel der Interventionen verunsichert werden).

Pflegeergebnisse transparent machen

Nicht immer können Altenpflegerinnen direkte Erfolge ihrer Arbeit nachweisen. Möglicherweise kann dies auch eine Ursache für ein „Burnout“ sein (→ Kap. IV/9.2.5). Dies ist insbesondere in der Altenpflege ein bedeutsames Thema, da sich die Pflegebedürftigen meist in einem Lebensabschnitt befinden, der eher von Abbau und Verlust von Fähigkeiten gekennzeichnet ist und ein kurativer Erfolg nicht immer im Vordergrund steht. Daher ist es sinnvoll, erzielte und mittels Evaluation auch nachweisbare Erfolge ins Bewusstsein aller Mitarbeiter zu rücken. Dabei ist „Erfolg“ nicht nur gleichzusetzen mit Heilung und Genesung, sondern je nach Umständen z. B. auch mit der erfolgreichen Vermeidung von Komplikationen oder ei-

ner guten Sterbebegleitung (→ Kap. I/18.8.2), durch die der Pflegebedürftige friedlich einschlafen konnte.

► Lern-Tipp

Ein Bewohner kommt nach einem Schlaganfall und einem Krankenhausaufenthalt in die Pflegeeinrichtung zurück. Er kann seine rechte Körperhälfte nicht mehr bewegen und auch nicht mehr sprechen. Er ist im Moment noch bettlägerig. Eine mögliche Sichtweise ist nun: „Im Krankenhaus wurde kontinuierlich mit dem Pflegebedürftigen gearbeitet, aber was haben die Kollegen erreicht?“

Für die Pflegenden ermutigender wäre aber sicherlich folgende Sicht: „Zwar kann der Bewohner noch nicht sprechen und ist auch noch bettlägerig, aber es ist erreicht, dass er keine Lungenentzündung bekommen hat, seine Haut ist intakt, und er fühlt sich so wohl, wie es die Schwere der Erkrankung erlaubt. Er ist gut gepflegt!“. Weitere Ziele lassen sich nun, nach dem akuten Geschehen, gemeinsam mit dem Bewohner vereinbaren.

I/7.5 Entwicklung von Pflegefachsprache und Begriffssystemen

Die Pflege hat sich als Fachgebiet in den vergangenen Jahrzehnten enorm entwickelt und differenziert. Bis ungefähr zur Mitte des 20. Jahrhunderts wurde fachliches Wissen meist mündlich in Form von Erfahrungswissen von den alten an die jungen Kollegen weitergegeben. In den nachfolgenden Jahrzehnten wurde das Wissen der Pflege zunehmend systematisch gesammelt und ausgebaut. Zu vielen Themen erscheinen Fachbücher, in denen das Wissen sehr differenziert aufbereitet ist.

Diese Entwicklung lässt ein starkes Bemühen erkennen, Begriffe, mit denen Pflegendе täglich in Theorie und Praxis zu tun haben, genauer zu beschreiben und zu definieren. Begriffsdefinitionen haben den Sinn, dass z. B. innerhalb einer Berufsgruppe ein gemeinsames Verständnis zu einem Begriff (z. B. „Dekubitus“) hinterlegt wird. Sicher hat jeder schon die Erfahrung gemacht, dass es gar nicht so leicht ist, einen Sachverhalt treffend und eindeutig zu beschreiben, sodass ihn Gesprächspartner gut verstehen können. In der Alltagssprache bedient man sich sehr vieler Ausdrücke, die nur vage definiert sind und die man unterschiedlich verstehen kann.

■ ■ 10

► Lern-Tipp

Wählen Sie fünf – zehn Fachbegriffe der Pflege aus. Dazu können Sie dieses Lehrbuch verwenden. Erstellen Sie mithilfe einer Literaturrecherche und auf der Basis Ihres eigenen Wissens eine Definition dieser Begriffe. Diskutieren Sie ihre Ergebnisse mit anderen Schülern, die Definitionen für dieselben Begriffe erarbeitet haben. Denken Sie daran, dass Definitionen präzise und gleichzeitig allgemeingültig sein sollen.

In vielen Berufszweigen wurde deshalb im Laufe der Jahre eine **Fachsprache** entwickelt. Sie verfolgt das Ziel, innerhalb eines Fachgebiets, z. B. der Pflege, der Informatik oder der Medizin, Begriffe möglichst eindeutig zu definieren und den Unterschied zu ähnlichen Begriffen deutlich zu machen.

Dadurch wird eine fachliche Kommunikation auf hohem sprachlichem Niveau ermöglicht. Ärzte z. B. brauchen sich nicht darüber zu unterhalten, was unter einem „Myokardinfarkt“ zu verstehen ist, da der Begriff innerhalb der Berufsgruppe eindeutig definiert ist.

Es gibt viele Aktivitäten zur Entwicklung einer Pflegefachsprache, allerdings ist es bis jetzt nur vereinzelt gelungen, Fachbegriffe allgemeingültig durchzusetzen und im Sprachgebrauch der Berufsangehörigen zu verankern.

► Fachsprache ermöglicht den Austausch von Informationen über Landes- und Sprachgrenzen hinweg.

I/7.5.1 Begriffssysteme

Wenn viele fachliche Begriffe zusammenfassend dargestellt werden, redet man von **Begriffssystemen**. Einfache Begriffssysteme sind z. B. eine alphabetische Liste mit Fachausdrücken (Glossar, Liste mit Pflegediagnosen) oder ein Fachlexikon. In komplexeren Begriffssystemen werden auch die Beziehungen zwischen den einzelnen Begriffen definiert. Dann spricht man von Klassifikationssystem oder Terminologie.

► Eine Fachsprache ist für den fachlichen Austausch mit Kollegen gedacht. Wird die Fachsprache für die Kommunikation mit Bewohnern oder Angehörigen benutzt, kann dies zu Kommunikationsbarrieren führen. Nicht jeder Mensch kennt die Bedeutung von Fachbegriffen. Fachsprache kann als Mittel zur Machtausübung missbraucht werden, wenn der Gesprächspartner den Sinn der Worte nicht verstehen kann. Kommunikative Fähigkeiten von Altenpflegerinnen zeigen sich darin, für jeden Anlass die passende Sprache auszuwählen, die zu einer gelungenen Kommunikation beiträgt.

I/7.5.2 Internationale Pflegeklassifikationen

Ist die Entwicklung einer Fachsprache in einem Fachgebiet weit fortgeschritten, werden die einzelnen Begriffe sortiert und zueinander in Beziehung gesetzt. Die Begriffe werden **klassifiziert**, d. h. man fügt sie in ein Klassifikationssystem ein.

Umgangssprachlich werden Klassifikationen mit einem **Ordnungsschema** oder einer **Struktur** gleichgesetzt. Im wissenschaftlichen Sinne zeichnen sich Klassifikationen dadurch aus, dass sie eine systematische Ordnung von Begriffen ermöglichen, die miteinander in Verbindung stehen. Die Begriffe können in Gruppen und Untergruppen aufgeteilt werden.

Das Ergebnis ist ein „Baum“ von Begriffen, der die Themen z. B. eines Fachbereichs systematisch darstellt. Begriffe werden definiert und benannt, erhalten eine Nummer (Notation) und die einzelnen Begriffe stehen miteinander in Verbindung (Relation). (→ Abb. I/7.10).

Das bekannteste Klassifikationssystem im Gesundheitswesen ist die **Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD)**, die weltweit Anwendung findet und für sehr viele Zwecke verwendet wird.

Für die Pflege befinden sich ebenfalls verschiedene Klassifikationen in Entwicklung. Klassifikationen können sehr umfangreich für ein ganzes Fachgebiet wie „Pflege“ oder nur für ein Teilgebiet, z. B. „Formen der Harninkontinenz“ gebildet werden. Viele Pflegewissenschaftler haben sich mit der Frage beschäftigt, in welcher Form das gesamte Pflegewissen klassifiziert werden könnte. Das Modell von McCloskey und Bulechek (1992) hat in diesem Zusammenhang große Bedeutung erlangt. Die Pflegeklassifikationen werden demzufolge für die drei Wissensbereiche **Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen** und **Pflegeergebnisse** gebildet und entsprechen somit auch dem Kernmodell des Pflegeprozesses (→ Abb. I/7.11).

Nutzen von Pflegeklassifikationen?

➤ „If we cannot name it, we cannot control it, finance it, teach it, research it or put into public policy.“

„Wenn wir etwas nicht benennen können, können wir es nicht kontrollieren, nicht finanzieren, nicht lehren, nicht erforschen und auch nicht in die Politik einbringen.“ **Norma Lang**

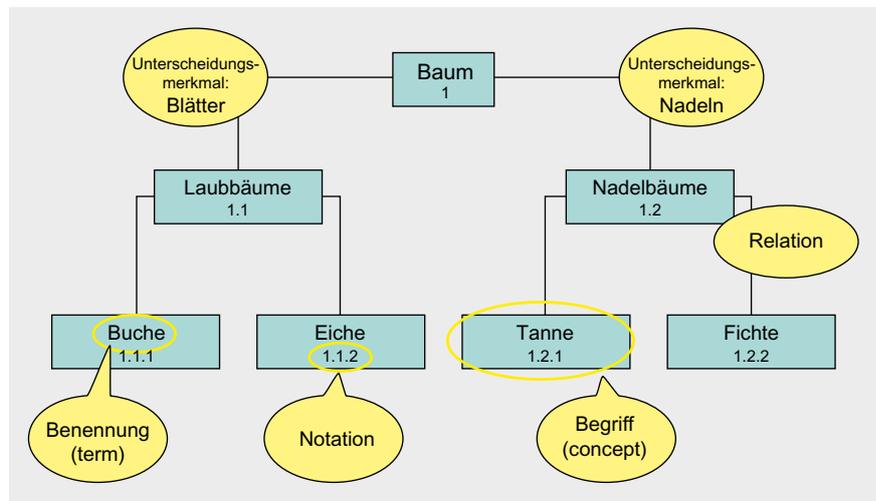


Abb. I/7.10 Einfaches Beispiel zum Aufbau einer Klassifikation. [M595]

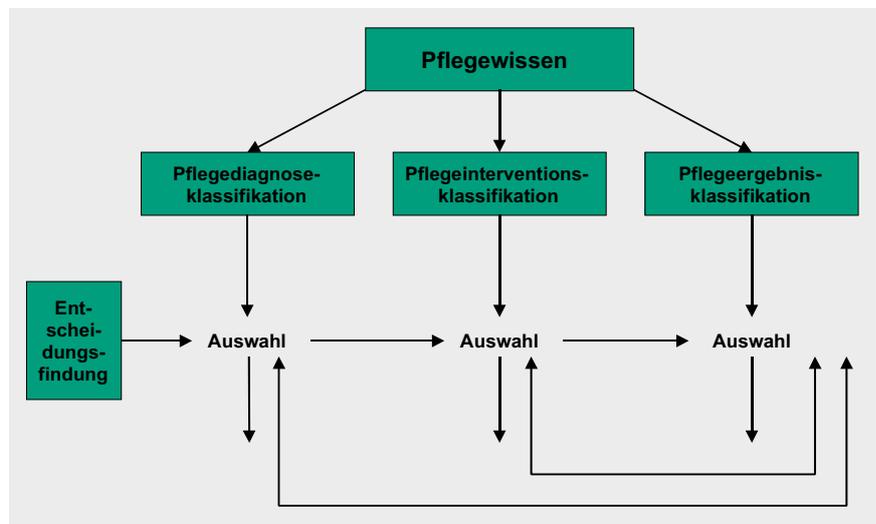


Abb. I/7.11 Pflegewissens- und Entscheidungsmodell.

Manche Klassifikationen enthalten nur Begriffe der Pflegediagnosen, z. B. die NANDA-Klassifikation. Andere enthalten Pflegemaßnahmen, z. B. die Nursing Intervention Classification (NIC → Kap. I/33.5.1, → Kap. I/33.5.9), wieder andere umfassen Pflegeergebnisse, z. B. die Nursing Outcome Classification (NOC). ■■11 ■■12

Einige Klassifikationen enthalten auch Begriffe aus allen drei Bereichen, z. B. die Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis (ICNP) oder die Clinical Care Classification (CCC).

Pflegeklassifikationssysteme werden in der Regel für einen ganz speziellen Zweck entwickelt, der im Einzelfall sehr unterschiedlich aussehen kann. So sind im Laufe der Jahre viele verschiedene Systeme entstanden, die jeweils auf einen bestimmten Schwerpunkt ausgerichtet sind. Sie sollen z. B.:

- Die Professionalisierung der Pflege fördern
- Eine einheitliche – auch internationale – Fachsprache hervorbringen
- Als Grundlage für die Begriffsentwicklung dienen
- Klinische Entscheidungen erleichtern
- Ergebnisqualität beschreiben
- Vergleichbare Daten liefern für Datenbanken in Management, Lehre, Forschung (→ Kap. I/3) und Praxis
- Pflegeleistungen messbar machen
- Die Einführung EDV-gestützter Pflegedokumentation (→ Kap. I/11.2) erleichtern.

Die zwei im deutschsprachigen Raum bekanntesten Klassifikationen sind die der **NANDA-Pflegediagnosen** (→ Abb. I/7.12) und die **Classification for Nursing Practice (Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis, ICNP®)**.

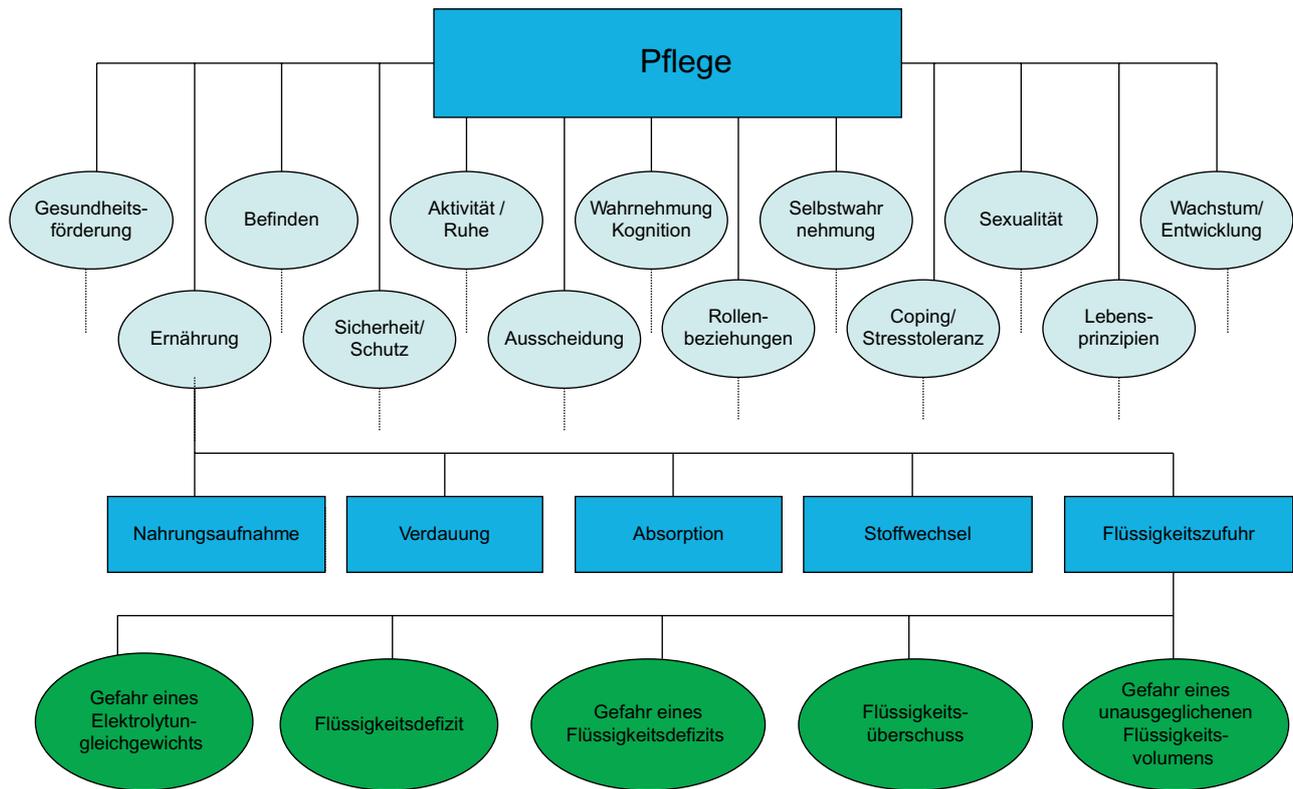


Abb. I/7.12 Ausschnitt aus der NANDA-Pflegediagnosen-Klassifikation. [M595]

NANDA-Pflegediagnosen – Taxonomy II

Die mehr 235 **Pflegediagnosen der NANDA** wurden von einer Arbeitsgruppe aus Pflege theoretikern und -praktikern in 13 Gruppen „gesundheitsbezogener Verhaltensmuster“ gegliedert, die jeweils mehrere Untergruppen enthalten, in denen schließlich die Titel der Pflegediagnosen abgebildet sind.

ICNP®

Der **Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICN)** arbeitet seit 1989 an einem Klassifikationssystem, das als **Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis** bezeichnet wird. Langfristiges Ziel ist die Entwicklung einer weltweiten Fachsprache der Pflege und die Anerkennung als internationale Klassifikationen der Pflege durch die WHO, wie dies z. B. bei der ICD der Fall ist.

Dazu muss die ICNP®:

- Den unterschiedlichen Bedürfnissen verschiedener Länder gerecht werden
- Den Bedürfnissen der Pflegenden im Alltag in Strukturierung und Beschreibung angepasst werden und damit auch im Pflegealltag einsetzbar sein

- In sich logisch und verständlich unabhängig von Pflege theorien und -modellen angewendet werden können.

In Europa wurde die Entwicklung maßgeblich vom **Dänischen Institut für Gesundheits- und Pflegeforschung (Danish Institute for Health and Nursing Research, kurz DIHNR)** unterstützt. Inzwischen ist die ICNP® in ca. 30 Sprachen übersetzt und in vielen Ländern laufen Projekte zur Erprobung und Weiterentwicklung der ICNP®. Für die Schweiz, Österreich und Deutschland wurde 2003 das ICNP®-Center gegründet, das als Kommunikationsplattform für Projekte im deutschsprachigen Raum dient (www.icnp.info).

Aufbau der ICNP®

Die ICNP® umfasst sieben Hauptgruppen, in denen die Pflegebegriffe gelistet sind. Durch die Kombination einzelner Begriffe können Pflegediagnosen, Pflegehandlungen und Pflegeergebnisse beschrieben werden. Die ICNP® zeichnet sich deshalb als ein umfassendes Begriffssystem für pflegebezogene Ausdrücke aus.

Das Klassifikationssystem bedarf einer umfassenden Weiterentwicklung. Es ist noch nicht absehbar, wann seine Entwicklung abgeschlossen sein wird.

Die Bedeutung der internationalen Klassifikationen ist im deutschsprachigen Raum noch nicht sehr groß. Allerdings ist eine deutliche Tendenz erkennbar, dass Klassifikationen für immer mehr Zwecke eingesetzt werden. ■■13 ■■14 ■■15 ■■21

Wiederholungsfragen

1. Welchen Zweck erfüllt der Pflegeprozess? (→ Kap. I/7.1.2)
2. Nennen Sie mögliche Schritte des Pflegeprozesses und erläutern Sie deren Sinn. (→ Kap. I/7.2)
3. Welche Bedeutung hat die Pflegediagnostik für das geplante Vorgehen in der Pflege? (→ Kap. I/7.3.1)
4. Nennen Sie die vier Kategorien möglicher Pflegeziele. (→ Kap. I/7.3.2)
5. In welcher Weise beeinflusst der Pflegeprozess die Kompetenzen von Altenpflegerinnen? (→ Kap. I/7.4)
6. Welche Vorteile ergeben sich aus der Entwicklung einer Fachsprache für die pflegerische Praxis? (→ Kap. I/7.5)

Literaturverzeichnis

1. Kruijswijk Jansen, J.: Pflegeprozess. Ullstein Mosby Verlag, Berlin/Wiesbaden 1997.

2. Medizinischer Dienst der Krankenkassen e. V. (MDS): Grundsatzstellungnahme. Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege. Download unter: www.mdk.de/media/pdf/P42Pflegeprozess.pdf (letzter Zugriff: 30.8.2016).
3. Brobst, R. A. (et al.): Der Pflegeprozess in der Praxis. Aus dem Amerikanischen von Elisabeth Brock. Dt. Ausgabe Hrsg. von Jürgen Georg. Hans-Huber-Verlag, Bern, 2007.
4. EinSTEP Projektbüro c/o IGES Institut GmbH. Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation: www.ein-step.de (letzter Zugriff: 22.11.2016).
5. Fiechter, V.; Meier, M.: Pflegeplanung, Recom Verlag, Fritzlari, 1998.
6. Budnik, B.: Pflegeplanung leicht gemacht. Urban & Fischer Verlag, München, 2003.
7. Krohwinkel, M.: Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexierkranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege. Agnes-Karll-Institut, DBfK, Baden-Baden, 1993.
8. Roper, N.: Pflegeprinzipien im Pflegemodell. Hans Huber Verlag, Bern, 1997.
9. Roper, N.; Logan, W. W.; Tierney, A. J.: Das Roper-Logan-Tierney-Modell basierend auf Lebensaktivitäten (LA). Hans-Huber-Verlag, Bern, 2009.
10. Abt-Zegelin, A.; Schnell, M. W. (Hrsg.): Die Sprachen der Pflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2006.
11. McCloskey-Dochterman, J.; Bulechek, G. M.; Butcher, H. K.: Pflegeinterventionsklassifikation (NIC). Hans-Huber-Verlag, Bern, 2015.
12. Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M. L.: Pflegeergebnisklassifikation (NOC). Hans-Huber-Verlag, Bern, 2013.
13. Herdman, T. H.; Kamitsuru, S. (Hrsg.): Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2015–2017. Recom Verlag, Kassel, 2016.
14. Ehmann, M.: Pflegediagnosen in der Altenpflege. Urban & Fischer Verlag, München, 2004.
15. Gordon, M.; Bartholomeyczik, S.: Pflegediagnosen. Ullsten Mosby Verlag, Berlin/Wiesbaden, 2001.
16. Wilkinson, J. M.: Der Pflegeprozess. Hans-Huber-Verlag, Bern, 2012.
17. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) (Hrsg): Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. 2009.
18. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen: DAS NEUE BEGUTACHTUNGSINSTRUMENT DER SOZIALEN PFLEGEVERSICHERUNG. Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit, 2016. www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/Fachinfo_PSGII_web.pdf (letzter Zugriff: 22.11.2016).
19. Friedemann, M. L.; Köhler, C.: Familien- und umweltbezogene Pflege. Hans-Huber-Verlag, Bern, 2003.
20. Die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI vom 27. Mai 2011. Quelle: Schiedsspruch der Schiedsstelle Qualitätssicherung Pflege über die Vereinbarung von Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vom 27.5.2011.
21. Müller-Staub, M.; Schalek, K.; König, P.: Pflegeklassifikationen. Hans-Huber-Verlag, Bern, 2016.

I/14 Grundlagen der Anatomie, Physiologie, Chemie und der biologischen Alterung

I/14.1 Begriffe und Größen zur Beschreibung des Menschen

S Fallbeispiel Stationär

Die Altenpflegeschülerin Janine Guter nimmt den Arztbrief entgegen, den die Bewohnerin Brunnhilde Klüpfel aus dem Krankenhaus mitgebracht hat. Die 79-jährige alte Dame war nach einer Fraktur des Unterschenkels, die sie sich bei einem Spaziergang auf den eisglatten Wegen des nahegelegenen Parks zugezogen hatte, zur operativen Versorgung der Verletzung dorthin eingeliefert worden.

Der behandelnde Chirurg hat in dem Brief alle bestehenden Diagnosen von Brunnhilde Klüpfel aufgeführt, zu denen ein Diabetes mellitus Typ 2, ein Glaukom und eine koronare Herzerkrankung gehören. Die Altenpflegerin versteht die dafür verwendeten Begriffe gut, stolpert aber bei der Beschreibung der Fraktur, die als „Mediale Spaltfraktur des Tibiakopfes rechts“ bezeichnet ist.

Für ein besseres Verständnis der folgenden Kapitel ist es zunächst notwendig, einige Grundbegriffe zu erklären und einen Überblick über den Aufbau des menschlichen Körpers zu geben.

I/14.1.1 Kennzeichen von Lebewesen

Was ist Leben? Wo liegt die Grenze zwischen einem unbelebten Gegenstand und einem Lebewesen? Diese Fragen wurden und werden durchaus unterschiedlich beantwortet.

Die meisten Biologen definieren Lebewesen durch das Vorhandensein *aller* folgenden Kennzeichen (→ Abb. I/14.1):

- Aufbau aus Zellen
- Stoffwechsel
- Erregbarkeit
- Aktive Beweglichkeit
- Wachstum
- Fortpflanzung.

Aufbau aus Zellen

Alle Lebewesen sind aus einer oder mehreren **Zellen** aufgebaut, die durch eine **Biomembran** (→ Kap. I/14.3.2) abgegrenzt sind.

Stoffwechsel

Lebewesen sind in der Lage, Substanzen aus der Umgebung aufzunehmen, sie in chemischen Reaktionen um- und abzubauen, andere Substanzen aufzubauen und schließlich Stoffe an die Umgebung abzugeben. Die Gesamtheit dieser Vorgänge wird als **Stoffwechsel** (*Metabolismus*) bezeichnet.

Erregbarkeit

Erregbarkeit ist die Fähigkeit, äußere Reize wahrzunehmen und auf sie zu reagieren (z. B. die Orientierung nach einer Lichtquelle).

Bei Organismen aus mehreren Zellen kann auch der Informationsaustausch innerhalb des Organismus, z. B. durch Hormone oder andere Botenstoffe, zur Erregbarkeit gerechnet werden.

Aktive Beweglichkeit

Gegenstände, z. B. Knetmasse, sind lediglich passiv verformbar. Lebewesen aber zeigen **aktive Beweglichkeit**, d. h. sie können sich ohne Zutun von außen verformen und fortbewegen.

Bereits Einzeller können sich durch Zellausstülpungen („Zellfüßchen“, *amöboide Beweglichkeit*) oder **Geißeln** (fadenförmige Zellanhängsel) fortbewegen. Der Mensch

hat mit dem Muskelgewebe sogar ein spezielles Gewebe, das sich stark verkürzen (*kontrahieren*) und dadurch den Gesamtorganismus fortbewegen kann.

Wachstum

Einzeller können durch Vergrößerung wachsen. **Wachstum** erfolgt bei Mehrzellern wie auch dem Menschen über Vergrößerung vorhandener Zellen, Erhöhung der Zellzahl und Vermehrung nichtzellulärer Substanzen (z. B. Mineralsubstanz des Knochens).

Wachstum durch Erhöhung der Zellzahl (der Mensch besteht aus vielen Zellen, die sich durch sehr viele Teilungen aus ursprünglich einer einzigen Zelle entwickelt haben) ist eng verbunden mit **Differenzierung**. Die Zellen spezialisieren sich dabei zunehmend in ihrer Funktion (z. B. Sehen, Hören, aktive Bewegungen).

Fortpflanzung

Auch **Fortpflanzung** (*Reproduktion*) zählt zu den Kennzeichen von Lebewesen. Sie basiert letztlich immer auf der **Zellteilung** (→ Kap. I/14.3.8). Mit der Zellteilung eng verbunden ist die **Vererbung**.

I/14.1.2 Aufbauebenen des menschlichen Körpers

Atome

Die kleinsten chemischen Bausteine des Körpers sind die **Atome**. Den Hauptanteil machen dabei Sauerstoff, Kohlenstoff, Wasserstoff und Stickstoff aus (→ Abb. I/14.2).

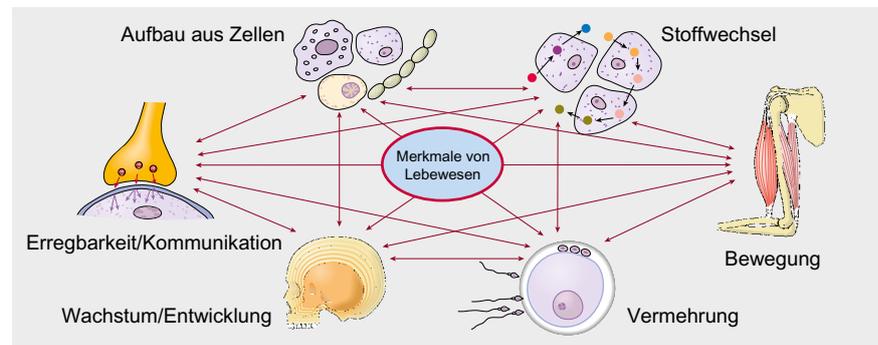


Abb. I/14.1 Die sechs Merkmale von Lebewesen. [L190]

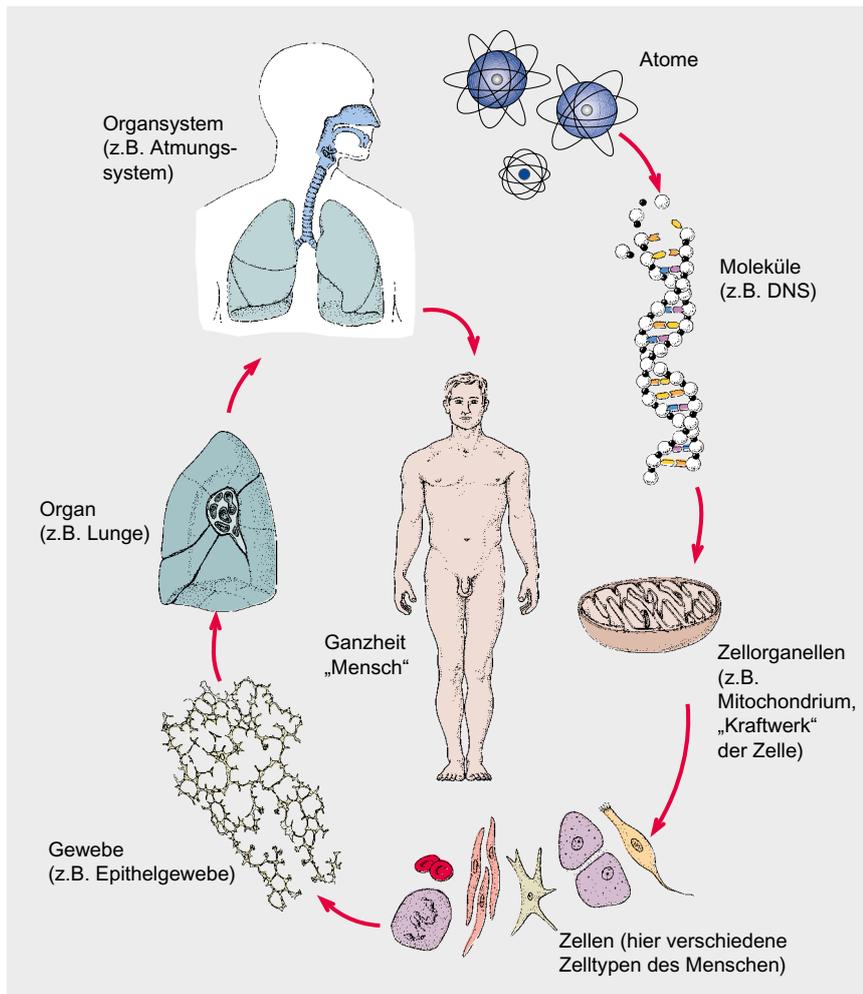


Abb. I/14.2 Der Aufbau des menschlichen Körpers mit Beispielen für die unterschiedlichen Organisationsstufen vom Atom bis zum Organsystem. [L190]

Moleküle

Die Atome schließen sich zu größeren Verbänden, den **Molekülen**, zusammen. Beispiele für lebenswichtige Moleküle sind die Eiweiße, Kohlenhydrate und Fette (→ Abb. I/14.2).

Zellorganellen

Die nächstgrößere Einheit bilden die **Zellorganellen** (→ Abb. I/14.2). Sie werden durch den Zusammenschluss vieler chemischer Verbindungen gebildet und sind im Gegensatz zu bloßen Molekülansammlungen durch eine Biomembran von ihrer Umgebung abgeteilt. Zellorganellen haben eine definierte Funktion, beispielsweise Produktion, Speicherung oder Ausscheidung einer bestimmten Substanz.

Beispiele für Zellorganellen sind die Mitochondrien zur Energiegewinnung und die Ribosomen zur Eiweißherstellung.

Zellen

Mehrere Organellen verbinden sich zu einer **Zelle** (→ Abb. I/14.2), der Grundeinheit aller lebenden Organismen (→ Kap. I/14.3).

Gewebe

Als **Gewebe** bezeichnet man Verbände von Zellen und Zwischenzellsubstanz mit ähnlichem Bau und Funktion. Dabei kann ein Gewebe, z. B. Muskelgewebe, in verschiedenen Körperteilen vorkommen (→ Abb. I/14.2).

Organe

Mehrere räumlich beieinander liegende Gewebe bilden ein **Organ**, z. B. Leber oder Niere. Organe sind aus unterschiedlichen Geweben zusammengesetzt, die jedoch eine gemeinsame Funktion erfüllen (→ Abb. I/14.2).

Organsysteme

Unter einem **Organsystem** (→ Abb. I/14.2) versteht man mehrere Organe, die in enger Beziehung zueinander stehen, indem sie eine gemeinsame Funktion erfüllen. So dienen z. B. die Organe des Atmungssystems (Nase, Rachen, Kehlkopf, Luftröhre, Bronchien, Lungen) dem Gasaustausch mit der Umgebung.

I/14.1.3 Orientierung am menschlichen Körper

► **Anatomie** (griech.: *anatemnein* = *zerschneiden*): Lehre vom Bau des (menschlichen) Körpers. Umfasst unter anderem die **Topografie**, d. h. die Lehre von der Lage und den Lagebeziehungen der Körperteile, die **Zytologie**, d. h. die Lehre von den Zellen (→ Kap. I/14.3) und die **Histologie** (Gewebelehre → Kap. I/14.4).

Physiologie (griech.: *physis* = *die Natur* und *logos* = *die Lehre*): Lehre von den normalen, gesunden Lebensvorgängen.

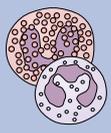
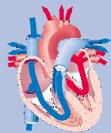
Krankheiten und deren Behandlung sowie die Pflege und Fürsorge für alte und kranke Menschen haben Menschen zu allen Zeiten beschäftigt. Es ist aber ein relativ neuer Gedanke, dass systematisches Wissen und das Verständnis von Organen und körperlichen Funktionen Voraussetzungen für eine fachgerechte Pflege von Betagten und Kranken sind.

Um den Bau des Körpers, aber z. B. auch die Lage von Krankheitsherden exakt beschreiben zu können, benötigt man einige Fachbegriffe für die Lagebeschreibung und zur Orientierung am menschlichen Körper. Sie beziehen sich alle auf die **anatomische Standardposition**: Hierbei steht der Mensch aufrecht, seine Handflächen und sein Gesicht sind dem Betrachter zugewandt.

Lage- und Richtungsbezeichnungen

Für die **Lage- und Richtungsbezeichnungen** (→ Abb. I/14.3) sind zahlreiche Fachbegriffe üblich. Die folgende Liste nennt die wichtigsten Bezeichnungen.

- **Anterior:** nach vorne, vorderer
- **Posterior:** nach hinten, hinterer
- **Ventral:** bauchwärts
- **Dorsal:** rückenwärts
- **Kranial:** kopfwärts
- **Kaudal:** steißwärts

Organsystem	Zugehörige Strukturen	Wichtige Aufgaben
Haut 	Haut und Hautanhangsgebilde (Haare, Nägel, Schweiß-, Talg- und Duftdrüsen)	<ul style="list-style-type: none"> • Schutz des Körpers vor Außeneinflüssen • Sinnesorgan u. a. für Temperatur, Druck und Schmerz • Mitregulation von Körpertemperatur, Flüssigkeitshaushalt • Beteiligung an der Bildung von Vitamin-D-Hormon • Fettspeicher (Unterhaut)
Bewegungs- und Stützapparat 	Skelett (aus Knochen und Knorpel) samt der sie verbindenden Bänder sowie den Sehnen und Muskeln	<ul style="list-style-type: none"> • Halte- und Stützfunktion, Aufrechterhaltung der Körpergestalt • Ort der Blutzellbildung (Knochenmark) • Mineralspeicher • Aktive Körperbewegungen • Wärmeproduktion
Nervensystem und Sinnesorgane 	Gehirn (Großhirn, Zwischenhirn, Kleinhirn, Hirnstamm), Rückenmark, Nerven (Hirn- und Rückenmarksnerven), Sinnesorgane (z. B. Augen, Ohren)	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassung der Umwelt durch Sinnesorgane • Informationsverarbeitung • Steuerung und schnelle Regulation fast aller Körperaktivitäten • Regulationszentrum für das innere Milieu • Ursprung aller willkürlichen Bewegungen • „Sitz“ des Bewusstseins und der Psyche (Seele)
Hormonsystem 	Einzelzellen, Zellgruppen und Drüsen, die Hormone und hormonähnliche Stoffe produzieren	<ul style="list-style-type: none"> • Langsame und mittelschnelle Regulation vor allem von Stoffwechselaktivitäten
Immunsystem (Abwehrsystem) 	Lymphgefäße, Lymphknoten, weiße Blutkörperchen, Knochenmark, Thymus, Milz, Mandeln und andere Abwehrgewebe der Schleimhäute	<ul style="list-style-type: none"> • Schutz des Körpers vor körperfremden, (potenziell) schädlichen Stoffen, z. B. vor Bakterien und Viren • Schutz des Körpers vor veränderten körpereigenen Strukturen (z. B. Tumorzellen) • Unterstützung von Entzündungs- und Heilungsprozessen
Atmungssystem 	Atemwege (Nase, Rachen, Kehlkopf, Luftröhre, Bronchien) und Lungen	<ul style="list-style-type: none"> • Gasaustausch mit der Umgebung (Sauerstofftransport von der Außenwelt zu den Lungenbläschen, Kohlendioxidabtransport in umgekehrter Richtung) • Mitregulation des Säure-Basen-Gleichgewichts
Herz-Kreislauf-System 	Herz, Blutgefäße, (Blut)	<ul style="list-style-type: none"> • Transport von Sauerstoff und Nährstoffen zu den Zellen, Abtransport von Stoffwechselprodukten • Verschluss von Blutungsquellen • Aufnahme von Lymphe in den venösen Kreislauf • Mitregulation der Körpertemperatur
Verdauungssystem 	Mund, Speiseröhre, Magen, Dünn-, Dick-, Mastdarm, Leber, Verdauungsdrüsen	<ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme, Verdauung und Resorption von Nährstoffen • Aufnahme und Resorption von Flüssigkeit • Ausscheidung • Leber: vielfältige chemische Auf-, Um- und Abbauprozesse
Harntrakt 	Nieren, Harnleiter, Harnblase, Harnröhre	<ul style="list-style-type: none"> • Harnbildung und -ausscheidung • Regulation des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts • Beteiligung an der Aufrechterhaltung des Säure-Basen-Gleichgewichts • Mitwirkung an der Blutdruckregulation
Fortpflanzungssystem 	Mann: Hoden, Nebenhoden, Samenleiter, Geschlechtsdrüsen, Penis, Hodensack Frau: Eierstock, Eileiter, Gebärmutter, Scheide, Schamlippen, Klitoris, Brustdrüse	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedliches Aussehen von Mann und Frau • Libido (Geschlechtstrieb) • Fortpflanzung des Organismus • Erhaltung der Art

Tab. I/14.1 Die Organsysteme des Menschen. [L190]

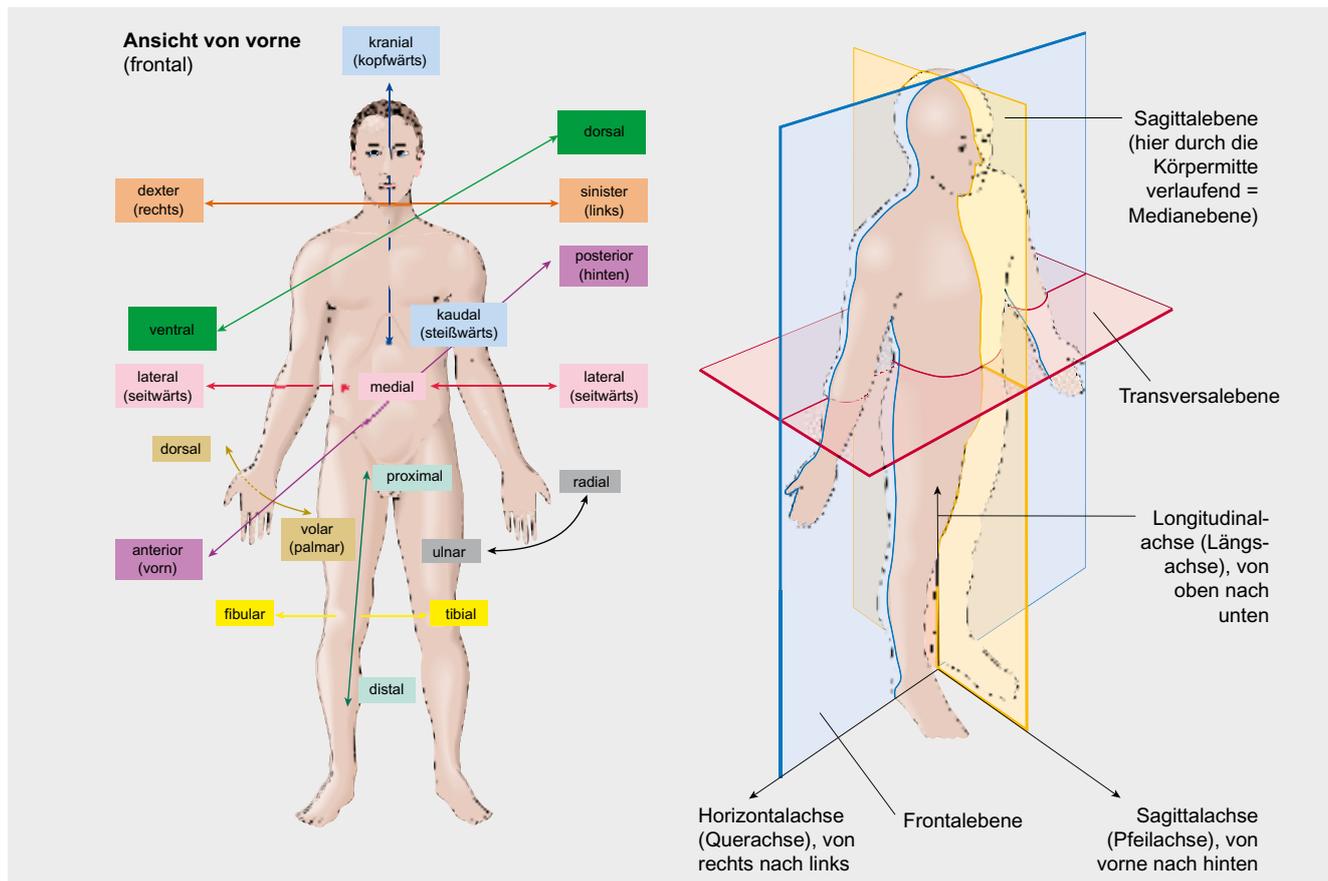


Abb. I/14.3 Links die wichtigsten Lage- und Richtungsbezeichnungen, rechts die Hauptachsen und -ebenen des menschlichen Körpers. [L190]

- **Superior:** nach oben (bei aufrechtem Körper)
- **Inferior:** nach unten (bei aufrechtem Körper)
- **Proximal:** auf den Rumpfansatz der Gliedmaßen zu
- **Distal:** von der Rumpfmittle weg
- **Dexter:** rechts
- **Sinister:** links
- **Lateral:** von der Mitte weg, seitwärts
- **Medial:** zur Mitte hin, auf die Medianebene zu
- **Median:** innerhalb der Medianebene
- **Temporal:** schläfenwärts
- **Nasal:** nasenwärts
- **Fibular:** zum Wadenbein (Fibula) hin
- **Tibial:** zum Schienbein (Tibia) hin
- **Radial:** zur Speiche (Radius) hin
- **Ulnar:** zur Elle (Ulna) hin
- **Peripher:** auf den Rand des Körpers zu, von der Mitte weg
- **Zentral:** auf das Innere des Körpers zu, zur Mitte hin
- **Palmar** oder **volar:** zur Hohlhand (Handfläche) hin
- **Plantar:** zur Fußsohle hin.

Hauptachsen und -ebenen des Körpers

Die **Hauptachsen** des Körpers (→ Abb. I/14.3) sind:

- **Longitudinalachse** (Längs-, Vertikalachse) von oben nach unten
- **Horizontalachse** (Querachse) von rechts nach links
- **Sagittalachse** (Pfeilachse) von vorne nach hinten.

In vergleichbarer Weise gibt es **Hauptebenen** des Körpers (→ Abb. I/14.3):

- **Sagittalebene.** Die Sagittalebene wird durch Logitudinal- und Sagittalachse gebildet. Sonderfall ist die Sagittalebene, die exakt durch die Körpermitte verläuft. Sie wird auch als **Medianebene** bezeichnet.
- **Frontalebene.** Diese Ebene liegt parallel zur Stirn und wird aus Horizontal- und Longitudinalachse gebildet
- **Transversalebene.** Diese wird aus Sagittal- und Horizontalachse gebildet und entspricht einem Querschnitt durch den Körper.

I/14.1.4 Maßeinheiten

Allen Körperfunktionen liegen physikalische und chemische Gesetzmäßigkeiten zugrunde. Um die Abläufe im menschlichen Körper näher erklären und beschreiben zu können, bedarf es daher physikalischer Größen und **Maßeinheiten**.

Um ständiges Umrechnen der historisch gewachsenen, von Land zu Land unterschiedlichen Maßeinheiten zu vermeiden und die Kommunikation zu erleichtern, wurde von einem internationalen Komitee ein System von Grundeinheiten (SI-Einheiten) erarbeitet.

Unterschieden werden die Grundeinheiten des SI-Systems und davon abgeleitete Einheiten (Übersicht → Tab. I/14.2, → Tab. I/14.3), die bei Bedarf um Standardvorsilben ergänzt werden (→ Tab. I/14.4). In Teilbereichen der Medizin werden allerdings nach wie vor verschiedene Maßeinheiten benutzt, z. B. für die Blutdruckmessung sowie die Angabe des Drucks anderer Körperflüssigkeiten die Einheit Millimeter Quecksilbersäule (mmHg).

Länge, Fläche, Volumen

SI-Einheit für die Messung von **Längen** ist der **Meter** (m), Bruchteile bzw. das Vielfache davon werden mit den entsprechenden Standardvorsilben beschrieben.

Von der Länge abgeleitete Größen sind die Fläche und das Volumen.

- Einheit der **Fläche** ist der **Quadratmeter** (1 m Länge \times 1 m Breite = 1 m² Fläche)
- Einheit des **Volumens** (*Rauminhalt*) ist der **Kubikmeter** (1 m Länge \times 1 m Breite \times 1 m Höhe = 1 m³ Volumen).

Eine Sondergröße für Flüssigkeits- oder Gasvolumina ist der **Liter** (l, L). Der Liter gehört nicht zu den SI-Einheiten, ist aber weithin gebräuchlich und akzeptiert. Ein Liter entspricht dem Rauminhalt eines Würfels von je 10 cm Länge, Breite und Höhe.

- 1 Liter (1l) = 1 dm³ = 1000 cm³ = 10⁻³ m³
- 1 Milliliter (1ml) = 1 cm³
- 1 Mikroliter (1μl) = 1 mm³

Masse

Die Maßeinheit für die Bestimmung von **Massen** ist das **Kilogramm** (kg). Besonderheit hier ist, dass die Standardvorsilben häufig nicht auf 1 Kilogramm, sondern auf 1 Gramm bezogen werden (Milli-, Mikrogramm).

Stoffmenge

SI-Einheit der Stoffmenge ist das **Mol** (mol). 1 Mol bedeutet, dass die Zahl der Teilchen in dieser Menge gleich der Zahl der Kohlenstoffatome in 12 g Kohlenstoff mit dem Isotop ¹²C („Atomarten“ des gleichen Elements, → Kap. I/14.2.2) ist, nämlich $6,023 \times 10^{23}$. Diese Zahl von Teilchen (Atome bzw. Moleküle) ist in einem Mol Zucker, einem Mol Salzsäure oder einem Mol Wasser enthalten.

Die Umrechnung von Mol in Gramm läuft aber viel einfacher über das **Periodensystem** der Elemente (→ Abb. I/14.7). Dort steht bei jedem Element seine durchschnittliche (relative) **Atommasse**, also wie viel schwerer ein Atom dieses Elements im Vergleich zu $\frac{1}{12}$ eines ¹²C-Atoms ist. Diese Zahl ist oft keine ganze Zahl, weil viele Elemente mehrere unterschiedlich schwere Isotope haben. Beispielsweise hat Wasserstoff die Atommasse 1,008. Versieht man diese Zahl mit der Einheit g (Gramm), so erhält man die Wasserstoffmasse, die einem Mol entspricht: 1 mol H entspricht 1,008 g H. Bei Molekülen werden die Massenzahlen addiert, für Wasser (H₂O) z.B. $2 \times 1,008 \text{ g} + 15,999 \text{ g} = 18,015 \text{ g}$.

Größe	Name	Symbol
Länge	Meter	m
Masse	Kilogramm	kg
Zeit	Sekunde	s
Elektrische Stromstärke	Ampere	A
(Thermodynamische) Temperatur	Kelvin	K
Lichtstärke	Candela	cd
Stoffmenge	Mol	mol

Tab. I/14.2 Die sieben Grundeinheiten (SI-Einheiten) des weltweit gültigen internationalen Systems der Einheiten (*Système International d'Unités*).

Größe	Name	Symbol
Fläche	Quadratmeter	m ²
Volumen	Kubikmeter	m ³
Flüssigkeitsvolumen	Liter	l
Massenkonzentration	Kilogramm/Liter oder Kilogramm/Kubikmeter	kg/l, kg/m ³
Stoffmengenkonzentration	Mol/Liter	mol/l
Elektrische Spannung	Volt	V
Kraft	Newton	N
Druck	Pascal	Pa
Energie	Joule	J
Leistung	Watt	W
Frequenz	Hertz	Hz

Tab. I/14.3 Aus den SI-Einheiten abgeleitete Maße.

Vorsilbe	Kurzzeichen	Bedeutung		
Giga	G	Milliardenfach	= 10 ⁹	= 1 000 000 000
Mega	M	Millionenfach	= 10 ⁶	= 1 000 000
Kilo	k	Tausendfach	= 10 ³	= 1 000
Hekto	h	Hundertfach	= 10 ²	= 100
Deka	da	Zehnfach	= 10 ¹	= 10
–	–	Einfach	= 10 ⁰	= 1
Dezi	d	Zehntel	= 10 ⁻¹	= 0,1
Zenti	c	Hundertstel	= 10 ⁻²	= 0,01
Milli	M	Tausendstel	= 10 ⁻³	= 0,001
Mikro	μ	Millionstel	= 10 ⁻⁶	= 0,000 001
Nano	n	Milliardstel	= 10 ⁻⁹	= 0,000 000 001
Piko	p	Billionstel	= 10 ⁻¹²	= 0,000 000 000 001
Femto	f	Billiardstel	= 10 ⁻¹⁵	= 0,000 000 000 000 001

Tab. I/14.4 Die Standardvorsilben für dezimale Vielfache und Teile von SI-Einheiten. 1 Zentimeter (1 cm) ist also ein Hundertstel Meter, ein Milligramm ist ein Tausendstel Gramm.

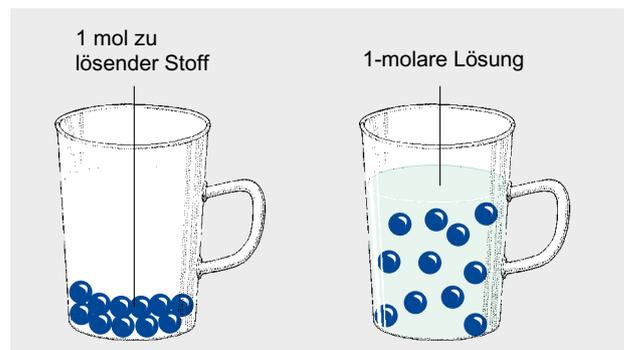


Abb. I/14.4 Zur Herstellung einer 1-molaren Lösung gibt man 1 mol der Substanz in ein Gefäß und füllt dann mit dem Lösungsmittel (z. B. Wasser) auf ein Gesamtvolumen von 1 l auf. [L190]

Konzentrationsangaben

Stoffmengenkonzentration

Unter der **Konzentration** versteht man ganz allgemein den Gehalt einer bestimmten Substanz in einer Mischung oder Lösung. Bezugsgröße ist dabei das *Gesamtvolumen* der Mischung bzw. Lösung.

In den Körperflüssigkeiten liegen die meisten Stoffe in gelöster Form vor. Die **Stoffmengenkonzentration** (*Molarität*) gibt an, welche Stoffmenge in einem Liter Lösung vorhanden ist. Beträgt die Konzentration eines Stoffes 1 mol/l, so spricht man von einer 1-molaren Lösung (→ Abb. I/14.4).

- 1 mol/l = 1 mmol/ml
1 mmol/l = 1 µmol/ml

Weitere Konzentrationsangaben

- Die **Massenkonzentration** ist definiert als Masse pro Volumen Mischung oder Lösung (kg/l, g/l)
- Die **Volumenkonzentration** gibt das Volumen einer Flüssigkeit in einem Flüssigkeitsgemisch an (l/l).

Druck

Das **Pascal** (*Pa*) ist die internationale Einheit für Druck. Ein Pascal entspricht dem Druck eines **Newton** auf die Fläche eines Quadratmeters.

Keine SI-Einheiten, aber akzeptiert sind **Bar** (*bar*) und – für die Blutdruckmessung sowie die Angabe des Drucks anderer Körperflüssigkeiten – **Millimeter Quecksilbersäule** (*mmHg*).

- 1 bar = 100 kPa = 10⁵ Pa
1 Pascal (1 Pa) = 0,01 mbar = 0,0075 mmHg
1 Millimeter Quecksilbersäule (1 mmHg) = 133 Pa = 1,33 mbar
1 Millibar (1 mbar) = 0,75 mmHg = 100 Pa

Zeit

Die Einheit der **Zeit** ist die **Sekunde** (*s*). Gebräuchlich, aber nicht SI-Einheiten, sind außerdem Minute (min), Stunde (h), Tag (d) und Jahr.

- 1 Minute (1 min) = 60 s
1 Stunde (1 h) = 60 min = 3 600 s
1 Tag (1 d) = 24 h = 1440 min = 86 400 s
1 Jahr (1 J) ≈ 365,25 d

Temperatur

Grundeinheit der (**thermodynamischen**) **Temperatur** ist das **Kelvin** (*K*). Abgeleitete SI-Einheit ist **Grad Celsius** ($^{\circ}\text{C}$), wobei gilt:

- Temperatur in $^{\circ}\text{C}$ = Temperatur in K – 273,15
Bei Temperaturdifferenzen: 1 $^{\circ}\text{C}$ = 1 K

I/14.2 Chemische und biochemische Grundlagen

S Fallbeispiel Stationär

Die Altenpflegeschüler Janine Guter und Jens Breitscheid besuchen dieselbe Klasse in der Berufsfachschule und sind derzeit im gleichen Wohnbereich zur praktischen Ausbildung eingesetzt. Während der Frühstückspause kommen sie auf den vergangenen Unterrichtstag zu sprechen. „Weißt du noch, wodurch sich organische und anorganische Materie unterscheiden?“, fragt Jens. Janine kann sich nur erinnern, dass es dabei um bestimmte Moleküle oder Verbindungen ging.

Chemisches Element (<i>Symbol</i>)	Ungefäher Anteil am Körpergewicht	Biologische Funktion
„Schlüsselemente“ (ca. 96 %)		
Sauerstoff (O)	65,0 %	Bestandteil des Wassers und vieler organischer Moleküle
Kohlenstoff (C)	18,5 %	Bestandteil jedes organischen Moleküls
Wasserstoff (H)	9,5 %	Bestandteil des Wassers und organischer Moleküle; als Ion (H ⁺) ist es für die Säureeigenschaft einer Lösung verantwortlich
Stickstoff (N)	3,2 %	Bestandteil vieler organischer Moleküle, z. B. aller Eiweiße und Nucleinsäuren
Mengenelemente (ca. 3 %)		
Kalzium (Ca)	1,5 %	Bestandteil der Knochen und Zähne; vermittelt die Synthese und Freisetzung von Überträgerstoffen im Nervensystem (Neurotransmitter); an allen Muskelkontraktionen beteiligt
Phosphor (P)	1,0 %	Bestandteil vieler Biomoleküle, z. B. Nucleinsäuren, ATP und zyklischem AMP; Bestandteil der Knochen und Zähne
Kalium (K)	0,4 %	Hauption in den Zellen; erforderlich zur Weiterleitung von Nervenimpulsen und für Muskelkontraktionen
Schwefel (S)	0,3 %	Bestandteil vieler Eiweiße, besonders der kontraktilen Filamente („Eiweißfäden“) des Muskels
Natrium (Na)	0,2 %	Notwendig zur Weiterleitung von Nervenimpulsen sowie für Muskelkontraktionen; Hauption außerhalb der Zellen, das wesentlich zur Aufrechterhaltung der Wasserbilanz benötigt wird
Chlor (Cl)	0,2 %	Wesentlich an der Aufrechterhaltung der Wasserbilanz zwischen den Zellen beteiligt
Magnesium (Mg)	0,1 %	Bestandteil vieler Enzyme
Spurenelemente (ca. 1 %)		
Chrom (Cr) Eisen (Fe) Fluor (F) Jod (J) Kobalt (Co) Kupfer (Cu) Mangan (Mn) Molybdän (Mo) Selen (Se) Zink (Zn)	Jeweils weniger als 0,1%	Die links genannten Spurenelemente sind essenzielle, also lebensnotwendige Spurenelemente (biologische Funktionen → Kap. I/16.4.7) Fraglich essenzielle Spurenelemente sind z. B. Arsen (As), Nickel (Ni), Silicium (Si), Vanadium (V) und Zinn (Sn). Sie kommen im Körper vor und werden über die Nahrung aufgenommen, der tägliche Bedarf beim Menschen sowie Mangelsymptome sind aber nicht bekannt

Tab. I/14.5 Die chemischen Elemente des menschlichen Körpers. [A400]

I/28 Grundlagen der Arzneimittellkunde

I/28.1 Allgemeine Arzneimittellehre

S Fallbeispiel Stationär

Altenpflegeschülerin Janine Guter hat starke Kopfschmerzen. Das ist besonders unangenehm, weil heute in der Schule eine Lernzielüberprüfung stattfindet, bei der – wie angekündigt – umfangreicher Stoff abgefragt werden soll.

Jens Breitscheid, der in der gleichen Klasse sitzt, bemerkt, dass Janine Guter ziemlich blass aussieht. Als er hört, dass sie Kopfschmerzen hat, sagt er: „Hier, ich habe zufällig das Richtige dabei.“ Er reicht seiner Kollegin eine Arzneimittelschachtel. Janine Guter sieht, dass es sich um ein verschreibungspflichtiges Schmerzmittel handelt. Sie ist nicht sicher, ob sie das einfach so einnehmen soll.

Die gesundheitsfördernde Wirkung bestimmter Kräuter ist schon lange bekannt. Pflanzenkundige sammelten diese und andere Heilpflanzen, um daraus Heilpulver, Arzneitees, Tinkturen oder Umschläge zu bereiten. Heute hat die **Arzneimittelbehandlung** (*Pharmakotherapie*) die Grenzen rein pflanzlicher Wirkstoffe längst überschritten und verwendet tierische, menschliche, halbsynthetische und synthetische Substanzen, um daraus eine Vielfalt an Wirkstoffzubereitungen zu produzieren.

In Deutschland sind ca. 100 000 Fertigarzneimittel zugelassen, wobei aber jede Darreichungsform, Wirkstärke und Packungsgröße separat zählt. Davon ist etwa die Hälfte verschreibungspflichtig. ■■ 1



Abb. I/28.1 Seit Jahrtausenden ist die gesundheitsfördernde Wirkung von Heilpflanzen bekannt. Wie andere Arzneimittel können aber auch Heilpflanzen und pflanzliche Arzneimittel unerwünschte Wirkungen haben. [J787]

I/28.1.1 Definition eines Arzneimittels

➤ **Arzneimittel** (*Pharmakon*, engl.: *drug*): „Arzneimittel sind Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen,

- 1. die zur Anwendung im oder am menschlichen oder tierischen Körper bestimmt sind und als Mittel mit Eigenschaften zur Heilung oder Linderung oder zur Verhütung menschlicher oder tierischer Krankheiten oder krankhafter Beschwerden bestimmt sind oder
- 2. die im oder am menschlichen oder tierischen Körper angewendet oder einem Menschen oder einem Tier verabreicht werden können, um entweder
 - a) die physiologischen Funktionen durch eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkung wiederherzustellen, zu korrigieren oder zu beeinflussen oder
 - b) eine medizinische Diagnose zu erstellen.“ ■■ 2

Medikament: Nicht einheitlich benutzter Begriff, der meist (und auch in diesem Buch) Arzneimittel bezeichnet, die in einer bestimmten Dosierung zur Vorbeugung oder Behandlung einer Erkrankung dienen. Beispielsweise gehören Arzneimittel zur diagnostischen Anwendung wie etwa Röntgenkontrastmittel nach dieser Definition nicht zu den Medikamenten.

Bestandteile eines Arzneimittels

Ein Arzneimittel besteht in der Regel aus einem oder mehreren **Wirkstoffen** sowie **Hilfsstoffen**.

Wirkstoffe können nicht nur chemische Elemente oder Verbindungen sein, sondern auch Pflanzen oder Pflanzenteile sowie Bestandteile oder Stoffwechselprodukte von Tieren, Bakterien oder Viren.

Hilfsstoffe sind z.B. Füllstoffe, Konservierungsmittel oder Substanzen, die die Resorption der Wirksubstanz in den Organismus verändern.

Placebos sind *Scheinmedikamente* ohne Wirkstoff. Ein Placebo kann trotzdem eine Wirkung entfalten, wahrscheinlich v.a. über psychische Mechanismen. Placebos werden in Studien verwendet, um die Wirkung eines neuen Arzneimittels festzustellen. Außerhalb von Studien ist ihr Einsatz ethisch höchst umstritten. Umgekehrt kann es auch

zu unerwünschten Wirkungen kommen, die nicht durch den Wirkstoff erklärt werden können. Dies wird als *negativer Placebo-Effekt* oder **Nocebo-Effekt** bezeichnet.

Generell sind Placebo- und Nocebo-Effekt auch bei anderen Therapien möglich, besonders häufig werden die Begriffe aber im Zusammenhang mit Arzneimitteln verwendet.

Arzneirezeptur – Fertigarzneimittel

Arzneirezepturen werden individuell in der Apotheke hergestellt. Den größten Teil der verordneten Arzneimittel machen aber **Fertigarzneimittel** (*Arzneimittelspezialitäten*, *Arzneimittelpräparate*) aus. Dies sind im Voraus industriell hergestellte Arzneimittel, die in einer bestimmten Verpackung an den Verbraucher abgegeben werden. Die Arzneimittelverpackung muss bestimmte Angaben enthalten (→ Abb. I/28.2). Außerdem muss Fertigarzneimitteln eine **Packungsbeilage** mit der Überschrift **Gebrauchsinformation** beiliegen, die allgemein verständliche Angaben u.a. zu wirksamen Bestandteilen des Arzneimittels, Anwendungsgebieten und -vorschriften (einschließlich Dosierung), Gegenanzeigen und unerwünschten Wirkungen enthält.

I/28.1.2 Gesetzliche Vorschriften über den Umgang mit Arzneimitteln

Den Umgang mit Arzneimitteln regelt das **Arzneimittelgesetz** (*Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln*, AMG). Es enthält Vorschriften über die Herstellung, Zulassung, Kontrolle, Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln sowie die Verbraucheraufklärung und die Produkthaftung des Herstellers.

Im Alltag sind vor allem die Vorschriften über die Verschreibung und Abgabe der Arzneimittel von Bedeutung.

Frei verkäufliche Arzneimittel

Frei verkäufliche Arzneimittel (z.B. Mund- und Rachendesinfektionsmittel, bestimmte pflanzliche Arzneimittel, Vitamin- oder Mineralstoffpräparate) sind nicht nur in Apotheken, sondern auch in Drogerien und z.T. in Supermärkten erhältlich. Sie

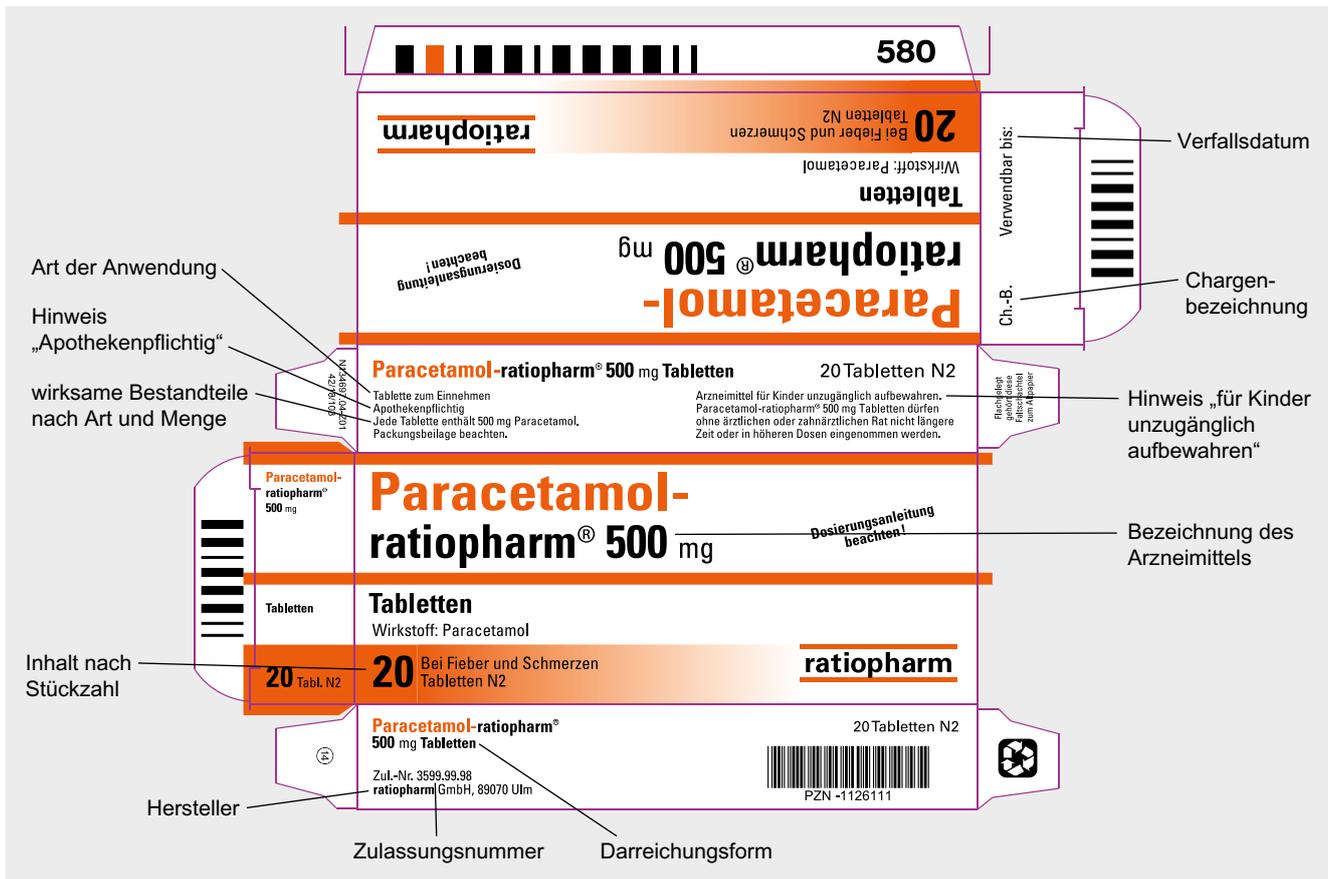


Abb. I/28.2 Packung und Behältnis eines Fertigarzneimittels müssen nach dem Arzneimittelgesetz bestimmte Angaben enthalten. [U230]

können von jedermann ohne Kontrollen gekauft werden.

Apothekenpflichtige Arzneimittel

Apothekenpflichtige Arzneimittel (Kennzeichnung *Ap*) dürfen nur in Apotheken verkauft werden, unterliegen aber ansonsten keinen Abgabekontrollen. Sie sind die typischen Medikamente zur Selbstmedikation. Charakteristische Beispiele sind Schmerzmittel wie Acetylsalicylsäure und Paracetamol, Abführmittel oder Baldrianpräparate.

Frei verkäufliche und apothekenpflichtige (also alle nicht verschreibungspflichtigen) Arzneimittel werden auch als **OTC-Präparate** (engl.: *over the counter* = über den Ladentisch) zusammengefasst. Sie werden nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt.

Verschreibungspflichtige Arzneimittel

Verschreibungspflichtige (rezeptpflichtige) Arzneimittel (Kennzeichnung *Rp*), z.B. Antibiotika, werden vom Apotheker nur auf

Vorlage einer schriftlichen ärztlichen Verordnung (eines *Rezepts*) abgegeben, da diese Medikamente bei unkontrollierter Einnahme erfahrungsgemäß relativ häufig zu Schäden führen. Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen sind automatisch in den ersten fünf Jahren verschreibungspflichtig.

Internet- und Lese-Tipp

- Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BAH): www.bah-bonn.de
- Gelbe Liste Pharmindex, Medizinische Medien Informations GmbH: www.gelbe-liste.de
- Rote Liste® Service GmbH: www.rote-liste.de

Verschreibungsfähige Betäubungsmittel

➤ **Betäubungsmittel (BtM):** Bewusstseins- und stimmungsverändernde Substanzen, die zur Abhängigkeit (→ Kap. I/33.11) führen können. Sämtliche Substanzen, die zu den Betäubungsmitteln zählen, sind im **Betäubungsmittelgesetz (BtMG)** aufgelistet. Unterschieden werden

nicht verkehrsfähige, verkehrs- aber nicht verschreibungsfähige sowie verkehrs- und verschreibungsfähige Betäubungsmittel. Letztere werden v.a. zur Behandlung starker Schmerzen verabreicht, z.B. Morphin oder Pentazocin. 📄 3

Betäubungsmittel (Kennzeichnung *Btm*) dürfen nur verabreicht werden, wenn andere Substanzen, die nicht zu den Betäubungsmitteln gerechnet werden, keine ausreichende Wirkung erzielen. Da Betäubungsmittel vor allem bei sehr starken Schmerzen eingesetzt werden, werden die einzelnen Wirkstoffe im Rahmen der medikamentösen Schmerztherapie genannt (*Opioid-Analgetika* → Kap. I/35.3.2).

Besonderheiten im Umgang mit Betäubungsmitteln

Um zu verhindern, dass Unbefugte Zugang zu Betäubungsmitteln erlangen, wurden im **Betäubungsmittelgesetz (Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln, BtMG)** und in der **Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des**

Verbleibs von Betäubungsmitteln, BtMVV) strenge Vorschriften festgelegt. Das Betäubungsmittelgesetz stellt den ungesetzlichen Gebrauch von Betäubungsmitteln unter Strafe und listet die Betäubungsmittel einzeln auf. Die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung regelt die ärztliche Verschreibung der verkehrs- und verschreibungsfähigen Betäubungsmittel. ■■ 3 ■■ 4

- Die Verordnung von Betäubungsmitteln ist nur auf einem dreiteiligen amtlichen Formular möglich, dem **Betäubungsmittelrezept** (BtM-Rezept → Abb. I/28.4). Teile I und II werden der Apotheke vorgelegt, Teil III bleibt beim verordnenden Arzt. Der Arzt muss Vorschriften zu Zahl und Höchstmenge der verschriebenen Betäubungsmittel beachten. Die BtM-Rezepte müssen vom jeweiligen Arzt gesondert beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte angefordert werden. Jeder Arzt ist für die sorgfältige Aufbewahrung verantwortlich und muss einen Verlust umgehend anzeigen. Verschreibt der Arzt Betäubungsmittel für den Bewohner einer Pflegeeinrichtung, eines Hospizes oder im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, kann er bestimmen, dass das Rezept nicht dem Erkrankten ausgehändigt wird. Dann darf er selbst oder von ihm beauftragtes Personal seiner Arztpraxis, der Pflegeeinrichtung, des Hospizes oder der Einrichtung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung das BtM-Rezept in der Apotheke einlösen
- Ärzte dürfen außerdem für Hospize und Einrichtungen der spezialisierten ambu-

lantent Palliativversorgung einen Notfallvorrat verschreiben.

Seit 2012 darf der Arzt außerdem zur Palliativversorgung in eng umrissenen Notfällen Betäubungsmittel für maximal drei Tage in Form von Fertigarzneimitteln überlassen

- Besondere Regelungen gelten für die Verschreibung zur Substitution bei opiatabhängigen Menschen (der Anteil älterer Drogenabhängiger wächst)
- Alle Medikamente, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, müssen getrennt von den übrigen Arzneimitteln unter ständigem Verschluss bewohnerbezogen aufbewahrt werden. In der Praxis sieht das so aus, dass die üblichen Arzneimittelschränke in Pflegeeinrichtungen ein separates, zusätzlich abschließbares Fach für Betäubungsmittel haben. Die Verantwortung über den Schlüssel des Faches trägt die Einrichtungs- oder Pflegedienstleitung, delegiert diese aber in der Regel durch Übergabe an die Schichtleitung gegen Unterschrift. Die jeweils verantwortliche Person trägt den Schlüssel für dieses Fach stets bei sich und ist für seine sichere Aufbewahrung zuständig
- Über Bestand und Verbleib der Betäubungsmittel muss Buch geführt werden. **Betäubungsmittelbuch** oder **-karten** werden entweder im Safe der Einrichtungsleitung oder im Extrafach des Arzneimittelschranks aufbewahrt. Ihre Seiten sind fortlaufend nummeriert. Dort sind alle im Bereich vorrätigen Betäubungsmittel verzeichnet (Bezeichnung, Darreichungsform, Menge → Abb.

I/28.3). Ändert sich der Bestand durch Lieferung aus der Apotheke oder durch Abgabe an einen Pflegebedürftigen, ist sofort zu aktualisieren. Alle entnommenen Betäubungsmittel werden mit Datum, vollständigem Namen des Bewohners, Art und Menge des entnommenen Betäubungsmittels, verordnendem Arzt sowie entnehmenden und verabreichenden Pflegenden dokumentiert. Auch zu Bruch gegangene Ampullen werden protokolliert. Bei Schreibfehlern wird das falsch geschriebene Wort **einmal** durchgestrichen. Auf keinen Fall dürfen Seiten herausgerissen oder Korrekturen vorgenommen werden, die das Geschriebene völlig unkenntlich machen (z.B. durch Tipp-Ex®). Mittlerweile ist auch ein Nachweis mittels elektronischer Datenverarbeitung zulässig, sofern ein Ausdruck der Angaben nach den entsprechenden Vorschriften jederzeit möglich und eine nachträgliche Manipulation der Daten ausgeschlossen ist. Buch, Karten oder Ausdrücke müssen drei Jahre lang aufbewahrt werden

- Der Bestand an Betäubungsmitteln und das Betäubungsmittelbuch werden monatlich von der Einrichtungsleitung bzw. der Pflegedienstleitung kontrolliert. Die Kontrolle wird durch Unterschrift dokumentiert.

Rezept

➤ **Rezept (Verschreibung):** Schriftliche Anweisung des Arztes zur Arzneimittelanfertigung oder Arzneimittelabgabe an den Apotheker.

Bezeichnung ¹⁾ des Betäubungsmittels		Nachweispflichtige Teilnehmer Name oder Firma und Anschrift der Apotheke bzw. feilfertigen Hausapotheke, Name und Anschrift: – des Arztes, Zahnarztes bzw. Tierarztes, – des Krankenhauses bzw. der Tierklinik, und Bezeichnung der Teileinrichtung			Bereich 2. Seniorenstift „Auf der Höhe“		Lfd. Nr. der Karte (für das bezeichnete Betäubungsmittel)
Dipidolor 15 mg							3
Datum des Zugangs- bzw. des Abgangs	Bei Zugang: Name oder Firma und Anschrift des Lieferers oder sonstiger Herkunft	Zugang	Abgang	Bestand	Name und Anschrift des Arztes, Zahnarztes bzw. Tierarztes ²⁾	Nummer des Betäubungsmittelrezeptes oder -anforderungsscheines ³⁾	Datum der Prüfung und Namenszeichen des i.S. der BtMVV verantwortlichen Arztes, Zahnarztes, Tierarztes bzw. Apothekers
	Bei Abgang: Name oder Firma und Anschrift des Empfängers oder sonstiger Verbleib	in g, mg, ml oder Stück					
		Übertrag ▶			16		
15 06 13	Hr. Mayer Otto		1	15			Dr. Mustermann
15 06 13	Fr. Berger Anna		2	13			
21 06 13	Fr. Elisabeth Müller		1	12			
23 06 13	Apotheke Krankenhaus Donauwieschingen	50		62	Dr. Hans Mustermann, KH Donauwieschingen	40-15884-10	
24 06 13	Bruch Amp beim Aufziehen zerbrochen		1	61	Zeugen: Dr. Mustermann Sr. Silke, Sr. Monika		
30 06 13	Hr. Joachim Lang		2	59			
		Übertrag ▶					

¹⁾ Bei Fertigarzneimitteln: Arzneimittelbezeichnung, Darreichungsform, Bezeichnung und Gewichtsmenge – bei homöopathischen Arzneimitteln statt dessen Verdünnungsgrad – des enthaltenen Betäubungsmittels je Packungseinheit bzw. je abgeteilte Form.

²⁾ Nicht erforderlich, wenn mit der Angabe unter „Nachweispflichtiger Teilnehmer“ identisch.

³⁾ In Apotheken im Falle der Abgabe auf Verschreibung, in Krankenhäusern und Tierkliniken im Falle des Erwerbs auf Verschreibung.

Abb. I/28.3 Seite aus einem BtM-Buch, in das alle aus der Apotheke gelieferten und im Pflegebereich verabreichten oder verworfenen BtM eingetragen werden. [W188]

Formulare

Derzeit werden ärztliche **Rezepte** (*Verschreibungen*) auf Papier ausgedruckt oder geschrieben. Aus den unterschiedlichen Abgabebeschränkungen und Krankenversicherungssystemen (gesetzlich oder privat krankenversichert) ergeben sich verschiedene Formulare:

- Wohl am häufigsten ist das rosa-weiße **Kassenrezept** für verschreibungspflichtige Arzneimittel, für die eine gesetzliche Krankenversicherung die Kosten übernimmt. Der Versicherte muss aber eine **Zuzahlung** in Höhe von 10% leisten (minimal 5, maximal 10 Euro bzw. den tatsächlichen Preis), wenn er nicht von dieser befreit ist. Gibt es für das Arzneimittel einen **Festbetrag**, übernimmt die Krankenkasse die Kosten nur bis zu dieser Höhe. Ist ein Arzneimittel teurer, muss der Versicherte die Differenz selbst bezahlen, auch wenn er von der Zuzahlung befreit ist. Liegt der Preis eines Arzneimittels 30% unter dem Festbetrag, ist es zuzahlungsfrei. Das Gesagte gilt prinzipiell auch bei Rabattverträgen zwischen Krankenkassen und Arzneimittel-

herstellern. Zusätzlich kann aber die jeweilige Krankenkasse bei rabattierten Arzneimitteln die Zuzahlung reduzieren oder aufheben, sodass die Zuzahlung beim gleichen Arzneimittel unterschiedlich sein kann. Pro Rezept dürfen höchstens drei Arzneimittel verschrieben werden. Ein Kassenrezept (→ Abb. I/28.4) ist nach Ausstellung einen Monat gültig. Ausnahme sind Dauerverordnungen für Hilfsmittel, die ein Quartal gelten

- **Privatrezepte** können prinzipiell auf Papier ohne jeglichen Vordruck ausgefüllt werden, sofern alle nötigen Angaben darauf enthalten sind. In der Praxis sind sie aber überwiegend weiß oder blau-weiß mit Vordruck zumindest der Praxisanschrift. Privatrezepte werden für Privatversicherte ausgestellt sowie für verschreibungspflichtige Arzneimittel von Kassenpatienten, wenn die Kassen die Kosten nicht übernehmen. Privatrezepte werden dem Betroffenen nach Quittierung durch den Apotheker wieder ausgehändigt. Privatversicherte können sich die Kosten dann von der Krankenversicherung erstatten lassen, gesetzlich

Krankenversicherte die Kosten als außergewöhnliche Belastung bei der Steuererklärung geltend machen. Privatrezepte gelten drei Monate

- Das **grüne Rezept** ist für nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel gesetzlich Krankenversicherter gedacht, deren Kosten nicht von den Kassen getragen werden. Es ist eigentlich kein Rezept, sondern eine Empfehlung des Arztes und eine Merkhilfe für den Erkrankten. Es kann außerdem das Geltendmachen der Kosten bei der Steuererklärung erleichtern. Das grüne Rezept ist unbegrenzt gültig
- Das dreiteilige **Betäubungsmittelrezept** ist unabhängig von der Versicherungsart. Es muss binnen einer Woche eingelöst werden.

Mit der elektronischen Gesundheitskarte sollte auch das **elektronische Rezept (E-Rezept)** eingeführt werden. Eine Umsetzung ist aber bisher nicht erfolgt.

Erforderliche Angaben

Gemäß der **Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV)** vom 21.12.2005 enthält ein Rezept folgende Angaben:

Muster

123456789

PKVH

ADK Mitterstadt

Bebel, Thomas 12.11.1948

Bambusweg 5
12345 Mitterstadt

0814567 341256347836 1000..2

6723415 123456403 20.06.16

Dolantin Tropfen 50mg/ml 20ml

S: Bei Schmerzen morgens und abends

→ 24 Tropfen mit Wasser einnehmen

Dr. med. M. Mustermann
Facharzt für Innere Medizin
Musterstr. 6, 10000 Musterstadt
Tel.: 01234 567890

123456789

Max Mustermann

Maschinen- oder Handschriftlich

Arzneimittelbezeichnung, Stückzahl (in Worten wiederholt), Darreichungsform, Gewichtsmenge, Gebrauchsanweisung mit Einzel- oder Tagesangaben oder Vermerk „gem(äß) schriftl(icher) Anw(eisung)“

Handschriftlich

Unterschrift, evtl. Zusatz „in Vertretung“

Abb. I/28.4 Die unterschiedlichen Arzneimittel werden auf verschiedenen Rezepten verordnet. Oben links Kassenrezept, oben rechts Privatrezept, unten BtM-Rezept. [W181, W188, E118]

- Name, Berufsbezeichnung und Anschrift des verschreibenden Arztes
- Datum der Ausfertigung
- Name und Geburtsdatum der Person, für die das Arzneimittel bestimmt ist
- Bezeichnung des Fertigarzneimittels oder des Wirkstoffes einschließlich der Stärke, bei einem Arzneimittel, das in der Apotheke hergestellt werden soll, die Zusammensetzung nach Art und Menge oder die Bezeichnung des Fertigarzneimittels, von dem Teilmengen abgegeben werden sollen
- Darreichungsform, sofern die obige Bezeichnung nicht eindeutig ist (z.B. Tablette)
- Abzugebende Menge (z.B. N1)
- Gebrauchsanweisung bei Arzneimitteln, die in der Apotheke hergestellt werden sollen
- Gültigkeitsdauer der Verschreibung
- Eigenhändige Unterschrift der verschreibenden Person oder, bei Verschreibungen in elektronischer Form, deren qualifizierte elektronische Signatur nach dem Signaturgesetz. ■■ 5

Dosierung oder Zeitpunkt der Einnahme müssen nicht unbedingt auf dem Rezept notiert sein.

Darüber hinaus ist der Arzt verpflichtet, **Änderungen an einer Medikamentenverordnung** mit einer schriftlichen Notiz an der dafür vorgesehenen Stelle der Dokumentation zu fixieren. Diese Dosierungsanordnung besteht aus:

- Medikamentenname
- Verabreichungsform
- Dosierung
- Zeitpunkt der Verabreichung
- Gegebenenfalls zeitliche Befristung der Gabe
- Handzeichen des verordnenden Arztes und Datum der Anordnung.

In Notfällen können Pflegende eine solche Anordnung auch mündlich entgegennehmen. Sie lassen sich die Anordnung schriftlich bestätigen, sobald es möglich ist.

I/28.1.3 Arzneimittelnamen

Drei Namen für ein Medikament

Jedes Medikament hat in der Regel drei Namen:

- Der **chemische Name** ist die genaue chemische Bezeichnung der Substanz, z.B. *2-Acetoxybenzoesäure*. Er ist in erster Linie für den Apotheker und den Chemiker interessant
- Der **Freiname** (*genericname, international non-proprietaryname, INN*), im oben genannten Beispiel *Acetylsalicylsäure*,

entspricht meist der chemischen Kurzbezeichnung der Substanz

- Der **Handelsname** (*Präparatename*) ist die Bezeichnung, unter der das Medikament vom Hersteller vertrieben wird. Der Handelsname ist durch ein [®] (*Registered trademark = eingetragenes Warenzeichen*) gekennzeichnet. Beispiele für Handelsnamen der genannten Substanz sind Aspirin[®] oder ASS ratiopharm[®].

Ein neuer Wirkstoff ist durch Patentrecht und ergänzende Schutzzertifikate etwa 10–15 Jahre ab Markteinführung geschützt. Danach kann jede andere Firma den gleichen Wirkstoff in den Handel bringen. Am häufigsten erfolgt dies unter dem Freinamen mit Zusatz des Hersteller-namens, gelegentlich unter einem neuen Handelsnamen. Solche wirkstoffgleichen Nachahmerpräparate heißen **Generika** (Einzahl: *Generikum*). Sie unterscheiden sich beispielsweise in Herstellung und Hilfsstoffen vom **Originalpräparat** und sind überwiegend erheblich billiger.

Nicht mit Generika verwechselt werden dürfen **Me-too-Präparate** (*Analogpräparate*). Hier ist die Wirksubstanz eines eingeführten, erfolgreichen Originalpräparats leicht verändert worden. Der Mehrnutzen daraus ist bei den meisten dieser wirkstoff-ähnlichen Präparate heftig umstritten. Me-too-Präparate können noch während der Schutzfrist des Originalpräparats auf den Markt gebracht und ebenfalls patentiert werden. Sie können billiger, gleich teuer oder teurer sein als das Originalpräparat.

Namenszusätze

Viele Präparate tragen **Namenszusätze**, die auf besondere Eigenschaften hinweisen:

- Zahlen geben häufig den Wirkstoffgehalt pro Tablette oder Ampulle an. So enthält etwa eine Tablette Aspirin[®]N 100 100 mg Acetylsalicylsäure, eine Tablette Aspirin[®]N 300 dagegen 300 mg
- Die Zusätze mite (z.B. Lanitop[®]mite), minor oder pico (z.B. Digimerck[®]minor, Digimerck[®]pico) weisen auf eine geringere Dosis, der Zusatz forte (z.B. Eusaprim[®]forte) auf eine höhere Dosis verglichen mit dem zuerst auf dem Markt erschienenen Präparat hin
- Depot (z.B. Fluanxol[®]Depot), long (z.B. Orfiril[®]long) oder retard (z.B. Isoket[®]retard) deuten auf eine verzögerte oder verlängerte Wirkung der Präparate hin. Dies wird z.B. durch Zusatz bestimmter Substanzen zu Injektionslösungen oder Überzüge bei Tabletten oder Kapseln erreicht

- Präparate mit dem Zusatz mono enthalten in der Regel nur einen Wirkstoff (z.B. Protagutt[®]mono). Dagegen stellen Präparate mit den Zusätzen compositum (comp., z.B. Metohexal[®]comp. oder Ramipril[®]comp.) oder plus (z.B. Teveten[®]plus) meist eine Kombination mehrerer Wirksubstanzen dar.

➤ Vorsicht!

Viele Arzneimittel sind entsprechend ihrer Zusammensetzung mit und ohne Namenszusätze erhältlich. Beim Richten der Medikamente ist also die schriftliche Anordnung des Medikaments sorgfältig zu lesen und Außenverpackung und ggf. auch Blister (→ Abb. I/28.6) oder Tablette auf die Anordnung hin zu prüfen. Verlass ist auf die Namenszusätze nicht! Forte z.B. kann nicht nur eine höhere Dosis, sondern auch eine Kombination mehrerer Wirksubstanzen bedeuten (z.B. Prostagutt[®]forte).

I/28.1.4 Beschaffung, Aufbewahrung und Entsorgung von Arzneimitteln

Beschaffung von Arzneimitteln

Pflegebedürftige in häuslicher Umgebung besorgen sich apothekenpflichtige Arznei- oder Hilfsmittel meist in einer Apotheke bzw. lassen diese holen oder liefern.

Für Pflegebedürftige in einer Pflegeeinrichtung gibt es zwei Möglichkeiten:

- Sie oder ihre Angehörigen besorgen sich apothekenpflichtige Arzneimittel wie Pflegebedürftige in häuslicher Umgebung selbst in der Apotheke ihrer Wahl
- Sie lassen ihr Rezept von der Einrichtungsleitung an die Apotheke weiterleiten, mit der die Einrichtung einen Versorgungsvertrag hat. Seit 2003 sind Pflegeeinrichtungen und öffentliche Apotheken zum Abschluss solcher Versorgungsverträge verpflichtet, um die Versorgung der Bewohner mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sicherzustellen.

Aufbewahrung von Arzneimitteln

➤ Vorsicht!

Arzneimittel sind potenziell gefährlich. Nur durch sorgfältigen Umgang kann sichergestellt werden, dass sie nicht in unbefugte Hände geraten oder ein Pflegebedürftiger z.B. durch falsche Dosierung Schaden nimmt.

Behältnisse von Arzneimitteln sind grundsätzlich sicher zu verschließen. Dies ist besonders wichtig bei Arzneimitteln, die flüchtige, wasseranziehende oder stark duftende Stoffe enthalten, z.B. Tinkturen, Zubereitungen mit Alkohol, ätherische Öle.

Arzneimittel, die sich bei Licht zersetzen oder ihre Wirksamkeit verlieren, sind vor Licht zu schützen. Sie werden im Regelfall in dunklen Flaschen geliefert.

Bei Arzneimitteln aus Pulver oder Kristallen (z.B. Tabletten, Puder) ist trockene Lagerung besonders wichtig. Sie können durch Feuchtigkeit (Kondenswasser bei einem ungünstig gelegenen Schrank) zerfallen oder schimmeln.

Die geeignete **Lagerungstemperatur** für ein Medikament ist aus der Medikamentenverpackung und der Packungsbeilage ersichtlich:

- Sind auf Verpackung und Packungsbeilage keine besonderen Lagerungsvorschriften zu finden, kann das Arzneimittel bei Zimmertemperatur, d. h. bei 15–25 °C, aufbewahrt werden. Dies ist bei den meisten Arzneimitteln (auch Suppositorien) der Fall
- Einige Medikamente sollen etwas kälter bei 8–15 °C aufgehoben werden, beispielsweise ätherische Öle, Fette und Salben
- Wenige Medikamente, z.B. Insulinvorräte, müssen im Kühlschrank bei 2–8 °C lagern. Notwendig sind engmaschige Temperaturkontrollen (am besten wird ein Minimal-Maximal-Thermometer in die Kühlschranktür gelegt) und regelmäßiges Abtauen.

In Pflegeeinrichtungen dürfen in Kühlschränken, die zur Lagerung von Medikamenten ausgewiesen sind, nicht gleichzeitig Nahrungsmittel aufgehoben werden.

Feuergefährliche Stoffe wie Alkohol oder Äther dürfen nicht in der Nähe von Heizungen gelagert werden und müssen vor Sonne geschützt sein (*Explosionsgefahr*). Sie werden in verschließbaren, bruchsicheren Behältern mit besonderer Kennzeichnung (*Flammensymbol*) verwahrt.

➤ **Vorsicht!**

Um Verwechslungen zu vermeiden, dürfen Arzneimittel nie in andere Gefäße umgefüllt werden.

Beipackzettel und Lasche der Verpackung (mit Verfallsdatum und Chargennummer) bleiben stets mit dem Medikament in der Originalverpackung, bis die letzte Tablette verbraucht ist.

Aufbewahrung von Arzneimitteln in Pflegeeinrichtungen

Arzneimittel werden in einem Schrank (→ Abb. I/28.5) gelagert, der abschließbar sein muss, damit z.B. desorientierte Bewohner oder unbefugte Besucher nicht an die Medikamente gelangen können. Wird eine Altenpflegerin vom Richten der Medikamente weggerufen, darf sie den Schrank nicht unbeaufsichtigt offen stehen lassen, sondern muss eine Kollegin mit der Überwachung beauftragen oder den Schrank einschließlich der gerichteten Medikamente verschließen. Arzneimittel, die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen, müssen in einem gesonderten abschließbaren Fach gelagert sein (→ Kap. I/28.1.2).

In einer stationären Altenpflegeeinrichtung dürfen keine Medikamente im Sinne eines Stationsbedarfs bestellt werden. Allerdings dürfen die in der Pflegeeinrichtung tätigen Ärzte Praxisbedarf dort (unter Verschluss) deponieren.

Die Arzneimittel sind Eigentum des jeweiligen Bewohners und werden entsprechend bewohnerbezogen aufbewahrt. Jeder Bewohner hat im Medikamentenschrank ein eigenes, namentlich gekennzeichnetes Fach, eine Box oder Lade. Zusätzlich wird auf jeder Medikamentenpackung der Name des Bewohners vermerkt. Packungen des gleichen Arzneimittels mit längerem Verfallsdatum werden hinter die mit baldigem Verfallsdatum einsortiert. Bei Anbruch werden die Medikamente mit Datum versehen und angebrochene Packungen zuerst verbraucht. Auch kühlschrankpflichtige Arzneimittel müssen bewohnerbezogen gelagert werden. In diesem Fall ist es sinnvoll, an Fach, Box oder Lade eine Markierung



Abb. I/28.5 In Pflegeeinrichtungen werden Medikamente bewohnerbezogen gelagert. Jeder Bewohner hat seine eigene, korrekt beschriftete Box oder Lade. [V464]



Abb. I/28.6 Blisterverpackungen (engl.: blister = Bläschen) sind Sichtverpackungen, die Tabletten vor Umwelteinflüssen schützen. Gerade älteren Menschen fällt das Herausdrücken der Tabletten aber oft schwer. [J787]

anzubringen (z.B. fest haftender Kleber außen), die daran erinnert, dass weitere Arzneimittel für den Bewohner im Kühlschrank stehen.

Schrank und Boxen bzw. Fächer werden regelmäßig gereinigt und dabei auf verfallene Medikamente kontrolliert. Restbestände eines Arzneimittels dürfen von Altenpflegerinnen nicht an andere Bewohner ausgegeben werden.

➤ Für jeden Bewohner müssen dokumentiert werden:

- Name, Geburtsdatum und Krankenversicherung des Bewohners
- Name, Anschrift und Telefonnummer der verordnenden Ärzte
- Name, Anschrift und Telefonnummer der Lieferapotheke
- Alle verordneten Arzneimittel u.a. mit letztem Verschreibungsdatum, Darreichungsform, Gebrauchsanweisung.

Haltbarkeit von Arzneimitteln

Die meisten Medikamente sind zwar lange, aber nicht unbegrenzt haltbar. Deshalb ist auf allen Packungen das **Verfallsdatum** aufgedruckt, das aber nur für original verschlossene Medikamente (→ Abb. I/28.6) gilt. Medikamente aus geöffneten Originalpackungen, die aus ihrer Folie herausgeholt oder sogar schon weiterverarbeitet worden sind (z.B. Antibiotikallösungen aus Pulver und Lösungsmitteln), halten sich nicht so lange. Die Haltbarkeit bereits zubereiteter Lösungen ist dem Beipackzettel zu entnehmen. Dies gilt auch für Tropfen, die nach Anbruch nur eine bestimmte Haltbarkeit haben (z.B. Augentropfen).

Verfallene Medikamente kann man häufig, aber nicht immer von außen an folgenden Veränderungen erkennen:

- Verfärbungen des gesamten Medikaments oder lokale Farbveränderungen, etwa Flecken auf Tabletten

- Konsistenzveränderungen, etwa nicht aufschüttelbare Suspensionen (fester Bodensatz mit flüssigem Überstand), aufgeplatzte Oberflächen bei Dragees oder verklebte Kapseln
- Ungewöhnliche Beimengungen in sonst klaren Flüssigkeiten, etwa Trübungen oder Flocken in Trinkampullen oder Infusionslösungen
- Geruchsveränderungen, etwa bei ranzigen Salben.

Haben Altenpflegerinnen Zweifel, ob das Medikament in Ordnung ist, lassen sie es von einem Arzt oder Apotheker kontrollieren.

Entsorgung von Arzneimitteln

Arzneimittel gelten als Sondermüll. Sind sie verfallen, anderweitig unbrauchbar geworden oder werden sie nicht mehr benötigt, müssen Arzneimittel korrekt entsorgt werden. Wie dies erfolgen kann, ist regional unterschiedlich und kann in aller Regel bei dem für Abfallentsorgung zuständigen Amt der Kommune erfragt werden. Meist können kleinere Mengen zur Entsorgung in die Apotheke zurückgegeben werden.

In Pflegeeinrichtungen ist zu beachten, dass die Arzneimittel eines Bewohners nach seinem Tod in das Eigentum der Angehörigen bzw. Erben übergehen. Diese entscheiden dann, was damit passieren soll.

I/28.1.5 Richten und Zubereiten von Arzneimitteln

Richten von Arzneimitteln

Viele Pflegebedürftige in häuslicher Umgebung richten ihre Medikamente selbst oder lassen dies von Angehörigen besorgen. Die meisten Bewohner von Pflegeeinrichtungen sind hierzu nicht mehr in der Lage, sodass die Altenpflegerinnen Richten und ggf. Zubereiten von Arzneimitteln übernehmen.

In der häuslichen Pflege ist es üblich, für eine Woche im Voraus zu richten. Hierzu gibt es spezielle Dosiersysteme, bei denen z.B. sieben *Dispenser* (→ Abb. I/28.7) in eine Box geschoben werden wie Schubladen in

einen Schrank. Zu beachten ist, dass nicht wenige Präparate licht- oder feuchtigkeitsempfindlich sind, v.a. Weichgelatinekapseln, alle Brausetabletten und Tabletten, die sich im Mund auflösen sollen. Die einzelnen Tabletten werden deshalb nicht beim Richten aus dem Blister herausgedrückt (→ Abb. I/28.6). Man schneidet vielmehr den Blister mitsamt der darin eingeschlossenen Tablette ab.

In einigen Pflegeeinrichtungen wird wie in Krankenhäusern für nur einen Tag im Voraus gerichtet. Entweder erhält der Bewohner seinen gesamten Tagesbedarf in einem Dispenser, oder die Tabletten werden für alle Bewohner in Medikamentenbechern gerichtet, auf ein Tablett gestellt und kurz vor oder zu den Mahlzeiten ausgeteilt (Einzeldosissystem). Um Verwechslungen auszuschließen, sollte je ein Tablett für morgens, mittags, abends und spätabends gestellt werden. Auch die Nutzung verschiedenfarbiger Medikamentenbecher auf einem Tablett, z.B. rot für morgens, gelb für mittags, blau für abends, reduziert die Gefahr, dass Medikamente zu einem falschen Zeitpunkt gegeben werden. Tropfen werden nicht vorgerichtet, sondern zunächst ein leerer Medikamentenbecher auf den Platz gestellt, der erst kurz vor Verabreichung mit den Tropfen und etwas Wasser gefüllt wird. Auch Medikamente, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, werden unmittelbar vor Gebrauch gerichtet. Dispenser bzw. Tablett müssen regelmäßig gereinigt werden.

In vielen Pflegeeinrichtungen werden die Medikamente nur einmal wöchentlich gerichtet, da dies wesentlich zeitsparender ist. Dann sollten spezielle Stellsysteme verwendet werden. So kann beim wöchentlichen Richten für jeden Bewohner ein Wochentablett mit sieben Dispensern gestellt werden. Jeden Tag wird diesem Wochentablett der Dispenser für den gewünschten Wochentag entnommen und auf ein Verteiltablett umgesteckt, das zusätzlichen Platz für Becher bietet und die (Tages-)Dispenser aller Bewohner der Wohngruppe aufnimmt (→ Abb. I/28.8).



Abb. I/28.7 Dispenser zur Verteilung von Medikamenten. Die Schale enthält den gesamten Tagesbedarf an Tabletten für jeweils einen Bewohner. [V464]

In manchen Einrichtungen wird der Wochenbedarf der Dauermedikation in bewohnerindividuellen **Wochenblistern** vorgefertigt aus der Apotheke geliefert. Diese **Verblisterung** soll die Arzneimittelsicherheit erhöhen und in den Einrichtungen Zeit sparen – über die Hälfte der Bewohner von Pflegeeinrichtungen bekommt sieben oder mehr Medikamente. Altenpflegerinnen bemängeln allerdings u.a., dass sie nicht mehr so gut den Überblick und die Kontrolle über die Medikation haben, zudem können nur feste Arzneimittel verblister werden. ■■ 6

Individuelle Wochenblister sind prinzipiell auch für die häusliche Altenpflege geeignet. Bislang bieten eher wenige Apotheken das Verblistern an.

- Beim Richten der Medikamente die „6-R-Regel“ beachten:
- Richtiger Pflegebedürftiger
 - Richtiges Medikament
 - Richtige Dosierung oder Konzentration
 - Richtige Applikationsart
 - Richtiger Zeitpunkt
 - Richtige Dokumentation.
- Teilweise wird die „6-R-Regel“ durch bis zu vier weitere Punkte zur „8-R-“ oder „10-R-Regel“ erweitert:
- Richtige Aufbewahrung
 - Richtige Anwendungsdauer
 - Richtiges Risikomanagement
 - Richtige Entsorgung

Medikamente sollten zu einer möglichst ruhigen Zeit an einem möglichst ruhigen Ort gerichtet werden, um folgenschwere „Flüchtigkeitsfehler“ zu vermeiden. In Pflegeeinrichtungen ist deshalb die Anwesenheit weiterer Pflegenden zum Entgegennehmen von Telefonaten und zur Betreuung der Bewohner wünschenswert.

Grundregeln für das **Richten von Medikamenten** sind:

- Vor jedem Umgang mit Arzneimitteln Hände waschen und desinfizieren. Medikamente nicht mit den Händen berühren, da zum einen die zwangsläufig mit der Zeit feuchter werdenden Hände die Arzneimittel verändern können, zum anderen sich durch den Hautkontakt mit dem Arzneimittel die Allergiegefahr für die Altenpflegerinnen erhöht. Am besten Handschuhe zum Richten anziehen
- Die Medikamente stets aus der bereits angebrochenen Packung oder aus der Packung mit dem kürzest bevorstehenden Verfallsdatum nehmen, sodass die ältesten Medikamente zuerst verbraucht werden („first in first out“)
- Das Medikament dreimal auf seine Richtigkeit überprüfen: beim Herausholen

aus dem Schrank, bei der Entnahme der Tablette und beim Wegstellen

- Die Medikamente bezüglich ihres Aussehens kontrollieren, z.B. auf Ausflockungen in sonst klaren Lösungen, auf Farbveränderungen oder ggf. einen ungewöhnlichen Geruch achten
- Eingeschweißte Medikamente möglichst in ihrer Folie lassen, damit sie sich nicht durch die Luftfeuchtigkeit oder Licht verändern können und eine nochmalige Kontrolle vor dem Verabreichen möglich ist. Dies ist besonders wichtig, wenn für mehrere Tage im Voraus gestellt wird
- Verschmutzte oder verklebte Medikamentenbehältnisse vor dem Zurückstellen in den Schrank reinigen oder verwerfen, um ein Keimwachstum zu verhindern
- Die Medikamente mit dem Beipackzettel und der Lasche, auf der Chargennummer und Verfallsdatum angegeben sind, an ihren ursprünglichen Platz zurückstellen. Fehlende oder in Kürze ausgehende Medikamente notieren und vom Arzt neu verschreiben lassen
- Nach dem Richten der Medikamente das Tablett bis zum Austeilen in den Medikamentenschrank stellen und abschließen, damit Unbefugte keinen Zugriff haben.

Beim Zerteilen von Tabletten ist Vorsicht geboten. Das Tablettenteilen ist eine der häufigsten Fehlerursachen beim Richten von Medikamenten in Pflegeeinrichtungen. Generell können nur Tabletten mit Bruchkerbe mit der Hand oder einem **Tablettenteiler** zerteilt werden. Die übrig gebliebene Hälfte wird trocken und lichtgeschützt aufbewahrt und als nächstes verbraucht.

Wird ein Bewohner per Sonde ernährt, muss der Arzt bereits bei der Verordnung darauf achten, ob das Präparat dafür geeignet ist. Granulat und viele Tabletten können in Was-

ser aufgeschwemmt werden. Darf eine Tablette zermörsert werden, geschieht dies erst unmittelbar vor ihrer Verabreichung.

➤ Gerade in der häuslichen Pflege kann es schwierig sein, die regelmäßige Medikamenteneinnahme zu gewährleisten. Um die Mitarbeit (*Therapieadhärenz*) des Erkrankten zu sichern, sollte:

- Die Medikation dem Pflegebedürftigen erläutert werden
- Der Medikamentenplan möglichst einfach sein und ein übersichtlicher Einnahmeplan schriftlich vorliegen
 - Möglichst Einmalgaben statt mehrfach am Tag
 - Evtl. fixe Kombinationen statt mehrerer Tabletten
 - Möglichst kein Teilen von Tabletten
- Bei der Wahl von Präparat, Verabreichungs- und Darreichungsform Rücksicht auf evtl. Behinderungen des Pflegebedürftigen genommen werden (z.B. Präparatwechsel, wenn der Pflegebedürftige mit der Verpackung nicht zurechtkommt)
- Ein Dosiersystem (z.B. Dosett®, Medi 7®) benutzt werden.

Kann der Pflegebedürftige die Medikamente trotzdem nicht mehr selbst richten, sollten Angehörige oder Altenpflegerinnen dies erledigen. Vergisst der Pflegebedürftige die Tabletteneinnahme gelegentlich, kann evtl. eine Pillendose mit eingebautem Wecker helfen, die es mittlerweile auch für mehrere Tage und Uhrzeiten gibt.

Zubereitung von Arzneimitteln

Muss das Medikament von den Pflegenden zubereitet werden, z.B. ein Pulver in einem geeigneten Lösungsmittel aufgelöst werden, ist streng aseptisches Arbeiten (auch bei oraler Medikation) unabdingbar. Anschließend werden Zubereitungsdatum und Uhr-

zeit auf dem Behältnis vermerkt. Medikamente zur parenteralen Verabreichung, z.B. Antibiotika-Infusionen, werden unmittelbar vor der Verabreichung zubereitet.

I/28.1.6 Verabreichung von Arzneimitteln

Applikation von Augentropfen und -salben
→ Kap. I/30.2.10

➤ Medikamente dürfen nur auf ärztliche Anordnung verabreicht werden.

Voraussetzungen der Medikamentengabe

Auf dem Medikamententablett oder den Dispensern (→ Abb. I/28.7, → Abb. I/28.8) muss der vollständige Name des Bewohners stehen. Beim Austeilen der Medikamente wird der Bewohner (nochmals) auf evtl. Umstellungen seiner Medikation hingewiesen.

Zunächst achtet die Altenpflegerin auf den Verabreichungszeitpunkt, der normalerweise vom Arzt im entsprechenden Dokumentationsbogen angegeben wird und auch der Packungsbeilage entnommen werden kann. Einmal täglich bedeutet meist morgens oder abends, zweimal täglich morgens und abends, dreimal täglich zu den Hauptmahlzeiten und zur Nacht $\frac{1}{2}$ –1 Std. vor dem Schlafengehen. Ausnahme sind Antibiotika, bei denen die Abstände zwischen den Gaben möglichst gleich sein sollen (dreimal täglich bedeutet also einen 8-Stunden-Abstand). Pauschale Regeln zum „richtigen“ Einnahmezeitpunkt in Bezug auf Mahlzeiten gibt es nicht, da dieser von Wirksubstanz und Darreichungsform abhängt. So sollen Schilddrüsenhormone mor-



Abb. I/28.8 Links Wochentablett für einen Bewohner, rechts Verteiltablett für die Dispenser aller Bewohner einer Gruppe. Das Verteiltablett hat zusätzlich Mulden für Medikamentenbecher. [V464]



Abb. I/28.9 Ist der Pflegebedürftige nicht in der Lage, seine Medikamente selbstständig zur vorgesehenen Zeit einzunehmen, hilft ihm die Altenpflegerin dabei. [J787]

gens nüchtern eine halbe Stunde vor dem Frühstück genommen werden, Antazida hingegen 1–2 Std. nach einer Mahlzeit. Ist es bei oraler Gabe egal, wann ein Arzneimittel eingenommen wird, ist die Einnahme zu einer Mahlzeit oft am magenverträglichsten.

Ist keine Flüssigkeitseinschränkung angeordnet, sollten Tabletten mit mind. 100 ml Flüssigkeit bei aufrechtem Oberkörper eingenommen werden. Die Tabletten sind dann leichter zu schlucken und bleiben nicht so leicht „stecken“. Am besten sind Leitungswasser und stilles Wasser. Bei vielen Medikamenten sind auch andere Flüssigkeiten möglich (Einschränkungen sind auf der Packungsbeilage vermerkt). Alkoholika sind generell nicht geeignet.

Beim Abräumen des Essenstabletts achten Altenpflegerinnen darauf, ob der Pflegebedürftige die Tabletten genommen hat. Essen die Pflegebedürftigen in Tischgemeinschaft, fordern die dort Dienst habenden Altenpflegerinnen ggf. zur Medikamenteneinnahme auf und kontrollieren diese. Ist eine zuverlässige Medikamenteneinnahme durch den Pflegebedürftigen nicht gewährleistet (z.B. bei demenziell oder depressiv Erkrankten), bleiben Altenpflegerinnen während der Tabletteneinnahme beim Betroffenen (→ Abb. I/28.9).

➤ Möchte ein Pflegebedürftiger seine Medikamente nicht nehmen, wird der Arzt verständigt, der Betroffene aber auf keinen Fall gewaltsam zur Einnahme der Medikamente gezwungen.

Tipps zur oralen Medikamentenverabreichung

- Dragees, Filmtabletten und Kapseln werden unzerkaut eingenommen
- Brausetabletten und Pulver werden in einem normalen Glas in Wasser aufgelöst

- Werden Tabletten aufgelöst im Einnahmebecher verabreicht, dürfen keine Reste im Becher verbleiben. Der Rest sollte nochmals aufgelöst werden
- Mixturen müssen vor dem Einfüllen in den Einnahmebecher geschüttelt werden
- Bei Pflegebedürftigen, die schlecht schlucken können oder eine Ernährungssonde haben, sind Granulat, Säfte oder Brausetabletten günstig. Altenpflegerinnen klären frühzeitig z.B. mit Arzt oder Apotheker, ob Kapseln geöffnet oder Tabletten in Wasser aufgelöst oder zermörsert werden dürfen. Das Öffnen einer Kapsel mit magensaftresistenter Umhüllung kann z.B. zu erheblichen Resorptions- und Wirkungsveränderungen führen. Beim Zermörsern darf immer nur ein Medikament zur gleichen Zeit zermörsert werden.

➤ Vorsicht!

Bei Fehlern in der Medikamentengabe muss sofort der Arzt verständigt werden, damit der Schaden für den Bewohner möglichst gering bleibt. Aus Angst und Scham zu schweigen, in der Hoffnung, „dass nichts passiert“, ist unverantwortlich.

Verabreichungsformen

➤ **Verabreichungsform** (*Applikationsform*): Art und Weise, wie ein Arzneimittel auf oder in den Körper gebracht wird.

Welche **Verabreichungsform** gewählt wird, hängt von mehreren Faktoren ab:

- **Art des Wirkstoffs.** Viele Stoffe, z.B. Insulin und andere Eiweiße, würden bei *oralen* Gabe durch die Verdauungsenzyme des Magen-Darm-Trakts zerstört. Ist eine systemische Wirkung gewünscht, kommen nur Verabreichungsformen un-

ter Umgehung des Magen-Darm-Trakts (*parenteral*) in Betracht

- **Gewünschter Wirkort** (*lokal* = örtlich begrenzt oder *systemisch* = im ganzen Körper)
- **Wirkeintritt und -dauer.** Wirkt ein Arzneimittel sowohl nach oraler als auch nach intravenöser Gabe systemisch, tritt die Wirkung nach intravenöser Gabe weitaus schneller ein als nach oraler. Der Wirkeintritt nach oraler Gabe wird darüber hinaus von der Darreichungsform beeinflusst
- **Zustand und Wunsch des Betroffenen.** Die meisten Betroffenen bevorzugen Tabletten, Dragees oder Kapseln. Ein Bewohner mit starker Übelkeit aber wünscht vielleicht ein Zäpfchen oder eine Spritze.

➤ Die Verabreichungsform macht nur eine Aussage darüber, wie das Arzneimittel verabfolgt wird, nicht, wo es wirkt.

Vor allem werden im allgemeinen Sprachgebrauch „lokale Verabreichung“ und „lokale Wirkung/Behandlung“ sowie „orale Verabreichung“ und „systemische Wirkung/Behandlung“ oft gleichbedeutend verwendet. Dies trifft meist, aber nicht immer zu. So kann eine auf die Haut aufgetragene, d. h. lokal verabreichte Salbe sowohl lokal ihre Wirkung entfalten (etwa Salbe gegen eine Pilzinfektion), wenn der Wirkstoff auf der Haut verbleibt, als auch systemisch wirken (etwa Nitratsalbe gegen Angina pectoris), wenn der Wirkstoff durch die Haut in das Gefäßsystem gelangt. Umgekehrt haben die meisten oral eingenommenen Medikamente zwar Wirkungen auf den Gesamtorganismus, doch werden einige nicht aus dem Darm aufgenommen und stellen daher eine Lokalbehandlung der Darmschleimhaut oder Darmlichtung dar (z.B. Nystatin gegen Pilzinfektionen).

Enterale und parenterale Verabreichung

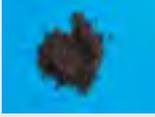
Grundsätzlich wird zwischen **enteralen** (*über den Darm*) und **parenteralen** (*unter Umgehung des Darms*) **Verabreichungsformen** unterschieden (→ Tab. I/28.1):

- Als enterale Verabreichungsformen werden üblicherweise die (per)orale, bukkale, sublinguale oder rektale Medikamentengabe gesehen
- Parenterale Verabreichungsformen sind die verschiedenen Injektionen und Infusionen, aber auch die perkutane Medikamentengabe.

Verabreichungsform	Bedeutung	Beispiel
Bukkal	• In die Wangentasche	• Schmerzmittel-Sublingualtablette bei akuten Schmerzdurchbrüchen im Rahmen chronischer Schmerzen
Inhalativ	• Durch Einatmen	• Asthma„spray“
Intraartikulär (i. a.)	• In ein Gelenk	• Kortisoninjektion bei rheumatischer Erkrankung
Intrakutan (i. c.)	• In die Haut	• Injektion der Testsubstanz bei Allergie- oder Tuberkulintest
Intramuskulär (i. m.)	• In einen Muskel	• Viele Impfungen
Intraossär (i. o.)	• In den Knochen	• Notfallmedikamente, wenn kein venöser Zugang gelegt werden kann
Intravenös (i. v.)	• In eine Vene	• Antibiotikainfusionen
Konjunktival	• Auf die Augenbindehaut	• Augentropfen gegen Augenbindehautentzündung
Kutan, perkutan, transdermal	• Auf/durch die Haut	• „Schmerzpflaster“ bei chronischen Schmerzen, „Hormonpflaster“ gegen Wechseljahresbeschwerden
Nasal	• In die Nase	• Nasenspray gegen Schnupfen
Oral, peroral (p. o.)	• Zu schlucken	• Bluthochdrucktabletten, häufigste Verabreichungsform überhaupt
Otal, aural	• In den Gehörgang	• Ohrentropfen bei Entzündung des äußeren Gehörganges
Peridural	• In den Epiduralraum	• Schmerzmittelgabe über Periduralkatheter nach bestimmten Operationen oder bei chronischen Schmerzen
Rektal	• In den After	• Schmerzmittelzäpfchen
Subkutan (s. c.)	• Unter die Haut	• Heparinspritze zur Thromboseprophylaxe, viele Impfungen
Sublingual (s. l.)	• Unter die Zunge	• Sublingualtabletten gegen Angina pectoris (Schmerzen durch Minderdurchblutung des Herzens) oder Schmerzdurchbrüche bei chronischen Schmerzen
Vaginal	• In die Scheide	• Vaginalovula oder -creme gegen Pilzinfektionen der Scheide

Tab. I/28.1 Die häufigsten Verabreichungsformen (Applikationsformen) von Medikamenten.

	Darreichungsform	Besonderheiten
Feste Arzneimittelformen		
	Pulver: Sehr fein zerkleinerte, feste Substanzen. Verabreichung meist lokal (Puder zum Auftragen auf die Haut); seltener oral, dann in der Regel in Flüssigkeit aufgeschwemmt oder gelöst [K115]	<ul style="list-style-type: none"> • Eingeschränkte Haltbarkeit, da Pulver durch Luftfeuchtigkeit verklumpt (zieht Wasser an) • Dosierung ungenau, falls nicht in Beutelchen verpackt
	Granulat: Zerkleinerte, feste Substanzen in Körnerform. Verabreichung meist oral mit Flüssigkeit [K115]	<ul style="list-style-type: none"> • Dosierung ungenau, falls nicht in Beutelchen verpackt
	Tablette: Fest gepresstes Pulver in meist runder Form. Verabreichung in der Regel oral [K115]	<ul style="list-style-type: none"> • Genaue Dosierung • Oft schlecht zu schlucken • Teilen meist möglich
	Filmtablette: Tablette mit dünnem Überzug (nicht aus Zucker) [K115] Dragee (Lacktablette): Tablette mit dickerem, zuckerhaltigem Überzug Retardtablette (Depottablette): Tablette mit verzögerter Wirkstofffreisetzung, z.B. durch Überzug, Einbettung in eine Matrix (Grundmasse) oder in winzige Pellets innerhalb der Tablette Ein Überzug schützt z.B. vor Feuchtigkeit oder macht die Tablette besser schluckbar. Ist der Überzug für Magensaftresistenz (Auflösen erst im Dünndarm) oder Retardierung (verzögerte Freisetzung) verantwortlich, ist die Darreichungsform nicht teilbar, da diese Eigenschaften durch Teilung verloren gingen. Verabreichung oral [K115]	<ul style="list-style-type: none"> • Genaue Dosierung • Gut zu schlucken • Geschmacksneutral • Film- und Retardtabletten manchmal (Kerbung?), Dragees nicht teilbar
	Schmelztablette: Tablette (bzw. dünnes Plättchen), die im Mund ohne weitere Flüssigkeitszufuhr schnell zergeht. Aufgrund der Herstellungsweise zerbrechlich. Flüssigkeitsanziehend Brausetablette: Tabletten, die in Wasser aufgelöst werden [J787]	<ul style="list-style-type: none"> • Genaue Dosierung • Meist eingeschränkte Haltbarkeit • Schmelztabletten: Einnahme auch im Liegen oder bei Schluckstörung möglich • Schneller Wirkungseintritt
	Kapsel: Feste oder flüssige Arzneisubstanz in einer verdaulichen Hülle, überwiegend auf Gelatinebasis. Verabreichung meist oral, gelegentlich vaginal oder Ausgangsmaterial zur Herstellung von Inhalaten Zerbeißkapseln: Kapseln mit flüssigem Inhalt, der durch Zerbeißen im Mund freigesetzt und über die Mundschleimhaut aufgenommen wird [K115]	<ul style="list-style-type: none"> • Umhüllung verändert sich mit der Zeit, wird z.B. klebrig/spröde • Nicht teilbar • Öffnen oft möglich

	Darreichungsform	Besonderheiten
Feste Arzneimittelformen		
	Tee: Zerkleinerte und getrocknete Pflanzenteile. Verabreichung v.a. oral nach Zubereitung eines Aufgusses mit kochend heißem Wasser [O408]	
	Zäpfchen (Suppositorium): Einbettung des Wirkstoffs in eine Fett-Grundlage, die bei Körpertemperatur schmilzt. Verabreichung rektal, Vaginalzäpfchen vaginal Ovula: Eiförmige Vaginalzäpfchen [O408]	<ul style="list-style-type: none"> • Stark variierende Wirkstoffresorption
Gasförmige Arzneimittelformen		
	Gas: Reine Gase ohne Zusatz. Verabreichung pulmonal. Verwendet werden dürfen nur medizinische Gase höchster Reinheit [V083]	<ul style="list-style-type: none"> • z.B. Sauerstoffgabe bei Atemstörungen, Narkosegase
	Aerosole: In einem Gas (Luft) zerstäubte feste oder flüssige Wirkstoffe. Verabreichung meist durch Inhalation, wobei die Teilchengröße bestimmt, ob die Substanz höchstens bis zur Luftröhre (grober Anhalt: Durchmesser $\geq 10 \mu\text{m}$), in die Bronchien (Durchmesser 5–10 μm) oder in die Lungen gelangt (Durchmesser 1–5 μm) [K183]	<ul style="list-style-type: none"> • Vor Gebrauch schütteln • Aerosolpackungen mit Treibgas vor Sonnenbestrahlung und Erwärmung über 50 °C schützen
Flüssige Arzneimittelformen		
	Lösung: Fester Wirkstoff, vollständig gelöst in einem geeigneten Lösungsmittel (z.B. Wasser, Alkohol). Verabreichung kutan, oral, parenteral oder Ausgangsmaterial zur Herstellung von Inhalaten [K115]	<ul style="list-style-type: none"> • lat.: <i>Solutio</i>, Abk. <i>Sol.</i>
	Tinktur: Alkoholischer Auszug aus pflanzlichen oder tierischen Stoffen, Verabreichung kutan, oral [K115]	
	Suspension: Aufschwemmung eines festen Wirkstoffes in einer Flüssigkeit. Verabreichung kutan, oral. Auch Ausgangsmaterial zur Herstellung von Inhalaten [K115]	<ul style="list-style-type: none"> • Teilchen „schweben“ in der Flüssigkeit • Vor Gebrauch schütteln
	Emulsion: Vermengung (feinste Verteilung) zweier nicht miteinander mischbarer Flüssigkeiten. Flüssigkeit sieht einheitlich, meist milchig-trüb aus. Verabreichung meist kutan, seltener oral [K115]	<ul style="list-style-type: none"> • V.a. aus Öl und Wasser (Öl-in-Wasser- oder Wasser-in-Öl-Emulsion, → Abb. I/28.11)
Halbfeste Arzneimittelformen		
	Salbe: Wirkstoff eingebettet in streichfähige Grundmasse, meist auf Fettbasis (→ Abb. I/28.10). Verabreichung kutan bzw. auf Schleimhaut [K115]	<ul style="list-style-type: none"> • Lat.: <i>Unguentum</i>, Abk. <i>Ungt.</i>
	Creme: Weiche „Salbe“ mit hohem Wassergehalt (→ Abb. I/28.10). Verabreichung kutan bzw. auf Schleimhaut [K183]	
	Paste: Relativ feste „Salbe“ mit hohem Pulveranteil (→ Abb. I/28.10). Verabreichung kutan bzw. auf Schleimhaut [K183]	
	Gel: Wirkstoff eingebettet in wasserlösliche Grundmasse mit Quellstoffen und Geliermitteln. Verabreichung kutan bzw. auf Schleimhaut [K115]	<ul style="list-style-type: none"> • Trocknet auf der Haut • Wirkt kühlend

	Darreichungsform	Besonderheiten
Sonderformen (Beispiele)		
	Implantat: Über längere Zeit oder lebenslang in den Körper eingebrachtes Fremdmaterial [V112]	
	Transdermale therapeutische Systeme (TTS): Pflasterartige selbstklebende Trägerfolien, die auf die Haut geklebt werden und den Wirkstoff kontinuierlich über einen längeren Zeit freisetzen. Wirkstoffresorption über die Haut [U231]	

Tab. I/28.2 Überblick über die Arzneimitelformen.

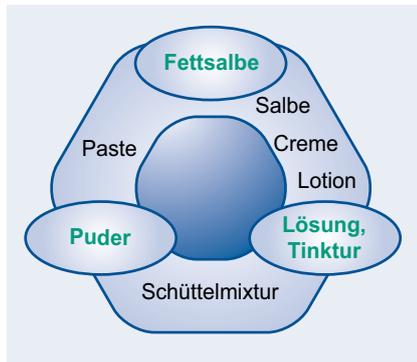


Abb. I/28.10 Überblick über die halbfesten Darreichungsformen, die an der Haut eingesetzt werden. Von Fettsalbe über Salbe, Creme und Lotion bis zur Lösung nimmt der Wassergehalt zu. [L138]

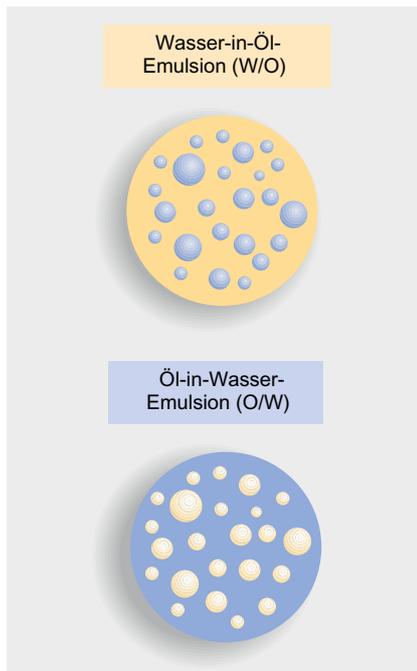


Abb. I/28.11 Bei der Wasser-in-Öl-Emulsion sind Wassertröpfchen in Öl als durchgängiger Phase gelöst, bei der Öl-in-Wasser-Emulsion ist es umgekehrt. [L157]

Auch diese Einordnung ist aber z.B. bei der bukkalen, sublingualen und rektalen Medikamentengabe umstritten.

Darreichungsformen

Viele Arzneimittel sind in verschiedenen **Darreichungsformen** (*Arzneiformen, Zubereitungsformen*) erhältlich, z.B. als Tablette zum Schlucken und als Injektionslösung zur parenteralen Gabe (→ Tab. I/28.2).
Verträgt ein Bewohner eine bestimmte Darreichungsform nicht, kann dies auf die Wirksubstanz oder die Zusatz- oder Hilfsstoffe zurückzuführen sein.

I/28.1.7 Wege eines Arzneimittels im Organismus

- **Pharmakologie** (*Arzneimittelkunde*): Lehre von den Wechselwirkungen zwischen Arzneistoffen und Organismus. Eingeteilt u.a. in:
 - **Pharmakokinetik.** Befasst sich mit der **Resorption** (*Aufnahme*), Verteilung, **Metabolisierung** (*Verstoffwechslung*) und **Elimination** (*Ausscheidung*) des Arzneistoffes im Körper („Was macht der Körper mit der Substanz?“, → Abb. I/28.12)

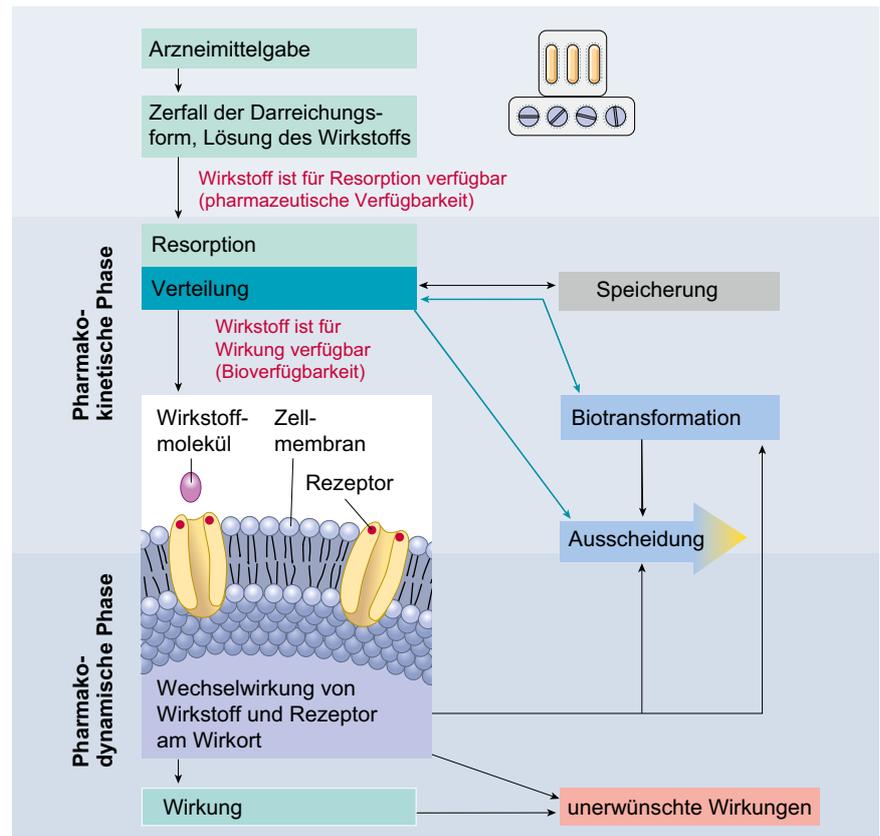


Abb. I/28.12 Arzneimittelgabe, Pharmakokinetik und -dynamik eines Medikaments. [L190]

- **Pharmakodynamik.** Befasst sich mit erwünschten und unerwünschten Wirkungen eines Arzneistoffes auf den Organismus („Was macht die Substanz mit dem Körper?“) einschließlich der Frage nach der notwendigen bzw. schädigenden Dosierung (→ Abb. I/28.12).

Resorption und Verteilung

Unter **Resorption** versteht man die Aufnahme von Stoffen über Haut oder Schleimhaut (z.B. Mund-, Magen-, Darmschleimhaut), Muskulatur oder Unterhautfettgewebe ins Blut. Von Arzneimitteln wird oft nur ein Teil resorbiert. Wie groß dieser ist, hängt von vielen Faktoren ab, z.B. den Eigenschaften des Arzneimittels, der Verabreichungsform oder bei oraler Aufnahme eventuellen Durchfällen.

Die **Verteilung** eines Arzneimittels im Körper ist v.a. abhängig von seinen physikochemischen Eigenschaften (etwa Molekülgröße, Ladung) im Zusammenhang mit den Membranen, die das Arzneimittel passieren muss. So gibt es einerseits Arzneimittel, die nach i.v.-Injektion in den Blutgefäßen verbleiben. Andere wiederum verteilen sich im Extrazellulärraum (Raum außerhalb der Zellen) oder sogar im ganzen Körper einschließlich des Intrazellulärums (innerhalb der Zellen). Wichtig ist, ob ein Arzneimittel die Blut-Hirn-Schranke überwinden und in Gehirn und Rückenmark Wirkungen (auch unerwünschte) hervorrufen kann.

Bioverfügbarkeit und Biotransformation

Bioverfügbarkeit bezeichnet den Anteil eines Arzneimittels, der in den venösen Körperkreislauf gelangt und somit am Wirkort zur Verfügung steht. Daher ist die Bioverfügbarkeit eines Arzneimittels nach intravenöser Gabe definitionsgemäß 100 %. Nach oraler Gabe kann die Bioverfügbarkeit ebenfalls nahe 100 % erreichen (die Wirkung tritt aber im Vergleich zur intravenösen Gabe langsamer ein).

Die Bioverfügbarkeit kann aber auch wesentlich geringer ausfallen, wenn z.B. nur die Hälfte des Arzneimittels aus dem Magen-Darm-Trakt resorbiert wird oder nach Resorption aus dem Darm ein Großteil des Wirkstoffs schon bei der ersten Leberpassage abgebaut wird, bevor er in die Venen des großen Kreislaufs gelangt (*First-Pass-Effekt*).

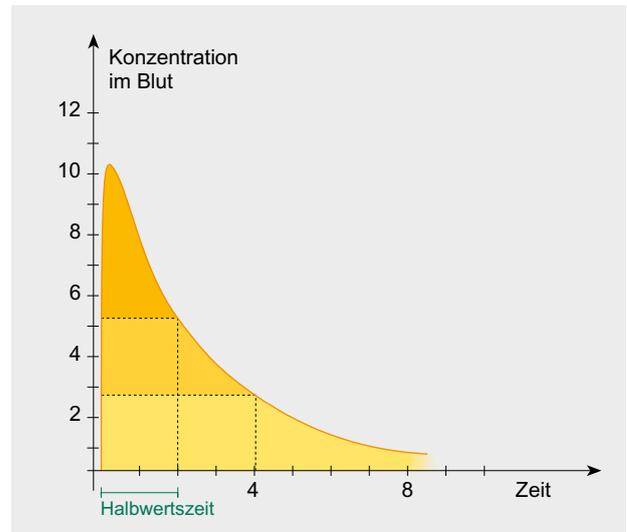


Abb. I/28.13 Blutspiegelkurve eines Arzneimittels. [L190]

Viele Arzneimittel werden im Körper nach ihrer Aufnahme chemisch verändert (verstoffwechselt, *metabolisiert*). Diese **Biotransformation** erfolgt v.a. durch Enzyme in der Leber. Dabei können die Arzneimittel inaktiviert, also unwirksam gemacht werden, oder aber umgekehrt erst ihre wirksame Form erlangen. Vor allem aber werden viele Arzneimittel wasserlöslicher.

Ausscheidung

Arzneimittel werden über verschiedene Wege ausgeschieden. Wohl der bedeutendste Weg ist die Ausscheidung über die Nieren, gefolgt von der über die Leber in die Galle und damit in den Darm. Einige wenige Arzneimittel werden abgeatmet (z.B. Narkosegase).

Blutspiegelkurve, Halbwertszeit und Dosierung

Nach der Verabreichung eines Arzneimittels erreicht seine Konzentration im Blut nach einer bestimmten Zeit, die je nach Medikament und Art der Verabreichung unterschiedlich ist, ein Maximum. Dann fällt die Konzentration ab, bis schließlich die gesamte Arzneimittelmenge aus dem Blutkreislauf ausgeschieden ist. Den Konzentrationsverlauf kann man anhand einer **Blutspiegelkurve** darstellen (→ Abb. I/28.13). Die **Halbwertszeit** gibt die Zeit an, nach der die Konzentration auf die Hälfte der Maximalkonzentration abgefallen ist.

Anhand der Blutspiegelkurve und der Halbwertszeit werden die **Dosierung** und der Abstand der Einzelgaben eines Medikaments festgelegt.

Veränderungen von Pharmakokinetik und -dynamik im Alter

Die altersbedingten Veränderungen der Organe haben Folgen für Arzneimittelaufnahme, -verstoffwechslung und -ausscheidung:

- Die Arzneimittelresorption aus dem Magen-Darm-Trakt ist nicht generell vermindert, aber oft verlangsamt
- Infolge der Abnahme des Wasser- und der Zunahme des Fettanteils des Körpers ändert sich nicht selten das Verteilungsvolumen eines Arzneimittels und dadurch seine Blutkonzentration und Halbwertszeit
- Im Alter ist die Albuminkonzentration im Blut häufig vermindert. Bei Arzneimitteln, die an Eiweiße gebunden werden, steigt dann der nicht-eiweißgebundene, „freie“ Anteil. Dadurch kann die Wirkung (zunächst) stärker sein, aber auch die Verstoffwechslung zunehmen und die Wirkung somit schneller abklingen
- Von großer praktischer Bedeutung ist die physiologische Abnahme der Nierenfunktion mit dem Alter. Dadurch werden viele Arzneimittel schlechter ausgeschieden. Wird die Dosis nicht vermindert, reichern sich diese Arzneimittel an (*kumulieren*) und es kann bei Arzneimitteln mit geringer therapeutischer Breite schon bei „Normaldosierung“ innerhalb kurzer Zeit zu Vergiftungserscheinungen kommen
- Auch die Verstoffwechslung in der Leber kann sich ändern, jedoch gibt es hier keine „Faustregeln“. Im Zweifel sind

Blutspiegelbestimmungen des Arzneimittels nötig. Die praktische Bedeutung der veränderten Leberfunktion ist insgesamt weit geringer als die der nachlassenden Nierenfunktion.

Darüber hinaus sind im Alter pharmakodynamische Änderungen möglich. Die Ursachen hierfür sind weitgehend unklar. In Frage kommen z.B. weniger Rezeptoren an den Zielzellen, eine veränderte Bindung des Arzneimittels an den Rezeptor oder veränderte Reaktionen in der Zelle. Bekannt sind z.B. Erregungszustände (statt Beruhigung) nach Gabe von Sedativa.

I/28.1.8 Unerwünschte Arzneimittelwirkungen

Ein Arzneimittel kann verschiedene Wirkungen entfalten, von denen meist eine bei der Behandlung hauptsächlich erwünscht ist. Die anderen Wirkungen können ebenfalls günstig, aber auch ausdrücklich unerwünscht sein. Diese **unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW)** werden im allgemeinen Sprachgebrauch auch nicht ganz korrekt als **Nebenwirkungen** bezeichnet. Sie treten definitionsgemäß auch bei sachgerechtem Gebrauch des Arzneimittels bei einem gewissen Prozentsatz der Menschen auf.

Unter der **therapeutischen Breite** eines Arzneimittels versteht man den „Abstand“ zwischen der Dosis, welche die erwünschte Wirkung hervorruft, und der, die zu (erheblichen) unerwünschten Wirkungen führt. Die therapeutische Breite ist ein Maß für die Sicherheit eines Arzneimittels.

Die unerwünschten Wirkungen eines Arzneimittels sind aus der Packungsbeilage ersichtlich. Sie muss auch Angaben über die Häufigkeit der unerwünschten Wirkungen enthalten, wobei es fünf „Häufigkeitsklassen“ gibt:

- Sehr häufig = mindestens 10 %
- Häufig = mindestens 1 %, aber unter 10 %
- Gelegentlich = mindestens 0,1 %, aber unter 1 %
- Selten = mindestens 0,01 %, aber unter 0,1 %
- Sehr selten = unter 0,01 %

Wohl zu den häufigsten unerwünschten Arzneimittelwirkungen zählen Magen-Darm-Beschwerden wie Übelkeit, Erbrechen oder Durchfälle. Letztere sind insofern problematisch, als dass sie zu einer verminderten Resorption und damit Wirkung des Arzneimittels führen können. Auch ZNS-

Störungen wie verstärkte Müdigkeit oder Verwirrtheit sind recht häufig. Gelegentlich führen die unerwünschten Wirkungen zu ernstesten Organschäden, z.B. zum Hörverlust oder zur Einschränkung der Blutzellbildung.

Auf jedes Medikament ist eine Allergie (→ Kap. I/26.6.1) möglich, sowohl gegen den Wirkstoff als auch gegen die in der jeweiligen Zubereitung enthaltenen Hilfsstoffe. Die meisten Allergien zeigen sich durch relativ harmlose Erscheinungen, z.B. Hautausschläge. Es kann aber auch zu einer allergischen Sofortreaktion bis hin zum anaphylaktischen Schock kommen (→ Kap. I/26.6.1), insbesondere bei parenteraler Gabe.

Inwieweit unerwünschte Wirkungen toleriert werden müssen, hängt auch von der Grunderkrankung ab. Während man ein Präparat gegen leichte Befindensstörungen beim Auftreten von unerwünschten Wirkungen in der Regel absetzt, müssen bei lebensbedrohlichen Erkrankungen, etwa schweren Infektionen oder Tumorleiden, auch ernste unerwünschte Wirkungen in Kauf genommen werden.

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen können gerade bei alten Menschen schwerwiegende Folgen haben. Führt z.B. ein Arzneimittel zu Müdigkeit oder Schwindel, so ist dies nicht nur lästig, sondern durch die Sturz- und damit Frakturgefahr ausgesprochen gefährlich.

➤ Altenpflegerinnen beobachten jeden Pflegebedürftigen sorgfältig auf das Auftreten von unerwünschten Arzneimittelwirkungen. „Neue“ Befindensstörungen, insbesondere nach einer Änderung der Medikation, werden nicht einfach auf „das Alter“ oder die Grunderkrankung zurückgeführt, sondern stets auf einen Zusammenhang mit der Arzneytherapie überprüft (Arzt informieren).

I/28.1.9 Arzneimittelwechselwirkungen

Bei der gleichzeitigen Gabe mehrerer Arzneimittel treten häufig **Arzneimittelwechselwirkungen (Arzneimittelinteraktionen)** zwischen den Medikamenten auf. Das Risiko steigt dabei mit der Zahl der eingenommenen Arzneimittel überproportional an (→ Abb. I/28.14).

Die Ursache der Wechselwirkungen kann in allen der oben aufgeführten Bereiche liegen (z.B. verminderte Resorption durch Komplexbildung von Arzneimitteln, andere Verstoffwechslung durch Konkurrenz um die Leberenzyme). Auch sind sowohl Wirkungsverstärkung als auch -abschwächung möglich.

So vermindern Antazida (Mittel gegen die Übersäuerung des Magens) die Resorption und damit die Wirkung vieler anderer Arzneimittel. Abhilfe bringt hier ausreichender Zeitabstand zwischen den Einnahmen.

Ein Teil der Arzneimittelwechselwirkungen ist vorhersehbar und muss vom Arzt bei der Verordnung berücksichtigt werden. Andere Wechselwirkungen sind aber nur schlecht kalkulierbar. Problematisch ist außerdem die eigenmächtige Medikamenteneinnahme auf die Empfehlung von Angehörigen oder Bekannten hin. Auch „harmlose“, frei verkäufliche Medikamente oder sogar Nahrungsergänzungsmittel können zu Arzneimittelwechselwirkungen führen.

➤ Schätzungsweise $\frac{1}{3}$ der mindestens 65-Jährigen erhält fünf oder mehr verschiedene Wirkstoffe im Quartal. ■■ 7 Diese **Mehrfachmedikation (Multimedikation, Polypharmazie)** erhöht das Risiko von Arzneimittelwechselwirkungen und -nebenwirkungen erheblich. Auch die Gefahr von Einnahmefehlern steigt.



Abb. I/28.14 Zum „Normalprogramm“ vieler alter Menschen gehört die tägliche Einnahme verschiedener Medikamente. Dadurch steigt die Gefahr unerwünschter Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Arzneimitteln massiv. [K313]

Konsequenzen sind eine genaue Beobachtung des Pflegebedürftigen und die regelmäßige Überprüfung aller eingenommenen Arzneimittel auf ihre Notwendigkeit hin (keine Präparate gegen leichte Befindungsstörungen einnehmen, Medikamente auf ihre Wirkung überprüfen und nicht einfach „weiterlaufen“ lassen).

Arzneimittel erstmalig speziell angepasst an Deutschland zusammen und nennt Alternativen sowie Vorsichtsmaßnahmen, falls das Arzneimittel bei älteren Menschen unbedingt gegeben werden muss.

■ ■ 8 ■ ■ 9

bittet Frau Leydig (→ Kap. I/27.1), bei der Durchsicht zu helfen. Sie finden Präparate, deren Mindesthaltbarkeitsdatum seit Jahren abgelaufen ist, viele Arzneimittel, die der aktuellen Verordnung nicht entsprechen und sogar ein paar Betäubungsmittel.

Priscus-Liste

Es gibt in Deutschland mehrere Verbundprojekte zum Thema „Gesundheit im Alter“. Eines davon ist das Projekt **Priscus** (priscus lat.: *alt, altehrwürdig*). Ein Schwerpunkt ist die Arzneimitteltherapie alter Menschen, auch unter dem Aspekt der Mehrfachmedikation.

Bestimmte Arzneimittel führen bei älteren Menschen besonders häufig zu unerwünschten Wirkungen. Sie werden als „potenziell inadäquat für ältere Menschen“ bezeichnet. Die **Priscus-Liste** stellt diese

I/28.2 Spezielle Arzneimittellehre

A Fallbeispiel Ambulant

Altenpflegerin Linda Müller sortiert die Arzneimittel bei Susanna Leydig. Während der täglichen Besuche war ihr aufgefallen, dass in der Wohnung der Pflegebedürftigen große Mengen Arzneimittel herumlagen. Nicht nur die zwei Spiegelschränke im Badezimmer waren vollgestopft mit Schachteln und Flaschen, sondern auch im Schlaf- und Wohnzimmer standen in den Ecken Kartons mit Arzneimitteln. Linda Müller-

Die **spezielle Arzneimittellehre** umfasst vor allem die Darstellung der medikamentösen Behandlung wichtiger Krankheitsbilder. Hierzu werden die Arzneimittel meist in Gruppen eingeteilt, oft nach ihrem Anwendungsgebiet, z.B. Analgetika als Mittel zur Behandlung von Schmerzen oder Antidiabetika als Mittel zur Behandlung des Diabetes mellitus (→ Tab. I/28.3). Eine einheitliche Einteilung gibt es nicht.

Die Details zu den Arzneimittelgruppen bzw. einzelnen Arzneimitteln werden bei den Krankheitsbildern abgehandelt, bei denen die jeweiligen Arzneimittel am häufigsten eingesetzt werden.

Arzneimittelgruppe	Anwendungsgebiet	Details
Abführmittel (<i>Laxanzien</i>)	Medikamente gegen Verstopfung	→ Kap. I/31.8.15
Analgetika	Schmerzmittel. Unterteilt in Nicht-Opio- und Opioid-Analgetika	→ Kap. I/35.3.2
Antiallergika	Medikamente gegen Allergien. Vor allem Antihistaminika und Mastzellstabilisatoren	→ Kap. I/26.6.1
Antianämika	Mittel gegen Blutarmut, z.B. Eisenpräparate	→ Kap. I/31.4.7
Antiarrhythmika	Medikamente gegen Herzrhythmusstörungen	→ Kap. I/31.5.12
Antibiotika	Medikamente zur Bekämpfung von Bakterien	→ Kap. I/32.4.1
Antidementiva (<i>Nootropika</i>)	Medikamente gegen geistigen Abbau	→ Kap. I/33.4.3
Antidepressiva	Stimmungsaufhellende Medikamente	→ Kap. I/33.6.1
Antidiabetika	Medikamente zur Behandlung des Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit). Eingeteilt in orale Antidiabetika („Zuckertabletten“) und Insuline	→ Kap. I/31.3.11
Antidiarrhoika	Mittel gegen Durchfall	→ Kap. I/31.8.15
Antiemetika, Antivertiginosa	Medikamente gegen Erbrechen, Mittel gegen Übelkeit und Schwindel bei Störungen des Gleichgewichtsorgans (z.B. Reisekrankheit)	→ Kap. I/31.8.14, → Kap. I/30.3.2
Antiepileptika (<i>Antikonvulsiva</i>)	Medikamente zur Unterdrückung zerebraler = vom Gehirn ausgehender (Krampf-)Anfälle	→ Kap. I/31.11.15
Antihypertensiva (<i>Antihypertonika</i>)	Blutdrucksenkende Medikamente	→ Kap. I/31.6.9
Antihypotonika	Blutdrucksteigernde Mittel	→ Kap. I/31.6.10
Antikoagulantien	Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung, v.a. Heparine, Cumarine	→ Kap. I/31.4.9
Antimykotika	Medikamente zur Bekämpfung von Pilzen	→ Kap. I/32.4.4
Anti-Parkinson-Medikamente	Medikamente gegen das Parkinson-Syndrom (Schüttellähmung)	→ Kap. I/31.11.16
Antipsoriasis	Mittel gegen Schuppenflechte	→ Kap. I/31.2.9
Antiretrovirale Medikamente	Medikamente gegen das HIV (Erreger von AIDS)	→ Kap. I/32.4.2
Antirheumatika	Medikamente gegen rheumatische Erkrankungen, v.a. nichtsteroidale Antirheumatika und lang wirksame Antirheumatika	→ Kap. I/31.1.14
Antituberkulotika (<i>Tuberkulostatika</i>)	Medikamente zur Bekämpfung von Tuberkulosebakterien	→ Kap. I/31.7.12
Antitussiva (<i>Hustendämpfer</i>)	Mittel zur Unterdrückung des Hustenreflexes	→ Kap. I/31.7.12
Anxiolytika	Medikamente gegen Angstzustände und zur Beruhigung	→ Kap. I/33.6.2
Augeninnendruck senkende Medikamente	Medikamente zur Senkung eines erhöhten Augeninnendrucks	→ Kap. I/30.2.6

Arzneimittelgruppe	Anwendungsgebiet	Details
Bronchospasmolytika	Die Bronchien (Atemwege) erweiternde Medikamente, gegen Luftnot	→ Kap. I/31.7.13
Digitalisglykoside	Herzkraftstärkende Medikamente bei Herzschwäche	→ Kap. I/31.5.11
Diuretika	Hartreibende Medikamente zur Ausschwemmung krankhafter Flüssigkeitseinlagerungen im Körper und bei Nierenfunktionsstörung	→ Kap. I/31.9.9
Expektoranzien	Medikamente, die das Aushusten von Sekret erleichtern sollen	→ Kap. I/31.7.12
Fibrinolytika	Mittel zur Auflösung von Blutgerinnseln (Thromben)	→ Kap. I/31.4.9
Glukokortikoide	Abkömmlinge körpereigener Hormone, v.a. gegen Entzündungen, Allergien und zur Unterdrückung des Abwehrsystems	→ Kap. I/26.6.4
Hypnotika/Sedativa	Schlafmittel/Beruhigungsmittel	→ Kap. I/33.6.2
Immunsuppressiva	Medikamente zur Unterdrückung des körpereigenen Abwehrsystems	→ Kap. I/26.6.4
Lipidsenker	Die Blutfette senkende Mittel	→ Kap. I/31.3.12
Gichtmittel	Medikamente gegen Harnsäureerhöhung im Blut und ihre Folgen	→ Kap. I/31.3.13
Medikamente gegen Osteoporose	Medikamente gegen (krankhaften) Knochenabbau	→ Kap. I/31.1.15
Neuroleptika	Medikamente gegen Psychosen	→ Kap. I/33.7.2
Nitrate	Gefäßerweiternde Medikamente, eingesetzt v.a. gegen Angina pectoris	→ Kap. I/31.5.10
Psychopharmaka	Mittel, die auf das ZNS wirken und Denken und Gefühle eines Menschen beeinflussen. Umfassen v.a. Antidepressiva, Anxiolytika und Neuroleptika	→ Kap. I/33
Schilddrüsenhormone	Körpereigene Hormone zum Ausgleich eines Schilddrüsenhormonmangels	→ Kap. I/31.3.8
Thrombozytenaggregationshemmer	Medikamente, welche das Zusammenballen der Blutplättchen in Blutgefäßen hemmen	→ Kap. I/31.4.9
Thyreostatika	Mittel zur Hemmung der Schilddrüsenfunktion	→ Kap. I/31.3.8
Ulkuetherapeutika	Medikamente zur Behandlung von Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren	→ Kap. I/31.8.14
Virostatika	Medikamente zur Bekämpfung von Viren	→ Kap. I/32.4.2
Wurmmittel (Anthelminthika)	Mittel zum Abtöten von Würmern im menschlichen Körper	→ Kap. I/32.4.5
Zytostatika	Zellgifte, v.a. gegen bösartige Erkrankungen, in geringerer Dosis auch gegen Autoimmunerkrankungen	→ Kap. I/34.4.4

Tab. I/34.3 Wichtige Arzneimittelgruppen.

Wiederholungsfragen

1. Nennen Sie die Unterschiede zwischen und Beispiele für frei verkäufliche Arzneimittel, apothekenpflichtige Arzneimittel und verschreibungspflichtige Arzneimittel. (→ Kap. I/28.1.2)
2. Welche verschiedenen Rezeptformulare kennen Sie, was sind ihre Charakteristika? (→ Kap. I/28.1.2)
3. Beschreiben Sie das Richten und Verteilen von Medikamenten in einer Pflegeeinrichtung, wenn die Medikamente einmal wöchentlich gerichtet werden. (→ Kap. I/28.1.5)
4. Nennen Sie fünf verschiedene Verabreichungsformen (Applikationsformen). (→ Kap. I/28.1.6)
5. Wie verändern sich Arzneimittelaufnahme, -verstoffwechslung und -ausscheidung im Alter? (→ Kap. I/28.1.7)
6. Wie häufig sind „häufige“ unerwünschte Arzneimittelwirkungen, wie häufig „seltene“? (→ Kap. I/28.1.8)

Literaturverzeichnis

1. Bundesverband der Arzneimittelhersteller e.V. (Hrsg.). Der Arzneimittelmarkt in Deutschland 2014. Zahlen und Fakten. <https://www.bah-bonn.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=5526&token=8d393e946b928c6a85c98a1af98e6f2fc0fb5176> (letzter Zugriff: 27.11.2015).
2. Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz, AMG): www.gesetze-im-internet.de/amg_1976/index.html (letzter Zugriff: 21.11.2015).
3. Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz, BtMG): www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/btmg_1981/gesamt.pdf (letzter Zugriff: 21.11.2015).
4. Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV): www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/btmv_1998/gesamt.pdf (letzter Zugriff: 21.11.2015).
5. Verordnung über die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln (Arzneimittelverschreibungsverordnung, AMVV): www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/amvv/gesamt.pdf (letzter Zugriff: 21.11.2015).
6. Buchinger, S. M.: Eine morgens, eine mittags, eine abends. Verblisterung in der Altenhilfe. Ein Baustein zur Optimierung der Arbeitsbedingungen. *Pflegerzeitschrift* 2012(10): S. 604–606.
7. Glaeske, G., Schickedanz, C.: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 20. Barmer GEK Arzneimittelreport 2013. Asgard Verlagsservice GmbH, Siegburg, 2013.
8. Bundesministerium für Bildung und Forschung, Referat Gesundheitsforschung (Hrsg.): Bei Risiken und Nebenwirkungen... Warum uns bestimmte Wirkstoffe im Alter schaden können. Stand August 2015. https://www.bmbf.de/pub/Bei_Risiken_und_Nebenwirkungen.pdf (letzter Zugriff: 27.11.2015).
9. http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf (letzter Zugriff: 27.11.2015).

II/10 Tagesstrukturierende Maßnahmen

II/10.1 Warum brauchen Menschen Struktur im Leben?

W Fallbeispiel Wohngruppe

Anneliese Huber, 80 Jahre alt, ist vor kurzem in das „Haus Wannestadt“ eingezogen. Dieser Schritt war notwendig geworden, da die Angehörigen mit der Betreuung überfordert waren. Frau Huber zog nach dem Tod ihres Mannes vor einem Jahr zu ihrer Tochter in eine Stadtwohnung mit Balkon. In der letzten Zeit verließ Frau Huber immer wieder selbstständig die Wohnung, um ihren Bauernhof zu suchen. Frau Huber stammt aus einer Bauernfamilie und hat mit ihrem Mann einen Bauernhof geführt. Sie ist eine bodenständige, praktisch veranlagte Frau. Der Altenpfleger Moritz Schmitz ist verantwortlich dafür, ein tagesstrukturierendes Betreuungsangebot für Frau Huber zu planen. Als Anneliese Huber nach dieser Planung zu einem klassischen Klavierkonzert im Haus begleitet wird, ist sie während des Konzerts sehr unruhig. Sie steht mehrmals auf und geht umher. Daraufhin begleitet eine Altenpflegerin sie in einen anderen Aufenthaltsraum. Während der nächsten Übergabe tauschen sich die Mitarbeiter über diese Erfahrung aus und überlegen, wie das Betreuungsangebot für Frau Huber optimiert werden kann.

Um sich mit dem Sinn **tagesstrukturierender Maßnahmen** auseinander setzen zu können, muss man sich zunächst die Frage nach der Bedeutung der Worte stellen. Der Duden erläutert den Begriff „Struktur“ mit: „Sinnfügung“, oder „Aufbau, sowie innere Gliederung“. Das Wort „Maßnahme“ steht für eine „zweckbestimmte Handlung“.

➤ Eine „tagesstrukturierende Maßnahme“ ist eine „Handlung zum Zweck, dem Tag einen sinnvollen, gegliederten Aufbau“ zu geben.

Jeder gesunde Mensch strukturiert seinen Tag grundsätzlich selbst. Die drei großen Pfeiler sind Schlafen, Essen und Arbeiten/ Freizeit. Sie bestimmen den Tagesrhythmus. Hinzu kommen die vielen kleinen Dinge, mit denen jeder Mensch den Tag individuell gestaltet, z. B.:

- Morgens immer Radio hören und dabei Kaffee trinken
- In der Frühstückspause um 10 Uhr Zeitung lesen
- Im Kreise der Familie speisen
- Nach dem Mittagessen spazieren gehen
- Abends die Fernsehnachrichten anschauen.

Das Ende der Erwerbstätigkeit und der Beginn des Rentenalters ist für viele Menschen ein tiefgehender Einschnitt, den sie aber durch die Fähigkeit der Selbststrukturierung kompensieren können, z. B. mit ehrenamtlicher Arbeit, Vereinsmitgliedschaften oder Sport.

Durch verschiedene Krankheiten kann ein Mensch eben diese Fähigkeiten verlieren, und er verändert oft auch sein Verhalten.

Dieses Kapitel beschäftigt sich also mit unterstützenden Maßnahmen für die Menschen, die ihrem Tag selbst keine Struktur mehr geben können. Dabei ist für jeden Senioren biografiebezogen ein individuelles Angebot zu erstellen, damit er spürt, dass sein Leben noch immer „sinnvoll“ ist.

Für jeden Menschen bedeutet Sinn selbstverständlich etwas anderes. Grundsätzlich gilt daher die Faustregel, dass Pfleger in einem Betreuungsangebot nichts unternehmen sollen, was dem Senioren nicht gefällt, nach dem Motto: „Was du nicht willst, das man dir tu, das füg auch keinem andern zu.“

➤ Lern-Tipp

Schreiben Sie einen Tagesplan für sich selbst. Notieren Sie alle Aktivitäten, die sie täglich ausführen und unterscheiden Sie zwischen Pflichten und Zeiträumen, die Ihnen zur freien Verfügung stehen. Denken Sie darüber nach, was Ihnen die jeweiligen Aktivitäten bedeuten. Diese Aufgabe eignet sich auch zur Erarbeitung in der Gruppe.

II/10.1.1 Bedeutung tagesstrukturierender Maßnahmen für Menschen mit Demenz

Für die meisten älteren Menschen war der Alltag und somit der überwiegende Teil ihres Lebens von Arbeit geprägt, gefolgt vom Essen und Trinken, denn ein altes Sprich-

wort sagt „Wer arbeitet, darf auch essen.“ Ausruhen und Erholung nahmen viel weniger Raum ein als heutzutage.

Bekannte Abläufe und vertraute Personen vermitteln Sicherheit und Geborgenheit. Diese wiederum schaffen ein gutes Selbstwertgefühl. Vertrautheit und Sicherheit ist besonders wichtig für Menschen, die an einer Demenzerkrankung leiden. Diese Menschen verlieren im Verlauf ihrer Erkrankung zunehmend die Fähigkeit, sich allein zielgerichtet zu beschäftigen. Daher ist für sie eine Unterstützung in der Tagesstrukturierung besonders notwendig. Hierbei achten Pfleger sehr genau auf die jeweilige Lebensgeschichte.

Insbesondere Tätigkeiten, die in der Vergangenheit vertraut waren und die gern ausgeführt wurden, können auch in fortgeschrittenen Phasen der Erkrankung Vertrautheit und Sicherheit vermitteln. Auch regelmäßig wiederkehrende Strukturen und Rituale sind in der Alltagsgestaltung für Demenzerkrankte von großer Bedeutung. Dadurch lassen sich Desorientierung und Unsicherheit vermindern, aus denen die Gefahr eines verstärkten inneren Rückzugs entsteht. 🗨️ 1

➤ Weder Leistung noch ein Produkt sind Ziele der Beschäftigung, sondern das Tun an sich steht im Mittelpunkt der Betreuung.

II/10.1.2 Rahmenbedingungen für eine sinnvolle Tagesstrukturierung

Gute **Rahmenbedingungen** wirken sich positiv auf die Tagesstrukturierung aus.

Die Räume sollten eine individuelle, wohnliche Atmosphäre vermitteln und angenehme Erinnerungen wecken. Eine enge Zusammenarbeit mit Angehörigen und Ehrenamtlichen erleichtert die Planung und Umsetzung von Aktivitäten. Angehörige sollten in den Tagesablauf einbezogen und eingeladen werden, an einzelnen Maßnahmen mitzuwirken. Entscheidend für eine individuell gestaltete Tagesstruktur ist es, den persönlichen Rhythmus des jeweiligen Menschen zu berücksichtigen.

Die Betreuer sind gefordert, die Senioren so zu begleiten, dass sie den Tag sinnvoll verbringen und erfüllt erleben können, ohne über- oder unterfordert zu sein. Sehr wichtig ist auch die Art des Umgangs mit den zu betreuenden Menschen.

Dokumentation tagesstrukturierender Maßnahmen

Die Durchführung der erbrachten Leistungen (Maßnahmen) wird durch Unterschrift oder Namenskürzel der verantwortlichen Betreuungskraft im **Durchführungsnachweis** (→ Abb. II/10.1) zeitnah dokumentiert.

II/10.1.3 Kommunikation als Voraussetzung einer guten Betreuung

Der Umgang mit den zu betreuenden Menschen sollte geprägt sein von Einfühlungsvermögen, Echtheit und Akzeptanz. Kommunikation findet bei jedem Kontakt zwischen Menschen statt. Wichtig sind dabei ein offener Blickkontakt, eine angemessene Lautstärke, ein freundlicher Tonfall und begleitende Gesten, sodass eine Atmosphäre entsteht, in der sich der Gesprächspartner wohl fühlt.

Menschen, die sich nicht mehr sprachlich ausdrücken können oder Sprache nicht ver-

stehen, suchen die nonverbale Kommunikation.

Das bedeutet, dass Tonfall, Lautstärke, Haltung, Blickkontakt und Gestik des Gegenübers (die atmosphärische Prägung der Kommunikation), von diesen Menschen sehr sensibel wahrgenommen werden. Oft ist also die nonverbale Kommunikation wichtiger als das gesprochene Wort.

Begegnung mit einem Menschen wohlwollend und freundlich, wird er dies wahrscheinlich erwidern. Es kommt darauf an, durch die Kommunikation eine Brücke zu dem anderen Menschen zu bauen, auf der man sich gern begegnet (→ Kap. I/18.1.1).

II
10

Name

= motiviert
 oder Hdz. = teilgenommen
 - = Angebot abgebrochen
 ○ = nicht teilgenommen
 / = ausgefallen
 Jahr 20 ____ Nr. ____

Monat	G/E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Gedächtnistraining																																		
Erinnerungsarbeit																																		
Fotoalben / Bilder / ... anschauen																																		
Lesen / Vorlesen																																		
Gesprächskreis																																		
Gesellschaftsspiele																																		
Musik hören, musizieren, singen																																		
Handwerkliches Arbeiten																																		
Kreatives (malen, basteln, gestalten ...)																																		
Hauswirtschaftliche Aktivierung (Kochen, Backen, ...)																																		
Bewegungsübungen / Tanz / Sitztanz																																		
Spaziergang / -fahrt																																		
Arbeit im Garten																																		
Versorgung von Haustieren																																		
interne Veranstaltung																																		
Ausflug																																		
Externe Veranstaltung																																		
Gottesdienst																																		
Friedhofbegleitung																																		
Datum		Bemerkungen															Hdz.	Datum	Bemerkungen															Hdz.

Abb. II/10.1 Beispielformular (GODO Systems GmbH) zur Dokumentation von Betreuungsleistungen im Rahmen von tagesstrukturierenden Maßnahmen (Mögliche Symbole zur Bezeichnung des Angebots oder der Teilnahme: G = Gruppenangebot; E = Einzelangebot; = motiviert; [oder Handzeichen] = teilgenommen; O = nicht teilgenommen; - = Angebot abgebrochen; / = ausgefallen). [J787]

II/10.1.4 Bedeutung der Lebensgeschichte in der Tagesgestaltung

Für die Auswahl der Maßnahmen zur Tagesgestaltung hat die individuelle **Lebensgeschichte** eine große Bedeutung.

Jeder Mensch hat eine einzigartige Vergangenheit mit Höhen und Tiefen, die ihn auf individuelle Weise geprägt haben. Daran haben sich bei jedem Menschen ein typischer Charakter, sein aktuelles Verhalten, spezifische Gewohnheiten, Empfindsamkeiten sowie Vorlieben und Abneigungen entwickelt. Die Kenntnis der Biografie erleichtert daher einen angemessenen, verständnis- und respektvollen Umgang mit dem Gegenüber.

Wenn vertraute Rituale und Gewohnheiten aus der Biografie des zu Betreuenden bekannt sind, kann auch die Assistenz bei den täglichen Dingen des Lebens erfolgreicher gelingen.

Außerdem bietet das Wissen über das Leben des alten Menschen die Chance, seine vorhandenen Ressourcen gezielt zu fördern. Das Wissen und der Erfahrungsschatz sollten in die Gestaltung des Tages einfließen.

Pflegende sollten die persönlichen Vorlieben der alten Menschen in ihren Handlungen stets berücksichtigen. So ist es z. B. entscheidend zu wissen, ob der Betreute sein Essen gern in Gemeinschaft einnimmt oder ob er gewohnt ist, allein zu essen; ob er besondere Einschlafrituale entwickelt hat, ob er Licht im Schlafzimmer benötigt oder ob es dunkel sein soll. Das Berücksichtigen dieser Gewohnheiten erscheint zunächst vielleicht kleinlich, doch für den alten Menschen sind sie eine große Hilfe, da sie Sicherheit und Vertrautheit vermitteln.

II/10.1.5 Einbeziehen von Angehörigen in den Tagesverlauf

In jeder Form der Altenbetreuung, sei es ambulant, teilstationär oder stationär, ist die **Einbeziehung von Angehörigen** in das Tagesgeschehen eine elementare Aufgabe der Pflegenden. Sie gibt dem alten Menschen Sicherheit und Abwechslung und bedeutet Vertrautheit und Bereicherung für ihn. Darüber hinaus entlastet es das Pflege- und Betreuungspersonal.

Angehörige können wichtiges Wissen zur Biografie des zu Betreuenden einbringen. Daher sollte zu Beginn der Pflegebeziehung

von Seiten des Personals die Initiative zum Aufbau eines eigenständigen Kontakts zu den Angehörigen ausgehen. Dies ist besonders wichtig für die Betreuung von Menschen mit Demenz.

Viele Angehörige verstehen zunächst das große Interesse der Pflegenden an präzisen Informationen aus der Biografie nicht. Es ist daher ihre Aufgabe, den Angehörigen zu erläutern, dass verlässlich gewonnene und detaillierte Informationen über die Lebensgeschichte des zu pflegenden Menschen die Grundlage für eine auf die Person zugeschnittene und professionelle Pflege und Betreuung bilden. Die Pflegenden sollten sehr sensibel mit der Form und dem Zeitpunkt der biografischen Informationssammlung sein.

Das unpersönliche und starre Abfragen eines Biografiebogens im Sinne der reinen Dokumentationspflicht ist zu vermeiden, denn es handelt sich stets um private und schützenswerte Angaben.

Angemessen ist ein einfühlsames, offenes Gespräch in ruhiger Atmosphäre. Sollten Angehörige oder der alte Mensch intime Details aus dem Leben berichten, die nicht weitergegeben werden sollen, sind diese absolut vertraulich zu behandeln, d. h. Pflegende erzählen sie weder weiter, noch fixieren sie diese Mitteilungen in der Dokumentation. Jeder Verstoß gegen die Schweigepflicht würde einen schweren Vertrauensmissbrauch bedeuten.

Für die Einzelbetreuung durch Mitarbeiter, Angehörige oder Ehrenamtliche hat sich eine Liste als sehr hilfreich erwiesen, auf der mögliche Betreuungsaktivitäten stehen. Diese Liste wird von oder mit Angehörigen erstellt und gut sichtbar im Zimmer angebracht. Aufgelistet sind Beispiele von Betreuungsaktivitäten, die gut durchgeführt werden können, auch wenn wenig Zeit vorhanden ist (→ Kap. II/10.4.15).

Tageszeit	Komponenten der Tagesstruktur
Morgens	<ul style="list-style-type: none"> • Grundpflege • Frühstück im Speisesaal oder im eigenen Zimmer
Vormittags	<ul style="list-style-type: none"> • Betreuungsangebote • Toilettentraining (→ Kap. I/20.11.2, → Kap. → I/20.12.2).
Mittags	<ul style="list-style-type: none"> • Mittagessen • Mittagsschlaf oder Zeit zum Entspannen
Nachmittags	<ul style="list-style-type: none"> • Kaffeerunde • Betreuungsangebote • Toilettentraining
Abends	<ul style="list-style-type: none"> • Abendessen • Betreuungsangebote • Pflege und Hilfe beim Zubettgehen

Tab. II/10.1 Möglicher Tagesablauf für einen alten Menschen, z. B. in einer stationären Einrichtung.

II/10.2 Wesentliche Komponenten in der Tagesstruktur

W Fallbeispiel Wohngruppe

Im „Haus Wannestadt“ suchen die Mitarbeiter den Zugang über verschiedene Sinnesorgane, um den Bewohnern ein Gefühl für den Tagesablauf zu vermitteln. Die Mitarbeiter haben mit den Bewohnern und Angehörigen verschiedene Tischmusik ausgewählt. Zu den Essenszeiten erklingt nun sanft und nicht aufdringlich jeweils ein bestimmtes Musikstück. Es war zu erkennen, dass die Bewohner positiv auf diese Änderung reagierten.

Eine Tagesstrukturierung für Senioren setzt sich im Wesentlichen aus den Komponenten Grundpflege, Mahlzeiten, Alltagsaktivitäten, Gruppenangebote sowie Einzelbetreuung zusammen (→ Tab. II/10.1, → Tab. II/10.2).

Für nachaktive Bewohner sollte es eine Möglichkeit geben, in „Nachtcafés“ oder „Abendtreffs“ zu essen, zu trinken und sich zu beschäftigen.

Grundpflege und Mahlzeiten in der Tagesstrukturierung

Veränderungen des physischen, geistigen und psychischen Befindens sowie des sozialen Umfeldes treten im Alter häufig auf. Dadurch kann es zu erheblichen Einschränkungen der Alltagskompetenzen kommen.

Durch die vermehrte Pflegebedürftigkeit nehmen Pflege und Mahlzeiten einen Großteil des Tages in Anspruch. Daher sind beide ein wichtiger Teil der Tagesgestaltung.

Sich wiederholende und immer auf die gleiche Weise verrichtete Tätigkeiten in der Grundpflege können Sicherheit und Halt geben. Dabei sollten Vorlieben bei der Körperpflege, bevorzugte Zeiten beim Toilet-

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
8–10 Uhr Gemeinsames Frühstück (Wohnbereich)	8–10 Uhr Gemeinsames Frühstück (Wohnbereich)	8–10 Uhr Gemeinsames Frühstück (Wohnbereich)	8–10 Uhr Gemeinsames Frühstück (Wohnbereich)	8–10 Uhr Gemeinsames Frühstück (Wohnbereich)	8–10 Uhr Gemeinsames Frühstück (Wohnbereich)
10 Uhr Gymnastik (Seniorentreff)	10 Uhr Kreatives/jahreszeitliches Gestalten (Seniorentreff)	10 Uhr Fit für Körper und Geist (Seniorentreff)	11 Uhr Gymnastik/Sturzprophylaxe (Seniorentreff)	10 Uhr Gemeinsames Kochen und Mittagessen (Seniorentreff)	9.30 Uhr Weißwurst-Frühstück; anschließend gemütliches Beisammensein (Seniorentreff)
10–11.30 Uhr Verschiedene Betreuungsangebote (Wohnbereich)	10–11.30 Uhr Verschiedene Betreuungsangebote (Wohnbereich)	10–11.30 Uhr Verschiedene Betreuungsangebote (Wohnbereich)	10–11.30 Uhr Verschiedene Betreuungsangebote (Wohnbereich)	10–11.30 Uhr Verschiedene Betreuungsangebote (Wohnbereich)	10–11.30 Uhr Verschiedene Betreuungsangebote (Wohnbereich)
12–15 Uhr Mittagessen/Mittagsruhe (Wohnbereich)					
15–18 Uhr Kaffee und Kuchen Verschiedene Betreuungsangebote (Wohnbereich)	15–18 Uhr Kaffee und Kuchen Verschiedene Betreuungsangebote (Wohnbereich)	15–18 Uhr Kaffee und Kuchen Verschiedene Betreuungsangebote (Wohnbereich)	15–18 Uhr Kaffee und Kuchen Verschiedene Betreuungsangebote (Wohnbereich)	15–18 Uhr Kaffee und Kuchen Verschiedene Betreuungsangebote (Wohnbereich)	15–18 Uhr Kaffee und Kuchen Verschiedene Betreuungsangebote (Wohnbereich)
15 Uhr Frauenstammtisch (Seniorentreff)	15 Uhr Männerstammtisch oder Wii-Spielen (Seniorentreff)	15 Uhr Singen mit Klavierbegleitung (Seniorentreff)	15 Uhr Kegeln (Seniorentreff)	15 Uhr Entspannung durch Snoezelen (Seniorentreff)	
18–19 Uhr Abendessen (Wohnbereich)					
19–20 Uhr Gemeinsamer Ausklang des Tages im Speisesaal mit Unterhaltung (Wohnbereich)					

Tab. II/10.2 Beispiel einer Wochenplanung in einer stationären Pflegeeinrichtung.

tengang oder z. B. auch ein abendliches Einschlafritual einbezogen werden. Auch hierzu sind detaillierte Informationen aus der Biografie wichtig.

➤ Eine angenehme Pflegeatmosphäre mit einem netten Gespräch, z. B. über das Alltagsgeschehen oder das Wetter, kann schon viel Freude und Abwechslung für die Senioren bedeuten (→ Kap. II/10.4.15).

Essen und Trinken als Gemeinschaftserlebnis

Eine angenehme Atmosphäre während der Mahlzeiten ist eine wichtige Voraussetzung für eine gelungene Tagesgestaltung. Pfleger können auf verschiedene Weise dazu beitragen. Die Bildung von **Tischgemeinschaften** wirkt sich sehr positiv auf die Nahrungsaufnahme und das soziale Verhalten aus. In der Gemeinschaft wird nicht nur Nahrung aufgenommen, sondern auch ein Stück Geborgenheit vermittelt. Zu beachten ist aber, dass manche Menschen sich wegen ihrer Persönlichkeit oder ihrer Tagesform in einer größeren Gemeinschaft nicht wohl fühlen. Ihnen ist eine Alternative zu bieten.

Als vorteilhaft hat sich die Anwesenheit einer Altenpflegerin während der Essenszeiten erwiesen. In vielen Familien war es üblich, mit verschiedenen Generationen an einem Tisch zu speisen. Das heißt, die Al-

tenpflegerin, die im Idealfall mit den Bewohnern gemeinsam isst, vermittelt ein Gefühl der Kontinuität und Vertrautheit. Dadurch lässt sich die aufgenommene Nahrungsmenge bei Personen steigern, die wenig essen. Beginnende Unruhezustände können schon im Voraus aufgefangen werden. Bei den Vor- und Nachbereitungen des Essens beziehen Pfleger die Bewohner möglichst umfassend ein. Die alten Menschen können sich z. B. sehr gut beim Tischdecken, Serviettenzusammenlegen, Getränkeusteilen, Geschirrabräumen sowie dem Säubern der Tische beteiligen. Es ist auch möglich, kleinere Speisen gemeinsam zuzubereiten, z. B. Obstsalate und Häppchen.

Zwischen den Zeiten für die Pflege und die Mahlzeiten sollten dem alten Menschen verschiedene Möglichkeiten geboten werden, den Tag nach seinen Bedürfnissen zu leben (→ Kap. I/22.4.2).

Viele Menschen brauchen eine Aufgabe; sie wollen etwas Sinnvolles tun. Auch alte Menschen wollen nützlich sein. Es gibt ihnen das Gefühl, gebraucht zu werden und verschafft ihrem Leben einen positiven Inhalt. Sie erhalten für ihr Tun Lob und Wertschätzung, die ihr Wohlbefinden stärken. Am besten eignen sich zunächst Tätigkeiten, die dem gewohnten Alltag des jeweiligen Menschen sehr nahe sind, z. B.:

- Wäsche zusammenlegen und bügeln
- Putzen und kochen

- Blumen gießen
- Gartenarbeit
- Geschirr spülen und abtrocknen
- Freunde besuchen
- Spaziergänge
- Bett machen
- Tierbesuche oder Haustiere versorgen
- Lesen von Zeitungen
- Pflegen der Hobbys
- Einkaufen.

II/10.3 Maßnahmen zur Tagesstrukturierung

In vielen stationären Einrichtungen wird ein Wochenplan (→ Tab. II/10.2) erstellt, um den Bewohnern Hilfen zur Tagesstruktur zu geben.

II/10.4 Aktivitäten mit Senioren

W Fallbeispiel Wohngruppe

An jedem Mittwochnachmittag kommt Schwung in das „Haus Wannestadt“. Herbert Leuchter, der Ehemann einer Bewohnerin, bringt zur Kaffeezeit um 15 Uhr sein Akkordeon mit. Dann sitzen alle Bewohner und die Mitarbeiter zusammen am Tisch und singen. Meistens stimmt Herbert Leuchter Volkslieder

oder alte Schlager an. Er hat über die vergangenen Jahre eine dicke Notenmappe gesammelt. „Nicht unbedingt mein Musikgeschmack, aber wenn ich sehe, wie die Bewohner beim Singen aufblühen, machen mir die Lieder direkt Spaß“, sagt Herbert Leuchter.

Die Wichtigkeit des Bedürfnisses der Beschäftigung von Menschen mit und ohne Demenz ist mittlerweile in der Altenarbeit unumstritten. Diese Erkenntnis spiegelt sich in vielen Konzepten (z. B. bei Tom Kitwood → Kap. I/33.5.2).

II/10.4.1 Gymnastik, Kraft- und Balance-Training

Mit **Gymnastik** sind viele alte Menschen dazu zu bewegen, sich aktiv einer Gruppe anzuschließen oder sich auch allein ein wenig anzustrengen.

Es hat für sie einen Sinn, etwas für den Erhalt oder zur Verbesserung ihrer Beweglichkeit zu tun. In zahlreichen Studien wurde nachgewiesen, dass es bei regelmäßigem Training zu einer Verbesserung von Beweglichkeit, Ausdauer, Geschick, Reaktion, Kraft und Balance kommt.

Seniorgymnastik sowie psychomotorische Übungen sind keine Physiotherapie. Sie dienen vielmehr der allgemeinen Förderung vorhandener Fähigkeiten.

Fit zu sein und etwas für seine Gesundheit zu tun, gut gehen und stehen zu können, allein aufstehen zu können, ja sogar der Wunsch, selbstständig die Toilette aufzusuchen, motivieren Bewohner oft, an der Gymnastik teilzunehmen. Neben einer Förderung der körperlichen Fähigkeiten werden dabei natürlich auch der Geist und die Seele des alten Menschen angesprochen.

Für ehemalige Sportler kann die Seniorengymnastik eine Weiterführung ihres Hobbys aus der Vergangenheit sein und bietet damit eine weitere Möglichkeit, an die Biografie anzuknüpfen.

Die ausgewählten Übungen sollten immer auf die jeweilige Zusammensetzung der Gruppe sowie auf die körperlichen und geistigen Fähigkeiten der Teilnehmer abgestimmt sein. Das Angebot der Gymnastik sollte regelmäßig durchgeführt werden, optimal ist zweimal die Woche. Dabei sollte die Dauer von 45 bis max. 60 Minuten nicht überschritten werden.

Ziele:

- Erhaltung und Förderung vorhandener Fähigkeiten

Abb. II/10.2 Tanzen vermittelt eine intensive Form der zwischenmenschlichen Beziehung. [J787]



- Verbesserung bzw. Wiederherstellung des Körpergefühls
- Entwicklung von Gemeinschaftsgefühl und Sozialverhalten
- Verbesserung der Koordination, Reaktion und Konzentration
- Akzeptanz der eigenen Einschränkung/Behinderung
- Freude an der Bewegung
- Kräftigung der Muskulatur und Unterstützung des Halteapparats
- Anregung des Herz-Kreislauf-Systems
- Aktivierung der Wahrnehmungsfähigkeiten
- Lösung innerer Spannungen und verkämpfter Haltung
- Stärkung des Ich-Gefühls
- Erhaltung, möglichst Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit und Ausdauerleistung
- Förderung der Unabhängigkeit durch länger erhaltene Mobilität.

Der Einsatz von einfachen Sportgeräten vermittelt den Teilnehmern Abwechslung und Spaß im Gruppenalltag. Mit Hilfe dieser Geräte führen Teilnehmer die Bewegungen oft unbewusster, spontaner und lockerer aus als bei Übungen, die direkt auf die Aktivierung einzelner Körperteile zielen. Bei verschiedenen Spielarten lassen sich Reaktion und Koordination hervorragend üben. Die Auswahl dieser Materialien ist riesig. Sie reicht von Alltagsgegenständen bis zu modernen Sportartikeln. Hier eine kleine Auswahl:

- Verschiedene Bälle (z. B. Tennisbälle, Gymnastikbälle, Tischtennisbälle, Luftballons)
- Säckchen gefüllt mit verschiedenen Materialien (z. B. Kirschkern, Reis)
- Tennisringe
- Seile
- Stäbe
- Gymnastikreifen
- Schwungtuch

- Gewichtshanteln
- Fußmanschetten.

Eine Alternative zu gekauften Übungsmaterialien sind Alltagsgegenstände, die ohnehin in den Einrichtungen vorhanden sind, z. B.: Zeitungen, Handtücher, Wasserflaschen aus Kunststoff, Schals, Tücher, Bierdeckel, Pappteller, Wäscheklammern, Joghurtbecher, Bettlaken, Korken, Dosen, Wattebäusche, Einmachringe, Vogelschutznetze, Abdeckplanen.

II/10.4.2 Musik, Singen und Tanz

Musik, Singen und Tanz ist tief in der menschlichen Geschichte verwurzelt. Diese Aktivitäten haben von jeher eine große Bedeutung für alle Menschen und sind deshalb meist jedem von Kind auf bekannt. Daher haben Musik und gemeinsames Singen in der Tagesgestaltung mit Senioren einen wichtigen Stellenwert (→ Kap. II/11).

Tanzen ist bei vielen Senioren sehr beliebt, es knüpft an biografische Begebenheiten an und ist Teil der Erinnerung an vergangene Zeiten (→ Abb. II/10.2). Tanzen ist fast überall möglich, z. B. bei Festen im Gruppenraum oder im Zimmer eines Bewohners. 🎵 2

II/10.4.3 Gehirntraining

Inzwischen ist es unstrittig, dass ein regelmäßiges **Gehirntraining** (auch *ganzheitliches Gedächtnistraining*) zur Erhaltung und Steigerung der Gedächtnisleistung beiträgt.

Die kognitiven Leistungen spielen bei der Alltagsbewältigung und dem Empfinden von Unabhängigkeit und der Stärkung des Selbstwertgefühls eine entscheidende Rolle.

Das Gedächtnis hat die Fähigkeit, Informationen zu speichern und wenn nötig abzurufen (→ Tab. II/10.3). Mit zunehmendem Alter ist die Aufnahme und Verarbeitung von Informationen und die Reaktion

Erhältlich im Elsevier Webshop oder in Ihrer Buchhandlung

ALTENPFLEGE HEUTE – Das erste Lehrbuch mit umfassender Integration der Pflegestärkungsgesetze und der neuen Dokumentationskultur!

Alles drin:

- I. Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege; Darstellung der vier Lernbereiche, inkl. Gesundheits- und Krankheitslehre sowie Anatomie leicht verständlich in Lernbereich I
- II. Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung
- III. Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen Altenpflegerischer Arbeit
- IV. Altenpflege als Beruf

Ist aktuell:

- Didaktisch ausgewogene Einbindung des Strukturmodells mit SIS® und der bisher gängigen ABEDL®
- Entbürokratisierung der Pflege
- Praxisbezug zur Definition und Begutachtung von Pflegebedürftigkeit
- Einführung in die wichtigsten Pflegemodelle

Ist praxisnah:

- Nachvollziehbar gegliederte Fallbeispiele verdeutlichen den Pflegeprozess
- Lern-Tipps helfen beim Wissenstransfer und ermutigen zum Weiterdenken
- Hinweise aus der Forschung verbinden Theorie und Alltag

Das neue ALTENPFLEGE HEUTE macht Lernen leicht!

- Praxisorientierte Pflegeplanungstabellen
- Kapitelaufbau entspricht dem Strukturmodell
- Übersicht am Ende des Buches für rasches Auffinden häufiger Pflegephänomene

Altenpflege Heute

3. Aufl. 2017

1408 S., 1445 farb. Abb., geb.

€ (D) 69,99 / € (A) 72.-

ISBN 978-3-437-28508-0

Empowering Knowledge

