

V. Schraut J. Trögner (Hrsg.)

PflegeHeute

GERIATRISCHE PFLEGE



INHALTSVERZEICHNIS

1	EINFÜHRUNG IN DIE SITUATION UND PFLEGE DES ALTEN MENSCHEN		4	DIE WÜRDE DES (ALTEN) MENSCHEN IST UNANTASTBAR – BIS ZULETZT	23
1	DEMOGRAFISCHER WANDEL	3	4.1	Grundrechte für Heimbewohner	25
1.1	Grundlagen	5	4.2	Das Recht auf umfassende Information	25
1.1.1	Geburtenrate	5	4.3	Das Recht auf Privatsphäre	26
1.1.2	Lebenserwartung und Sterberaten	6	4.4	Gewalt in der Pflege	26
1.1.3	Migration als Einflussfaktor auf die Bevölkerungsstruktur	7	4.4.1	Was ist Gewalt?	26
1.2	Auswirkungen auf die Pflege	8	4.4.2	Wo beginnen Gewalt und Machtmissbrauch?	26
1.2.1	Pflegende Angehörige	8	4.4.3	Formen von Gewalt	27
1.2.2	Pflegekräfte in der professionellen Pflege	8	4.4.4	Präventionsmaßnahmen	27
1.3	Auswirkungen auf das Gesundheitswesen	8	5	SENIORENPOLITIK IN KOMMUNEN UND LANDKREISEN	29
1.3.1	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen	8	5.1	Rahmenbedingungen für die Seniorenpolitik	31
1.3.2	Multimorbidität und Chronifizierung	9	5.1.1	Themen der Seniorenpolitik	31
1.3.3	Krankheitskosten	9	5.1.2	Seniorenpolitik auf Bundesebene	31
1.3.4	Auswirkungen auf die sozialen Versicherungssysteme	9	5.1.3	Seniorenpolitik auf Landesebene	31
1.4	Auswirkungen auf sozialräumliche Strukturen	10	5.2	Seniorenpolitik auf kommunaler Ebene	32
2	IST DAS ALTER WEIBLICH?	11	5.2.1	Mögliche Handlungsfelder kommunaler Seniorenpolitik	32
2.1	Geschlechtsspezifische Vorurteile über das Alter	13	5.2.2	Entscheidungsgremien und Bürgerbeteiligung	33
2.2	Sexualität im Alter	13	5.2.3	Bedeutung für Pflegeberufe	34
2.3	Unterschiede im sozialen Beziehungsgefüge	14	5.3	Seniorenpolitik in Landkreisen und kreisfreien Städten	34
2.4	Geschlecht, Gesundheit und Medizin	14	5.3.1	Landkreise	34
2.5	Weibliche und männliche Altersarmut	14	5.3.2	Kreisfreie Städte	34
2.6	Exkurs: Herstellung von Alter und Geschlecht	15	6	WOHNFORMEN IM ALTER	37
3	SELBSTBESTIMMTHEIT UND AUTONOMIE BIS INS HOHE ALTER	17	6.1	Möglichkeiten des Verbleibs im eigenen Wohnumfeld	39
3.1	Verwirklichung des Selbstbestimmungskonzepts	19	6.1.1	Alt werden daheim	39
3.2	Selbstbestimmung und Demenz	19	6.1.2	Quartiersarbeit	44
3.2.1	Graduierung der Selbstbestimmungsmöglichkeiten	19	6.1.3	Gemeinschaftliche Wohnformen für Senioren	46
3.2.2	Demenz und Willensbildung	19	6.1.4	Betreutes Wohnen	47
3.2.3	Wille und Wohl	20	6.1.5	Ambient Assisted Living (AAL)	49
3.2.4	Auswirkungen einer vorzeitigen Willensäußerung	21	6.2	Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	51
3.3	Ethische Willensbildung und ethisches Handeln in der Pflege	21	6.2.1	Historie und Entwicklung der teilstationären Tages- und Nachtpflege in Deutschland	51
3.3.1	Medizinethik	21	6.2.2	Rechtliche Grundlage	51
3.3.2	Prinzipienethik – Die vier Prinzipien ethischen Handelns nach Beauchamp und Childress	21	6.2.3	Konzeptionelle Unterschiede	51
			6.2.4	Besucher	51
			6.2.5	Das Leistungsangebot einer Tagespflegeeinrichtung	51

INHALTSVERZEICHNIS

6.2.6	Hin- und Weglaufgefährdung von Tagesgästen	53	7.6	Gerontopsychiatrische Versorgungsstrukturen	84
6.2.7	Finanzierung der Tagespflege	53	7.6.1	Stationäre Gerontopsychiatrie	84
6.2.8	Angehörigenarbeit in der Tagespflege	53	7.6.2	Geschlossene Unterbringung („Zwangseinweisung“)	85
6.2.9	Teamrollen und Zuständigkeiten	53	7.6.3	Ambulante gerontopsychiatrische Behandlung	85
6.2.10	Das Risiko beim Betrieb einer Tagespflege	54	7.6.4	Gerontopsychiatrische Zentren (GPZ)	86
6.3	Leben in Institutionen	54			
6.3.1	Senioren- und Pflegeheime	54	II	ALLGEMEINE ALTENPFLEGE UND GERIATRIE	
6.3.2	Besondere stationäre Wohn- und Betreuungsformen für Menschen mit Demenz	57	8	ENTWICKLUNG DER ALTENPFLEGE UND GERIATRIE	89
6.3.3	Besonderheiten bei Senioren mit geistiger Behinderung	60	8.1	Die Versorgung und Pflege alter und kranker Menschen vom 19. Jahrhundert bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges	91
7	MEDIZINISCHE VERSORGUNG ÄLTERER MENSCHEN	65	8.2	Die Einführung und Entwicklung der Altenpflege von 1950 bis heute	91
7.1	Hausärztliche Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten	67	8.2.1	Die gesellschaftliche Veränderung in den 1950er Jahren	91
7.1.1	Definition der hausärztlich-geriatrischen Betreuung	67	8.2.2	Pflegeheime und der Beruf des Altenpflegers	91
7.1.2	Case Management	67	8.3	Regelung der Altenpflegeausbildung ab 1970 bis heute	92
7.1.3	Funktionsverluste im Alter	68	8.4	Geschichte der Geriatrie in Deutschland	92
7.1.4	Geriatrisches Assessment in der Hausarztpraxis	68	8.5	Entwicklungen nach dem Zweiten Weltkrieg bis heute	93
7.1.5	Ziele in der hausärztlichen Versorgung	69	8.6	Weiterbildung in der Pflege	93
7.2	Der alte Mensch im Krankenhaus	71	8.6.1	Die Wichtigkeit der (Fach-)Weiterbildungen	93
7.2.1	Beziehungsgestaltung	72	8.6.2	Definitionen	93
7.2.2	Situation bei Klinikaufnahme und im Klinikalltag	72	8.6.3	Fortbildungen und das Gesetz	94
7.2.3	Besonderheiten bei der Versorgung	73	8.6.4	Weiterbildungen und das Landesrecht	94
7.3	Geriatrische Behandlung im Krankenhaus	74	8.6.5	Privatrechtlich geregelte Weiterbildungen	94
7.3.1	Spezifischer Versorgungsbedarf	74	8.6.6	Bedarf an Weiterbildungen	95
7.3.2	Geriatrische Patienten im DRG-System	75	8.6.7	Übersicht über Weiterbildungen in der Pflege	95
7.3.3	Geriatrie als medizinische Spezialdisziplin	75			
7.3.4	Die Geriatrieabteilung im Krankenhaus	75	9	ALTERUNG	97
7.3.5	Formen der geriatrischen Behandlung im Krankenhaus	76	9.1	Alterstheorien	99
7.4	Geriatrische stationäre Rehabilitation	77	9.1.1	Sinn und Nutzen von Theorien	99
7.4.1	Gesetzliche Grundlagen	77	9.1.2	Disengagementtheorie	99
7.4.2	Ziele der geriatrischen Rehabilitation	77	9.1.3	Aktivitätstheorie	99
7.4.3	Besonderheiten der geriatrischen Rehabilitation	77	9.1.4	Kontinuitätstheorie	100
7.4.4	Das geriatrische Team	78	9.1.5	Selektion, Optimierung und Kompensation (SOK)	100
7.4.5	Das Geriatrische Assessment	79	9.1.6	Kompetenztheorie	100
7.4.6	Geriatrische Zielefestlegung	79	9.2	Physiologische Alterung	101
7.5	Mobile und ambulante geriatrische Rehabilitation	79	9.2.1	Herz- und Kreislaufsystem	102
7.5.1	Indikationsspektrum für die ambulante Rehabilitation	79	9.2.2	Atmung und Lunge	102
7.5.2	Indikationsspektrum für die mobile Rehabilitation (MoRe)	80	9.2.3	Niere, Harnwege und Geschlechtsorgane	102
7.5.3	Anforderungen an die Einrichtung für ambulante Rehabilitation	81	9.2.4	Verdauungsapparat	103
7.5.4	Ablauf der ambulanten Rehabilitation	82	9.2.5	Nervensystem	103

INHALTSVERZEICHNIS

9.2.6	Weitere Altersveränderungen	103	12.2	Hilfsmiteileinsatz und -versorgung	142
9.3	Psychische und soziale Alterung	104	12.2.1	Definition und Grundlagen	142
9.3.1	Psychische Alterung	104	12.2.2	Ziele der Hilfsmittelversorgung	142
9.3.2	Soziale Alterung	106	12.2.3	Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel	142
9.4	Prävention: Gesundes Altern	108	12.2.4	Der Versorgungsprozess	144
9.4.1	Alterungsprozesse	108	12.2.5	Grenzen und Probleme der Hilfsmittelversorgung	146
9.4.2	Risikofaktor Bewegungsmangel	108	12.3	Care und Case Management in der geriatrischen Praxis	146
9.4.3	Altersfalle Inaktivität	109	12.3.1	Die Relevanz von Case Management in der Altenpflege und Geriatrie	147
9.4.4	Alterschance gesund Altern	109	12.3.2	Die Leitprinzipien des Case Managements	147
9.4.5	Trainingsrichtlinien für altersgerechte Bewegungsprogramme	110	12.3.3	Die Phasen des Case Managements auf der Einzelfallebene	147
9.4.6	Osteoporose	111	12.3.4	Care und Case Management als Netzwerkarbeit	148
10	GENERATIONSSPEZIFISCHE BESONDERHEITEN IN DER GERIATRIE	113	12.3.5	Mögliche Einsatzgebiete des Case Managements in der Geriatrie und Altenpflege	148
10.1	Traumatisierung und Traumafolgen	115	12.3.6	Chancen und Herausforderungen im Case Management	149
10.2	Migration	116	12.4	Qualitäts- und Risikomanagement in der Geriatrie	150
10.3	Sexuelle Orientierung und Alter	116	12.4.1	Qualitätsmanagement in der Geriatrie	150
11	GANZHEITLICHE BEHANDLUNG	119	12.4.2	Risikomanagement beim geriatrischen Menschen	153
11.1	Biopsychosoziales Krankheitsmodell	121	III	GERIATRISCHE PFLEGEModelle UND -Konzepte	
11.2	Das geriatrische Team	122	13	EINFÜHRUNG IN DIE GERONTOLOGISCHE PFLEGEWISSENSCHAFT	157
11.2.1	Ärzte	122	13.1	Begriffsabgrenzung Geriatrie und Gerontologie	159
11.2.2	Pflege	123	13.1.1	Geriatrie	159
11.2.3	Physiotherapie	123	13.1.2	Gerontologie	159
11.2.4	Ergotherapie	123	13.2	Pflegewissenschaft und Pflegeforschung	159
11.2.5	Logopädie	123	13.2.1	Die Entwicklung von Pflegewissenschaft und -forschung in Deutschland	159
11.2.6	Sozialarbeit	123	13.2.2	Die Aufgaben der altersbezogenen Pflegewissenschaft und -forschung	159
11.2.7	Psychologie	124	13.2.3	Die Theoriedebatte	160
11.2.8	Seelsorge	124	13.3	Bedeutung und Notwendigkeit der Pflegewissenschaft für eine professionelle Pflege	160
11.2.9	Ernährungsberatung	124	13.3.1	Der Überformung durch andere Wissenschaftsdisziplinen entgegenwirken	160
11.3	Behandlung im Team und Therapieplanung	124	13.3.2	Praktisches Handeln braucht ein theoretisches Fundament	161
11.4	Geriatrisches Assessment	126	13.3.3	Pflegewissenschaft und die Akademisierung der Pflege verbessern die Versorgungsqualität	161
11.4.1	Screening	127	13.4	Aktueller Stand der Akademisierung der Pflege in Deutschland	162
11.4.2	Alltagskompetenz	127			
11.4.3	Schmerzen	129			
11.4.4	Funktionelle Tests	132			
11.4.5	Kognition	134			
11.4.6	Emotion	137			
11.4.7	Ernährung	138			
12	ENTLASSPLANUNG UND ÜBERLEITUNG	139			
12.1	Entlassmanagement	141			
12.1.1	Herausforderungen des Entlassungsmanagements	141			
12.1.2	Ziele und Merkmale des Entlassungsprozesses	141			

INHALTSVERZEICHNIS

14	PFLEGETHEORIE, KONZEPT, MODELL: GRUNDLAGEN UND BEGRIFFSKLÄRUNG	163		
14.1	Theorieentwicklung und Anwendung – im Auftrag von Pflege als Wissenschaft	165		
14.1.1	Notwendigkeit der Theorieentwicklung	165		
14.1.2	Theoriebildung	165		
14.1.3	Entwicklung eines Body of Knowledge	165		
14.1.4	Professionalisierung der Pflege	165		
14.2	Begriffsbestimmungen und Klassifikationen von Pflege Theorien	166		
14.2.1	Der Theorie-Begriff	166		
14.2.2	Klassifikation von Theorien	166		
14.2.3	Die Begriffe Konzept und Modell	168		
14.3	Ausgewählte Theorien in der Pflege	169		
14.3.1	Dorothea Orem: Selbstpflege-Defizit-Theorie	169		
14.3.2	Monika Krohwinkel: Modell der fördernden Prozesspflege	170		
14.3.3	Hildegard Peplau: Psychodynamische Krankenpflege	172		
14.3.4	Martha Rogers: Theorie des einheitlichen Menschen	173		
14.4	Kritik an Pflege Theorien	173		
14.4.1	Allgemeine Kritik	173		
14.4.2	Spezifische Kritik	174		
14.5	Strukturmodell der Pflegedokumentation	175		
14.5.1	Die Strukturierte Informationssammlung (SIS®)	175		
14.5.2	Die Maßnahmenplanung	176		
14.5.3	Das Berichtsblatt	176		
14.5.4	Die Evaluation	176		
15	SPEZIFISCHE PFLEGE MODELLE IN DER GERIATRIE	179		
15.1	Person-zentrierte Pflege nach Tom Kitwood	181		
15.1.1	Zur Person Tom Kitwoods	181		
15.1.2	Paradigmenwechsel in der Demenzpflege	181		
15.1.3	Zentrale Inhalte des Pflegemodells von Kitwood	181		
15.1.4	Dementia Care Mapping (DCM)	184		
15.2	Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm	185		
15.2.1	Kognitive und psychische Aspekte von Menschen mit Demenz	186		
15.2.2	Forderungen an die Pflege	186		
15.2.3	Therapeutische Pflege und Biografiearbeit nach Böhm	187		
16	SPEZIFISCHE PFLEGE KONZEPTE IN DER GERIATRIE	191		
16.1	Aktivierend-therapeutische Pflege	194		
16.1.1	Definition Aktivierend-therapeutische Pflege	194		
16.1.2	Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie (ATP-G)	194		
16.1.3	Struktur des Konzepts ATP-G	195		
16.1.4	Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Konzept der ATP-G	196		
16.1.5	Ausblick	196		
16.2	Validation	197		
16.2.1	Erlebenswelt Demenz	197		
16.2.2	Validation in der geriatrischen Pflege	198		
16.2.3	Validation nach Naomi Feil	198		
16.2.4	Mäeutik nach Cora van der Kooij	200		
16.2.5	Die Integrative Validation nach Nicole Richard®	201		
16.3	Kinästhetik	204		
16.3.1	Konzept der Interaktion	205		
16.3.2	Konzept der funktionalen Anatomie	205		
16.3.3	Konzept der menschlichen Bewegung	206		
16.3.4	Konzept der Anstrengung	206		
16.3.5	Konzept der menschlichen Funktion	206		
16.3.6	Konzept der Umgebung	207		
16.4	Basale Stimulation®	207		
16.4.1	Das Konzept der Basalen Stimulation®	207		
16.4.2	Klientel der basal stimulierenden Pflege	207		
16.4.3	Ziele der Basalen Stimulation®	208		
16.4.4	Grundlegende Aspekte der Basalen Stimulation®	208		
16.4.5	Wahrnehmungsbereiche	209		
16.4.6	Grundannahmen der Basalen Stimulation®	209		
16.4.7	Methoden der Basalen Stimulation®	210		
16.4.8	Grundsätze der basalen Berührung	210		
16.4.9	Elemente der Basalen Stimulation®	210		
16.4.10	Basale Stimulation® für Menschen mit Demenz	211		
16.5	Snoezelen	211		
16.5.1	Begriffsdefinition	211		
16.5.2	Geschichte des Snoezelen	212		
16.5.3	Prinzipien des Snoezelen	212		
16.5.4	Snoezelen in der Altenpflege	212		
16.5.5	Arten des Snoezelen	213		
16.5.6	Snoezelen als psychosoziale Intervention	214		
16.5.7	Studienlage und Empfehlungen	214		
16.6	Biografiebezogene Beschäftigungstherapie	215		
16.6.1	Biografieerhebung und -arbeit	215		
16.6.2	Biografieorientierte Beschäftigung	216		
16.7	Das Bobath-Konzept	219		
16.7.1	Prinzipien des Bobath-Konzepts	219		
16.7.2	Theoretische Grundlagen	219		
16.7.3	Normale Bewegung	219		
16.7.4	Bobath als Pflegekonzept in der Geriatrie	220		

INHALTSVERZEICHNIS

16.7.5	Angehörigenschulung als wichtiger Bestandteil der professionellen Pflege	220	17.3.2	Wann beginnt Palliative Care?	252
16.7.6	Praktische Anwendungen	221	17.3.3	Phasen palliativer Betreuung	252
16.8	Ergotherapeutische Ansätze in der Geriatrie	221	17.4	Der entscheidungsfähige Patient	254
16.8.1	Theoretischer Hintergrund	221	17.4.1	Paternalismus und Selbstbestimmung	254
16.8.2	Ergotherapie im geriatrischen Setting	223	17.4.2	Partizipative Entscheidungsfindung	255
16.9	Physiotherapeutische Ansätze in der Geriatrie	225	17.4.3	Modelle partizipativer Entscheidungsfindung	256
16.9.1	Definitionen	225	17.5	Palliativpflege und Hospizarbeit in der Geriatrie	257
16.9.2	Befunderhebung	225	17.5.1	Begriffsdefinition und Bedeutung von Palliative Care	257
16.9.3	Häufige Erkrankungen und Behandlungsleitlinien ...	227	17.5.2	Geschichtliche Entwicklung	257
16.10	MAKS®-Aktivierungstherapie	230	17.5.3	Organisation der Palliativ- und Hospizpflege	257
16.10.1	Definition und Entwicklung der MAKS®-Therapie	230	17.5.4	Palliative Symptome und pflegerische Maßnahmen zur Linderung	258
16.10.2	Kennzeichen der MAKS®-Therapie	231	17.5.5	Weitere palliative Pflegemaßnahmen	260
16.10.3	Die Modulziele der MAKS®-Therapie	231	17.6	Advance Care Planning – Behandlung im Voraus planen	261
16.10.4	Planung von Gruppenaktivierungen	231	17.6.1	Entwicklung des Advance Care Planning und aktueller Stand	261
16.10.5	Praktisches Beispiel aus der MAKS®-Therapie	234	17.6.2	Zentrale Frage- und Problemstellungen	262
16.10.6	Wirksamkeit der MAKS®-Therapie und die wissenschaftliche Weiterentwicklung	234	17.6.3	Umsetzung und Organisation	262
16.11	Musik in Therapie und Pflege	235	17.6.4	Notfallsituationen	263
16.11.1	Das Medium Musik	235	17.6.5	Nicht einwilligungsfähiger Patient	264
16.11.2	Musiktherapie	235	17.7	Umgang mit Tod und Sterben im geriatrischen Kontext	264
16.11.3	Musiktherapie bei geriatrischen Krankheitsbildern ...	237	17.7.1	Todesdefinitionen	264
16.12	Tiergestützte Intervention in der geriatrischen Versorgung	238	17.7.2	Sterbephasen nach Kübler-Ross und Tipps für Begleitende	265
16.12.1	Was ist tiergestützte Intervention?	238	17.7.3	Sterben und Tod bei besonderen geriatrischen Bedingungen	266
16.12.2	Mögliche Effekte der Tiergestützten Intervention bei geriatrischen Patienten	239	17.7.4	Veränderte Pflegeschwerpunkte in der Terminalphase	267
16.12.3	Mögliche Förderbereiche der TGI im Bereich der Geriatrie	240	17.7.5	Symptome in der Sterbephase	267
16.12.4	Herausforderung der Tiergestützten Intervention ...	240	17.7.6	Pflege nach dem Tod	268
17	PALLIATIVE PFLEGE	243	18	SUPERVISION IN DER GERIATRISCHEN PFLEGE	271
17.1	Ethische Aspekte im Alter	245	18.1	Supervision – Theoretische Grundlagen	273
17.1.1	Einführung	245	18.1.1	Was ist Supervision?	273
17.1.2	Ethik in der Palliativmedizin und -pflege	245	18.1.2	Ziele und Inhalte einer Supervision	273
17.1.3	Menschenrechte	246	18.1.3	Formen der Supervision, Themen und Rollen	274
17.1.4	Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland	246	18.1.4	Ablauf einer Supervision	274
17.2	Ethische Fallbesprechungen	247	18.1.5	Methoden und Interventionen	275
17.2.1	Ethische Dilemmata in der Pflege	248	18.1.6	Rahmenbedingungen einer Supervision	275
17.2.2	Organisation von ethischen Fallbesprechungen	249	18.2	Supervision im geriatrischen Kontext	276
17.2.3	Nutzen von ethischen Fallbesprechungen	249	18.2.1	Nutzen einer Supervision in Arbeitsfeldern der Geriatrie	276
17.2.4	Voraussetzung für ethische Entscheidungsfindung in Einrichtungen	249	18.2.2	Grenzen einer Supervision im geriatrischen Kontext	277
17.2.5	Ethische Fallbesprechung nach der Nimwegener Methode	249	18.3	Supervision und andere Beratungsformen	277
17.3	Identifikation von Palliativsituationen	250			
17.3.1	Wer braucht Palliative Care?	251			

INHALTSVERZEICHNIS

19	PFLEGEBERATUNG UND ANGEHÖRIGENEDUKATION	279	22	SCHMERZ IM ALTER	313
19.1	Beratung in der Pflege	281	22.1	Schmerzempfinden und Schmerzerfassung	315
19.1.1	Begrifflichkeiten	281	22.2	Medikamentöse Therapie	316
19.1.2	Formen der Beratung	281	22.3	Nichtmedikamentöse Therapie	317
19.1.3	Lösungsorientierter und ressourcenorientierter Ansatz	282	23	ERNÄHRUNG IM ALTER	321
19.1.4	Erwartungen von Ratsuchenden	283	23.1	Besonderheiten der Ernährung im Alter	323
19.1.5	Gesellschaftliche Aspekte der Patientenberatung	283	23.2	Beurteilung des Ernährungszustands	324
19.1.6	Theoretische Konzepte der Beratung	283	23.3	Gesunde Ernährung im Alter	324
19.1.7	Pflegerische Konzepte	284	23.4	Adipositas	326
19.1.8	Leitsätze der Beratung im Sinne der Alltags- und Lebensweltorientierung	284	23.5	Mangelernährung	326
19.1.9	Prinzipien alltags- und lebensweltorientierter Beratung	285	23.6	Ethische Aspekte und Ernährung am Lebensende	328
19.1.10	Wesentliche Aspekte der Patientenberatung	285	24	DYSPHAGIE	329
19.1.11	Herausforderungen an die Beratung	286	24.1	Normaler Schluckvorgang	331
19.2	Handlungsfelder der Beratung in der Pflege	287	24.2	Erkennen von Schluckstörungen	331
19.3	Angehörigenedukation	288	24.3	Ursachen von Schluckstörungen	332
19.4	Grenzen der Beratung	288	24.4	Behandlung von Schluckstörungen	333
IV	ALLGEMEINE KRANKHEITSLAHRE IM ALTER		25	DEHYDRATATION UND EXSIKKOSE	337
20	MULTIMORBIDITÄT	293	25.1	Risiken für Exsikkose und Elektrolytstörungen	339
20.1	Multimorbidität und Lebensqualität	295	25.2	Symptome und Diagnostik	339
20.2	Typische Störungsbilder älterer und hochaltriger Menschen	296	25.3	Therapie der Dehydratation und Exsikkose	340
20.3	Folgen der Multimorbidität	297	26	SARKOPENIE	343
21	MEDIKATION IM ALTER	299	26.1	Begriffsbestimmung	345
21.1	Pharmakologische Besonderheiten alter Menschen	301	26.2	Epidemiologie	345
21.2	Häufige Probleme der Pharmakotherapie im Alter	302	26.3	Relevanz für Patienten und Pflegende	346
21.2.1	Polypharmazie	302	26.4	Diagnostik	346
21.2.2	Potenziell ungeeignete Medikamente im Alter	303	26.5	Therapie	347
21.2.3	Monitoring beim Absetzen von Medikamenten	305	27	FRAILTY	349
21.2.4	Non-Adhärenz als geriatrisches Syndrom	305	27.1	Erfassung von Frailty	351
21.2.5	Besonderheiten in der ambulanten und stationären Langzeitpflege	306	27.2	Prävalenz von Frailty und Folgeproblemen	351
21.3	Psychopharmaka im Alter	307	27.3	Therapie	353
21.3.1	Antidepressiva	308	28	STÜRZE UND GANGSTÖRUNGEN	355
21.3.2	Antipsychotika (Neuroleptika)	308	28.1	Gang und Gleichgewicht	357
21.3.3	Medikamente gegen Angst	310	28.2	Relevanz und Risikofaktoren von Stürzen	357
21.3.4	Stimmungsstabilisierende Medikamente (Mood-Stabilizer)	311	28.2.1	Risikofaktoren	358
21.3.5	Medikamente gegen Schlafstörungen	311	28.2.2	Folgen von Stürzen	359
			28.3	Diagnostik	359
			28.4	Sturzpräventionsmaßnahmen	360

INHALTSVERZEICHNIS

29	INKONTINENZ	363	31.3.3	Schlafapnoe-Syndrom (SAS)	407
29.1	Harninkontinenz	365	31.4	Bösartige Erkrankungen von Lungen und Bronchien	408
29.1.1	Klinische Beurteilung	365	31.4.1	Larynxkarzinom	408
29.1.2	Kontinenztherapie	367	31.4.2	Bronchialkarzinom	408
29.1.3	Harnkontinenz in der geriatrischen Pflege	369	31.5	Lungenarterienembolie	409
29.1.4	Inkontinenz nach Prostatektomie	369			
29.2	Stuhlinkontinenz	369	32	VERDAUUNGSSYSTEM	411
29.2.1	Therapieunterstützende Maßnahmen	370	32.1	Übersicht	413
29.2.2	Pflegerische Maßnahmen	370	32.1.1	Prävention	413
			32.1.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	413
V	SPEZIELLE KRANKHEITSLEHRE IM ALTER		32.1.3	Komplikationen und Besonderheiten im Alter	413
30	HERZ, KREISLAUF UND GEFÄSSE	373	32.1.4	Spezielle medizinische und pflegerische Maßnahmen	413
30.1	Übersicht	375	32.1.5	Beratung und Anleitung	413
30.1.1	Prävention	375	32.2	Speiseröhre: Gastroösophageale Refluxerkrankung	413
30.1.2	Hauptbeschwerden und Leitsymptome	375	32.3	Magen und Zwölffingerdarm	415
30.1.3	Komplikationen und Besonderheiten im Alter	376	32.3.1	Schädigungen der Magenschleimhaut	415
30.1.4	Spezielle medizinische und pflegerische Maßnahmen	376	32.3.2	Motilitätsstörungen des Magens	415
30.1.5	Beratung und Anleitung	377	32.4	Dünn- und Dickdarm	417
30.2	Arterielle Hypertonie	377	32.4.1	Effekt des Alterns auf den Darm	417
30.3	Herzinsuffizienz	381	32.4.2	Diarrhö	417
30.4	Vorhofflimmern	385	32.4.3	Chronische Obstipation	418
30.5	Koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt	387	32.5	Gallenwege	420
30.6	Herzklappenerkrankungen (Vitien)	389	32.5.1	Cholelithiasis und Cholezystitis	420
30.6.1	Aortenklappenstenose	389	32.5.2	Choledocholithiasis und Cholangitis	421
30.6.2	Mitralklappeninsuffizienz	390	32.5.3	Tumoren der Gallenwege	421
30.7	Erkrankungen der Arterien: pAVK	391	32.6	Leber	421
30.8	Erkrankungen der Venen: Tiefe Venenthrombose	392	32.6.1	Altersspezifische Veränderungen der Leber	421
			32.6.2	Virushepatitis	421
31	ATMUNG UND LUNGE	395	32.6.3	Autoimmune Hepatitis	422
31.1	Übersicht	397	32.6.4	Alkoholische Lebererkrankung	422
31.1.1	Prävention	397	32.6.5	Medikamententoxischer Leberschaden	423
31.1.2	Hauptbeschwerden und Leitsymptome	398	32.6.6	Hepatozelluläres Karzinom (HCC)	423
31.1.3	Komplikationen und Besonderheiten im Alter	399	32.7	Bauchspeicheldrüse	423
31.1.4	Spezielle medizinische und pflegerische Maßnahmen	400	33	NIERE UND UROGENITALSYSTEM	425
31.1.5	Beratung und Anleitung	404	33.1	Übersicht	427
31.2	Akute Erkrankungen von Lunge und Atemwegen	404	33.1.1	Prävention	427
31.2.1	Pneumonie	404	33.1.2	Hauptbeschwerden und Leitsymptome	427
31.2.2	Influenza	404	33.1.3	Komplikationen und Besonderheiten im Alter	427
31.2.3	Akute Bronchitis	404	33.1.4	Spezielle medizinische und pflegerische Aspekte	427
31.3	Chronische Lungenerkrankungen	405	33.1.5	Beratung und Anleitung	428
31.3.1	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	405	33.2	Erkrankungen der Nieren	428
31.3.2	Asthma bronchiale	407	33.2.1	Chronische Verschlechterung der Nierenfunktion	428

INHALTSVERZEICHNIS

33.2.2	Akute Verschlechterung der Nierenfunktion	428	34.3.5	Schilddrüsenentzündungen	452
33.2.3	Symptome einer eingeschränkten Nierenfunktion	428	34.3.6	Schilddrüsenkrebs	452
33.2.4	Maßnahmen bei eingeschränkter Nierenfunktion	429	34.4	Gicht	453
33.3	Elektrolytstörungen	430	35	BEWEGUNGSAPPARAT: RHEUMATOLOGIE UND OSTEOPOROSE	457
33.3.1	Hypo- und Hypernatriämie	430	35.1	Übersicht	459
33.3.2	Hyper- und Hypokaliämie	431	35.1.1	Prävention	459
33.3.3	Symptome einer Elektrolytstörung	431	35.1.2	Hauptbeschwerden und Leitsymptome	459
33.3.4	Maßnahmen zur Sicherung eines ausgeglichenen Elektrolythaushalts	432	35.1.3	Komplikationen und Besonderheiten im Alter	459
33.4	Harnblase und Harnwege	433	35.1.4	Spezielle medizinische und pflegerische Maßnahmen	459
33.4.1	Harnwegsinfekte	433	35.1.5	Beratung und Anleitung	459
33.4.2	Harnabflussstörungen	433	35.2	Rheumatische Erkrankungen	460
33.4.3	Katheterassoziierte Probleme	434	35.2.1	Rheumatoide Arthritis (RA)	460
33.5	Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	435	35.2.2	Polymyalgia rheumatica (PMR)	461
33.5.1	Altersbedingte Veränderungen	435	35.2.3	RS3PE-Syndrom	461
33.5.2	Senile Vaginitis und Vulvitis	435	35.2.4	Osteoarthrose (OA)	462
33.5.3	Kraurosis und Leukoplakie der Vulva	435	35.3	Osteoporose	464
33.5.4	Entzündliche Erkrankungen der Vulva und Vagina	435	36	ALTERSTRAUMATOLOGIE	467
33.5.5	Nichtentzündliche Veränderungen der Haut und Schleimhaut	436	36.1	Übersicht	469
33.5.6	Senkung (Descensus und Prolaps)	436	36.1.1	Prävention	469
33.5.7	Bösartige Erkrankungen	436	36.1.2	Hauptbeschwerden und Leitsymptome	469
33.6	Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane	438	36.1.3	Komplikationen und Besonderheiten im Alter	469
33.6.1	Erkrankungen des Penis	438	36.1.4	Spezielle medizinische und pflegerische Maßnahmen	470
33.6.2	Erkrankungen des Hodens	438	36.1.5	Beratung und Anleitung	470
33.6.3	Erkrankungen der Prostata	439	36.2	Häufige Verletzungen in der Alterstraumatologie	470
34	STOFFWECHSEL UND HORMONSYSTEM	441	36.2.1	Schädel-Hirn-Verletzungen nach Stürzen	471
34.1	Übersicht	443	36.2.2	Körpernahe Oberarmfrakturen	471
34.1.1	Prävention	443	36.2.3	Körperferne Speichen- und Unterarmfrakturen	471
34.1.2	Hauptbeschwerden und Leitsymptome	443	36.2.4	Frakturen der Wirbelsäule	472
34.1.3	Komplikationen und Besonderheiten im Alter	443	36.2.5	Frakturen des Beckens	473
34.1.4	Spezielle medizinische und pflegerische Maßnahmen	443	36.2.6	Hüftgelenksnahe Oberschenkelfrakturen	473
34.1.5	Beratung und Anleitung	444	36.2.7	Frakturen um einliegende Gelenkprothesen und Implantate	474
34.2	Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	444	37	ANÄMIE	475
34.2.1	Folgeerscheinungen der Zuckerkrankheit	445	37.1	Übersicht	477
34.2.2	Ziele der Behandlung von älteren Diabetikern	445	37.2	Prävention	477
34.2.3	Säulen der Behandlung von älteren Diabetikern	446	37.3	Hauptbeschwerden und Leitsymptome	478
34.2.4	Überzuckerung – Hyperglykämie	447	37.4	Komplikationen und Besonderheiten im Alter	478
34.2.5	Unterzuckerung – Hypoglykämie	447	37.5	Diagnostik	479
34.3	Erkrankungen der Schilddrüse	447	37.6	Spezielle medizinische und pflegerische Maßnahmen	479
34.3.1	Diagnostik bei Schilddrüsenenerkrankungen	448			
34.3.2	Struma – Kropf	449			
34.3.3	Schilddrüsenüberfunktion – Hyperthyreose	451			
34.3.4	Schilddrüsenunterfunktion – Hypothyreose	451			

INHALTSVERZEICHNIS

38	GEHIRN UND NERVENSYSTEM	481	40	AUGE, NASE, OHR	525
38.1	Übersicht	483	40.1	Übersicht	527
38.1.1	Prävention	483	40.1.1	Prävention	527
38.1.2	Hauptbeschwerden und Leitsymptome	483	40.1.2	Hauptbeschwerden und Leitsymptome	527
38.1.3	Komplikationen und Besonderheiten im Alter	483	40.1.3	Komplikationen und Besonderheiten im Alter	528
38.1.4	Spezielle medizinische und pflegerische Maßnahmen	483	40.1.4	Spezielle medizinische und pflegerische Maßnahmen	529
38.1.5	Beratung und Anleitung	484	40.2	Erkrankungen des Auges	531
38.2	Schlaganfall	484	40.2.1	Altersweitsichtigkeit (Presbyopie)	531
38.3	Parkinson-Erkrankung	486	40.2.2	Grauer Star (Katarakt)	532
38.4	Erkrankung peripherer Nerven	488	40.2.3	Grüner Star (Glaukom)	532
38.4.1	Mononeuropathie	488	40.2.4	Altersbedingte Makuladegeneration (AMD)	532
38.4.2	Polyneuropathie	488	40.3	Sinusitis	533
38.5	Schwindel im Alter	489	40.4	Altersschwerhörigkeit (Presbyakusis)	533
38.6	Demenz	490			
38.7	Akute Verwirrtheit (Delir)	497	41	SPEZIELLE INFektionsKRANKHEITEN UND HYGIENE	535
38.8	Depression	500	41.1	Übersicht	537
38.9	Suizidalität	504	41.1.1	Prävention	537
38.10	Angststörungen	505	41.1.2	Hauptbeschwerden und Leitsymptome	537
38.11	Posttraumatische Belastungsstörung	506	41.1.3	Komplikationen und Besonderheiten im Alter	537
38.12	Sucht	508	41.1.4	Spezielle medizinische und pflegerische Maßnahmen	537
38.12.1	Suchtentwicklung	508	41.1.5	Beratung und Anleitung	538
38.12.2	Alkoholabhängigkeit im Alter	508	41.2	Durchfallerkrankungen	538
38.12.3	Medikamentenabhängigkeit im Alter	510	41.2.1	Norovirus	538
			41.2.2	Clostridium difficile	539
39	HAUTERKRANKUNGEN IM ALTER	513	41.3	Influenza	540
39.1	Übersicht	515	41.4	Coronavirus-Erkrankungen	540
39.1.1	Prävention	515	41.5	Endokarditis	542
39.1.2	Hauptbeschwerden und Leitsymptome	515	41.6	Spondylodiszitis	543
39.1.3	Komplikationen und Besonderheiten im Alter	515	41.7	Impfungen im Alter	543
39.1.4	Spezielle medizinische und pflegerische Maßnahmen	516	41.7.1	Tetanus	543
39.1.5	Beratung und Anleitung	517	41.7.2	Pertussis	543
39.2	Trockene Haut und Juckreiz	517	41.7.3	Pneumokokken	543
39.3	Dekubitus	517	41.7.4	Influenza	543
39.4	Intertrigo/IAD	518			
39.5	Wundbehandlung im Alter	519	VI	RECHTLICHE ASPEKTE IM ALTER	
39.6	Häufige Infektionserkrankungen der Haut	520			
39.6.1	Herpes zoster	520	42	RECHTLICHE UND FINANZIELLE RAHMENBEDINGUNGEN IN DER GERIATRISCHEN VERSORGUNG	547
39.6.2	Erysipel	520	42.1	Rechtliche Vorschriften	549
39.7	Bösartige Hauterkrankungen	521	42.2	Finanzierung	550
39.7.1	Basalzellkarzinome	522			
39.7.2	Plattenepithelkarzinome der Haut	522			

INHALTSVERZEICHNIS

43	PFLEGESTÄRKUNGSGESETZE I–III	551	47	ZWANGSMASSNAHMEN (FIXIERUNG, BESCHÜTZENDES WOHNEN, ZWANGSEINWEISUNG)	583
43.1	Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I)	553	47.1	Überblick über freiheitseinschränkende Maßnahmen	585
43.2	Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)	553	47.2	Die betreuungsrechtliche Unterbringung	586
43.3	Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III)	558	47.3	Freiheitsentziehende Maßnahmen	586
44	MDK UND HEIMAUF SICHT	559	48	VORSORGEVOLLMACHT UND PATIENTENVERFÜGUNG	589
44.1	Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung	561	48.1	Abgrenzung	591
44.1.1	Aufgaben	561	48.2	Die Vorsorgevollmacht	591
44.1.2	Gliederung und Organisation	561	48.2.1	Inhalt und Arten	591
44.1.3	Die MDK-Prüfung in einer Einrichtung	562	48.2.2	Vor- und Nachteile	591
44.2	Heimaufsicht	563	48.2.3	Errichtung	591
44.2.1	Rechtliche Grundlagen	563	48.3	Die Patientenverfügung	592
44.2.2	Zielsetzung und Aufgaben	564	48.3.1	Wirksamkeitsvoraussetzungen	592
44.2.3	Die Prüfteams	565	48.3.2	Umsetzung der Patientenverfügung	593
45	KRANKENKASSE UND PFLEGEVERSICHERUNG	567	VII	ANHANG	
45.1	Krankenkassen	569	49	FAQ ZU NOT- UND AUSNAHMESITUATIONEN	597
45.1.1	Geschichtliche Entwicklung	569	49.1	Blutzuckerentgleisung	599
45.1.2	Prinzipien	569	49.2	Hoher/niedriger Blutdruck	599
45.1.3	Aufgaben	569	49.3	Herzinfarkt	599
45.1.4	Organisation	569	49.4	Exsikkose	600
45.1.5	Finanzierung	570	49.5	Sturz mit Verletzung	600
45.2	Pflegeversicherung	572	49.6	Delir	600
45.2.1	Geschichtliche Entwicklung	572	49.7	Schlaganfall	601
45.2.2	Finanzierung	572	49.8	Aspiration	601
45.2.3	Leistungen	572	49.9	Feuer und Evakuierung	601
46	GRUNDLAGEN DES BETREUUNGSRECHTS	575	LITERATUR		603
46.1	Voraussetzungen zur Einsetzung eines Betreuers	577	ABBILDUNGSNACHWEIS		626
46.2	Die Person des Betreuers	577	REGISTER		629
46.3	Aufgabenkreise der Betreuer	578			
46.4	Einsetzung mehrerer Betreuer	578			
46.5	Kostenerstattung	578			
46.6	Pflichten des Betreuers	579			
46.7	Rechtsfolgen der Betreuung	579			
46.8	Das Betreuungsverfahren	580			
46.9	Kontrolle des Betreuers und der Betreuung	580			



EINFÜHRUNG IN DIE SITUATION UND PFLEGE DES ALTEN MENSCHEN

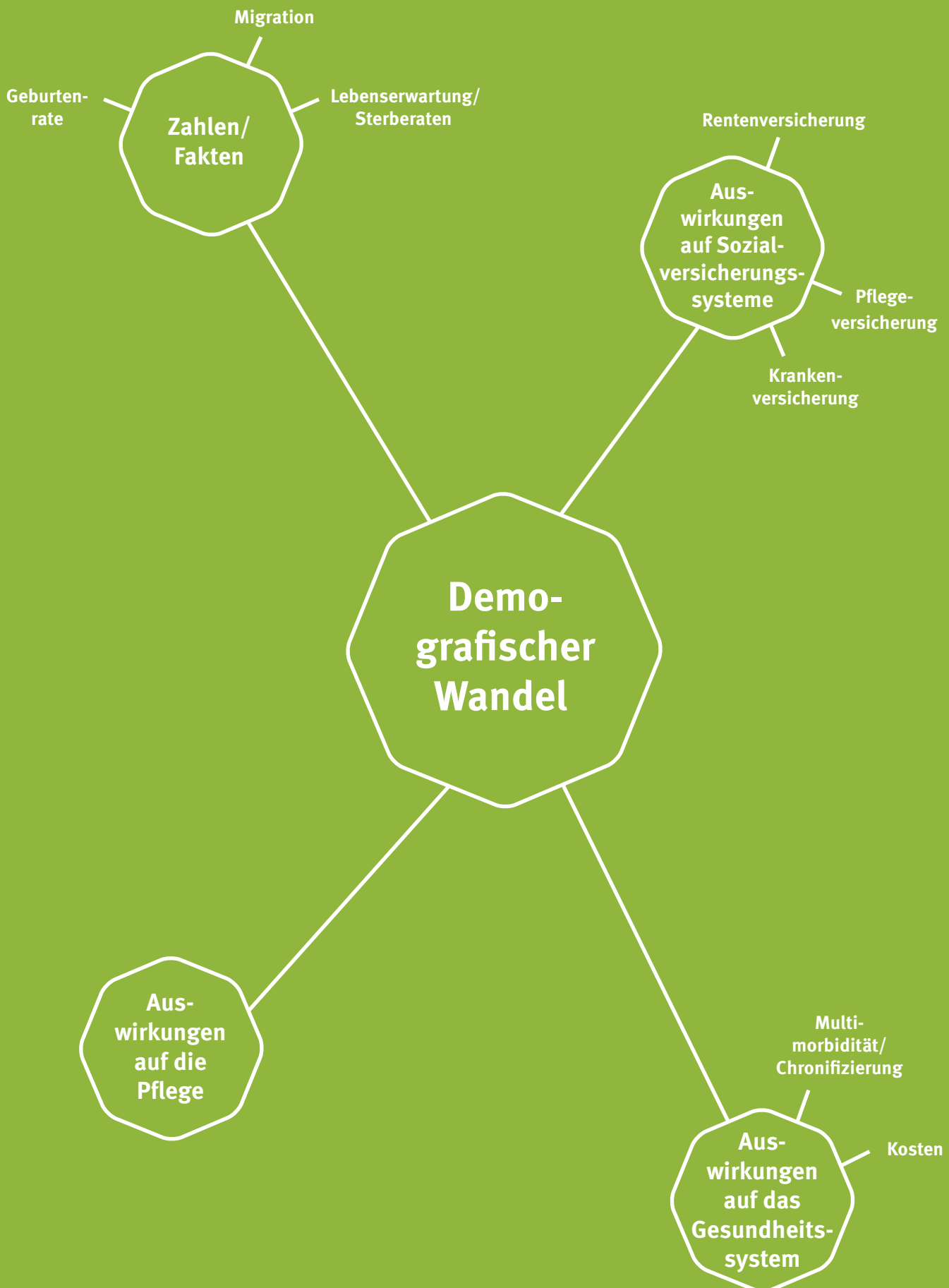
1	Demografischer Wandel	3
2	Ist das Alter weiblich?	11
3	Selbstbestimmtheit und Autonomie bis ins hohe Alter	17
4	Die Würde des (alten) Menschen ist unantastbar – bis zuletzt	23
5	Seniorenpolitik in Kommunen und Landkreisen	29
6	Wohnformen im Alter	37
7	Medizinische Versorgung älterer Menschen	65



DEMOGRAFISCHER WANDEL

Melanie Zirnsak und Florian Kröner

1.1	GRUNDLAGEN	5	1.3	AUSWIRKUNGEN AUF DAS GESUNDHEITSWESEN	8
1.1.1	Geburtenrate	5	1.3.1	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen	8
1.1.2	Lebenserwartung und Sterberaten	6	1.3.2	Multimorbidität und Chronifizierung	9
1.1.3	Migration als Einflussfaktor auf die Bevölkerungsstruktur	7	1.3.3	Krankheitskosten	9
			1.3.4	Auswirkungen auf die sozialen Versicherungssysteme	9
1.2	AUSWIRKUNGEN AUF DIE PFLEGE	8	1.4	AUSWIRKUNGEN AUF SOZIALRÄUMLICHE STRUKTUREN	10
1.2.1	Pflegende Angehörige	8			
1.2.2	Pflegekräfte in der professionellen Pflege	8			



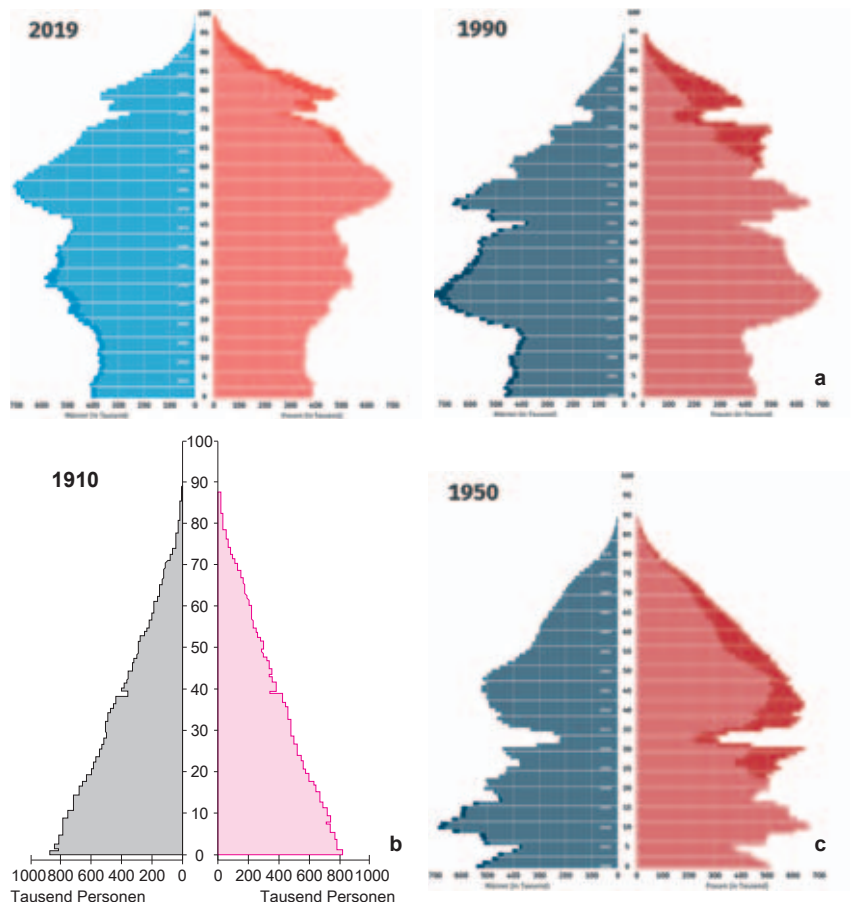


Abb. 1.1 Demografischer Wandel. [1] [W193] a) Altersaufbau der Bevölkerung 2019 im Vergleich zu 1990; b) Altersaufbau der Bevölkerung 1910; c) Altersaufbau der Bevölkerung 1950

1.1 Grundlagen

Die Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur Deutschlands haben Auswirkungen auf jeden Bereich des privaten und öffentlichen Lebens. Nicht nur die Altersstruktur verändert sich, sondern auch die Aufgaben und die Herausforderungen, welche mit einem höheren Lebensalter einhergehen. So stellt der **demografische Wandel** eine ganz besondere Herausforderung für Pflegekräfte dar. Eine steigende Zahl an älteren und alten sowie multimorbiden Menschen und die damit verbundenen Betreuungs- und Pflegeaufgaben setzen immer mehr geriatrische Pflegekompetenz und Expertise voraus.

Dass der demografische Wandel in Deutschland längst angekommen ist, zeigt die → Abb. 1.1a, welche den Altersaufbau der Bevölkerung 2019 im Vergleich zu 1990 abbildet, sehr deutlich. Der Blick in die Vergangenheit zeigt noch deutlichere Veränderungen. So veranschaulichen → Abb. 1.1b und c den Altersaufbau in den Jahren 1910 und 1950.

Neben der bisherigen Entwicklung der Altersstruktur ist insbesondere interessant, wie sich diese in Zukunft entwickeln wird. Für die Bevölkerungsvorausberechnung werden Annahmen über nachfolgende Aspekte kombiniert:

- Geburtenhäufigkeit
- Lebenserwartung
- Saldo der Zuzüge nach und der Fortzüge aus Deutschland.

Es gibt verschiedene Varianten und Modellrechnungen bezüglich dessen, wie die Altersstruktur in Zukunft aussehen wird. → Abb. 1.2 veranschaulicht die mögliche Entwicklung für das Jahr 2060.

1.1.1 Geburtenrate

i DEFINITION

Geburtenziffer: Durchschnittliche Kinderanzahl, die eine Frau im Laufe ihres Lebens hätte, wenn ihr Geburtenverhalten so wäre wie das aller Frauen zwischen 15 und 49 Jahren im jeweils betrachteten Jahr [1].

Die Anzahl der Neugeborenen hängt von zwei Faktoren ab: der Anzahl der potenziellen Mütter und der relativen Geburtenhäufigkeit der Frau-

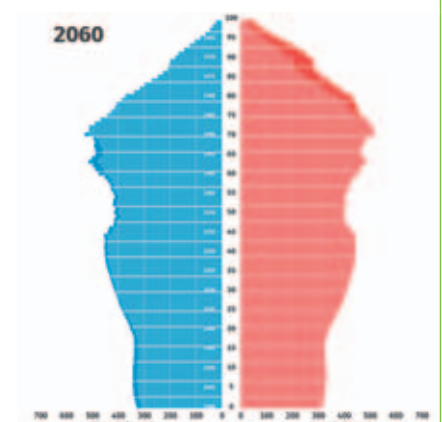


Abb. 1.2 Prognose Altersaufbau der Bevölkerung 2060 [1] [W193]

en. → Abb. 1.3 zeigt die Entwicklung der Geburten in Deutschland von 1991 bis 2018.

Es wird deutlich, dass die absolute Geburtenanzahl innerhalb der letzten Jahre zwar wieder gestiegen ist, jedoch nicht wieder das Niveau von 1991 erreicht hat. Zudem hat die Zahl der endgültig Kinderlosen in den vergangenen 30 Jahren kontinuierlich zugenommen. In 2015 ist die Geburtenziffer seit 30 Jahren zum ersten Mal wieder auf den Wert von 1,5 je Frau gestiegen. Die aktuelle Geburtenziffer liegt laut amtlicher Statistik bei 1,57 [3].

1.1.2 Lebenserwartung und Sterberaten

In Deutschland gibt es seit etwa 140 Jahren einen kontinuierlichen Rückgang der Sterblichkeit und somit einen Anstieg der **Lebenserwartung**. Dies kann mithilfe der Periodensterbetafeln nachgewiesen werden, die

seit der Gründung des Deutschen Reichs im Jahr 1871 die Sterblichkeitsverhältnisse und die durchschnittliche Lebenserwartung festhalten.

i DEFINITION

Durchschnittliche Lebenserwartung: Anzahl der Lebensjahre, die neugeborene männliche oder weibliche Kinder zu erwarten hätten, wenn das zu einem Zeitpunkt beobachtete Sterberisiko der Bevölkerung in den einzelnen Altersjahren während ihres ganzen Lebens erhalten bliebe [1].

Durchschnittliche fernere Lebenserwartung: Anzahl der weiteren Lebensjahre (für Personen, die ein bestimmtes Alter schon erreicht haben) [1].

In den Jahren 1871–1881 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt für Männer 35,6 Jahre und für Frauen 38,4 Jahre. Seit-

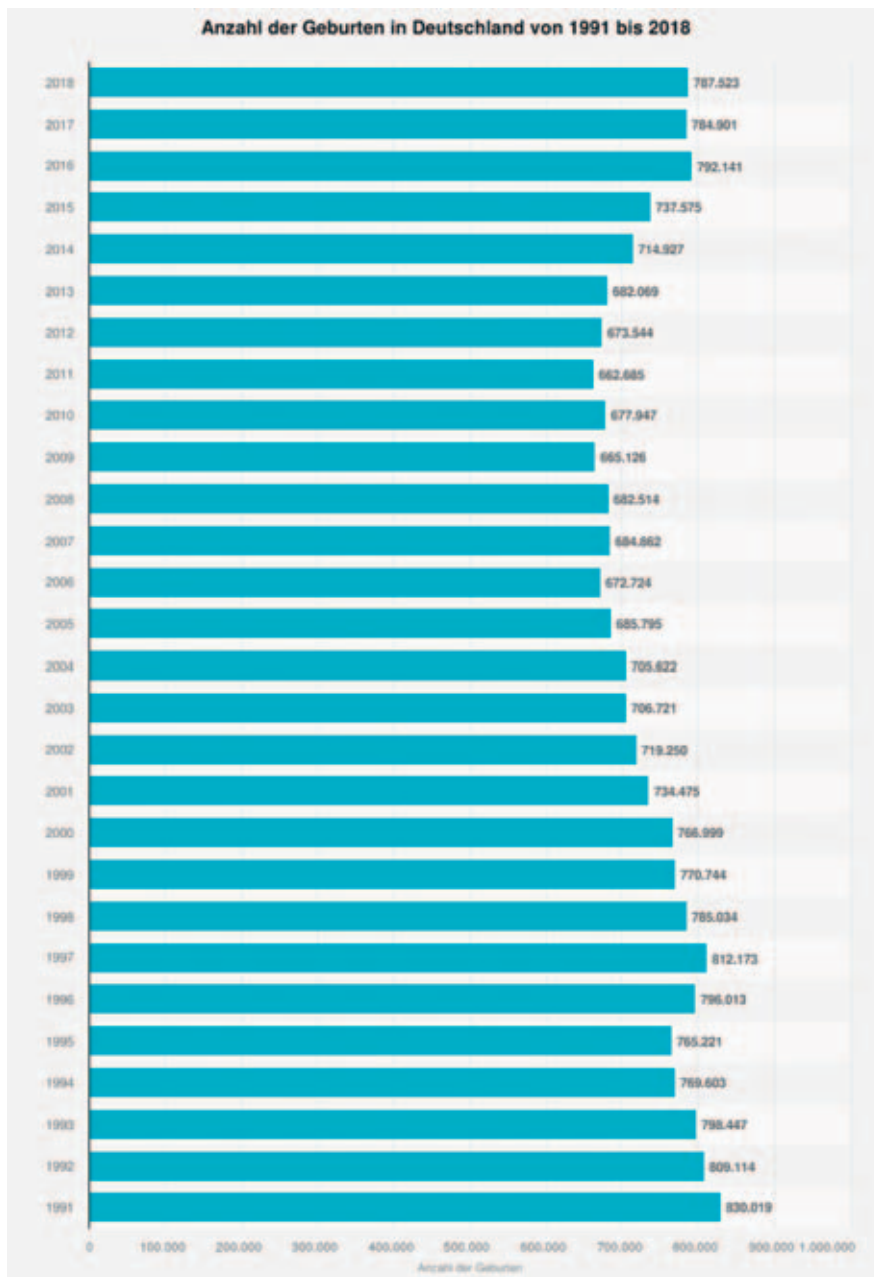


Abb. 1.3 Anzahl der Geburten in Deutschland bis 2018. [2] [W193]

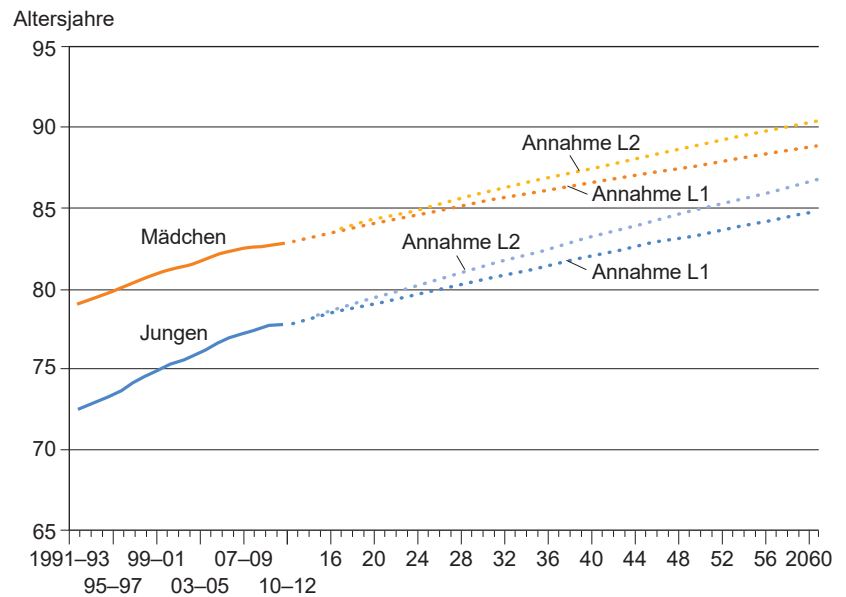


Abb. 1.4 Lebenserwartung bei Geburt. Ab 2014 Annahmen der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Annahmen für die Entwicklung der Lebenserwartung werden für Jungen und Mädchen für zwei unterschiedliche Szenarien visualisiert. [1] [W193] [L143]

dem hat sich die Lebenserwartung bei Geburt bei beiden Geschlechtern mehr als verdoppelt. So beträgt sie nach den Ergebnissen der allgemeinen Sterbetafel 2010/2012 bei Männern inzwischen 77,7 Jahre und bei Frauen 82,8 Jahre. [1]

Hierbei war zuerst ein Rückgang der Säuglingssterblichkeit zu beobachten. Inzwischen haben sich jedoch auch die Überlebensverhältnisse für ältere Menschen deutlich verbessert. So kann ein 65-jähriger Mann nach der allgemeinen Sterbetafel 2010/2012 mit einer durchschnittlichen weiteren Lebenserwartung von 17,5, eine gleichaltrige Frau mit 20,7 Jahren rechnen. Hingegen lagen die Werte 1871/1881 bei lediglich 9,6 bzw. 10,0 Jahren. Besonders ausgeprägt ist der Anstieg der Lebenserwartung für diese Alterskohorte etwa seit 1970. [1]

Maßgebliche Faktoren für die Verbesserung der Überlebensverhältnisse stellen die Fortschritte in folgenden Bereichen dar:

- Medizinische Versorgung
- Hygiene
- Wohnsituation
- Verbesserte Arbeitsbedingungen
- Gesteigerter materieller Wohlstand.

Auf Grundlage der allgemeinen Sterbetafel 2010/2012 gibt es zwei unterschiedliche Annahmen zur Entwicklung der Lebenserwartung bis zum Jahr 2060 (→ Abb. 1.4). Bei beiden wird von einem kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung ausgegangen. Da die Sterblichkeit in den niedrigen Altersstufen bereits sehr gering ist, wird die Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung hierbei insbesondere durch die höheren Altersstufen beeinflusst.

Für alle Altersstufen wurden ein kurzfristiger Trend seit 1970/1972 und ein langfristiger Trend seit 1871/1881 gebildet. Die Basisannahme „moderater Anstieg“ (L1) ergibt sich aus der Kombination der kurzfristigen und der langfristigen Trendentwicklung. Die Annahme „starker Anstieg“ (L2) basiert auf der kurzfristigen Trendentwicklung.

! VORSICHT! Beide Annahmen über die Entwicklung der Lebenserwartung sind rein empirisch abgeleitet. Voraussetzung für das Eintreten der Prognosen ist, dass sich die medizinische Versorgung in Zukunft gleich stark verbessern und sich hierdurch das Sterberisiko in den höheren Alterskohorten gleichermaßen verringern wird wie in den vergangenen Jahren.

1.1.3 Migration als Einflussfaktor auf die Bevölkerungsstruktur

i DEFINITION

Außenwanderung: Alle Bevölkerungsbewegungen über die Grenzen eines Landes hinweg.

Wanderungssaldo: Die Differenz zwischen Fort- und Zuzügen. [1]

Die Bevölkerungsentwicklung wird auch durch die sogenannte Außenwanderung beeinflusst. Hierbei ist besonders der Wanderungssaldo relevant. Der Saldo hängt vom **Migrationspotenzial** der Menschen aufgrund von politischen, wirtschaftlichen, demografischen oder ökologischen Ursachen ab. Auch wird er durch die Migrationspolitik beeinflusst.

Migrationsbewegungen haben in den vergangenen Jahren zu einer Verjüngung der deutschen Bevölkerung beigetragen. So waren von den insgesamt 476.000 Personen, die im Jahr 2015 Asyl in Deutschland beantragten, 80 % unter 35 Jahre alt [4]. Um den negativen Auswirkungen des demografischen Wandels entgegenzuwirken, ist es notwendig, diese Personen auch auf dem Arbeitsmarkt zu integrieren.

Einen ausführlichen Einblick in die Thematik der Migration gibt → Kap. 10.2.

SPICKZETTEL

Bevölkerungsentwicklung und Lebenserwartung

- Langfristig werden die Bevölkerungs- sowie Geburtenzahlen in Deutschland in Zukunft abnehmen, und die Einwohner werden im Durchschnitt immer älter sein.
- In den letzten 150 Jahren hat sich die Lebenserwartung bei Geburt bei beiden Geschlechtern mehr als verdoppelt. Ein weiterer Anstieg ist für die Zukunft zu erwarten.
- Das Durchschnittsalter der Bevölkerung in Deutschland hat sich in den vergangenen Jahren insbesondere durch Migrationsbewegungen verringert.
- Nur durch eine konsequente Integrationspolitik kann die Migration den Auswirkungen des demografischen Wandels entgegenwirken.

1.2 Auswirkungen auf die Pflege

1.2.1 Pflegende Angehörige

Im Jahr 2017 wurden nach Angaben des Statistischen Bundesamts 2,59 Millionen Menschen (76 % aller Pflegebedürftigen) zu Hause pflegerisch versorgt (→ Abb. 1.5). Von diesen Menschen wurden 1,76 Millionen Menschen nur von **Angehörigen** gepflegt [5]. Die Zahl derer, die zu Hause versorgt werden, stieg in den letzten Jahren immer stärker an. Dies ist zurückzuführen auf die Sozialpolitik, welche den Grundsatz „ambulant vor stationär“ verfolgt.

Allerdings ist davon auszugehen, dass die Zahl der Menschen, die zu Hause gepflegt werden, auf lange Sicht rückgängig sein wird. Der Grund hierfür liegt in der demografischen Entwicklung im Bereich der Hochaltrigkeit. So ist davon auszugehen, dass in Zukunft die Anzahl der Personen, welche aufgrund ihres hohen Alters und ihrer schweren Pflegebedürfnisse nicht mehr zu Hause gepflegt werden können, ansteigt. Auch führen vermehrte Berufstätigkeit von Frauen, schlechte Voraussetzungen für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, der Rückgang der Kinderanzahl und die erhöhte berufliche und wohnungsbezogene Mobilität dazu, dass weniger Angehörige in der Lage sind, die Pflege eines Verwandten zu übernehmen.

Zusätzlich zur demografischen Entwicklung sorgt somit der Rückgang der familiären Pflegepotenziale für eine weitere Verschärfung im Bereich der Pflege.

1.2.2 Pflegekräfte in der professionellen Pflege

Laut Statistischem Bundesamt wurden im Jahr 2017 von allen pflegebedürftigen Personen 24 % vollstationär in Heimen versorgt [5]. Hochaltrigkeit und die damit verbundenen pflegerischen Herausforderungen sowie das oftmalige Fehlen von Pflegepotenzial durch die Angehörigen sorgen dafür, dass immer mehr Menschen vollstationär in Heimen gepflegt werden müssen.

Die Anzahl der Beschäftigten in den Pflege- und Gesundheitsberufen nimmt immer mehr zu. Allein in den letzten 10 Jahren ist die Zahl um ein Fünftel angestiegen. Insbesondere Frauen arbeiten in diesem Berufsfeld, ihr Anteil liegt in der ambulanten Pflege bei 86 %, in Pflegeheimen bei 84 %. Eine besondere Herausforderung für die **professionelle Pflege** stellt hier nicht nur die immer größer werdende Anzahl an

Pflegebedürftigen, sondern auch die Altersstruktur der Pflegenden selbst dar: 2017 waren in der ambulanten Pflege 40 % und in Pflegeheimen 42 % der Pflegefachpersonen 50 Jahre und älter [5].

Obwohl die Anzahl der Beschäftigten in den letzten Jahren anstieg, sind die Zuwächse im Verhältnis zum Zuwachs der Pflegebedürftigen viel zu gering. So fehlen in Deutschland im Jahr 2017 circa 35.000 Pflegekräfte, davon circa 12.000 Altenpfleger. Auf 100 offene Stellen in der Altenpflege kommen lediglich 21 Bewerbungen [6]. Es wird prognostiziert, dass bei jetzigem Verlauf im Jahr 2030 insgesamt 500.000 Pflegekräfte fehlen werden [7].

SPICKZETTEL

Pflegende Angehörige und professionelle Pflege

- Aktuell wird noch fast die Hälfte aller Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt.
- Bei den familiären Pflegepotenzialen ist künftig aus mehreren Gründen ein Rückgang zu erwarten:
 - Veränderte berufliche Anforderungen und Probleme der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege
 - Zunehmende Wohnungsmobilität
 - Zunahme schwerst pflegebedürftiger Menschen durch die höhere Lebenserwartung
- Dem Zuwachs an Pflegebedürftigen steht ein viel zu geringer Zuwachs an Pflegekräften gegenüber.
- Der Bedarf an ausgebildeten Pflegekräften wird in Zukunft noch deutlich steigen.

1.3 Auswirkungen auf das Gesundheitswesen

1.3.1 Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

Veränderung pflegerelevanter Altersgruppen

i DEFINITION

Greying-Index: Gibt den Anteil aller über 80-Jährigen an allen Menschen über 65 Jahren an.

Junge Alte: Personen zwischen 65 und 79 Jahren.

Hochaltrige: Personen ab 80 Jahren. [8]

Der Anteil der **Hochaltrigen** an der Gesamtbevölkerung nimmt seit Jahren zu und wird voraussichtlich noch weiter steigen. Schätzungen zufolge werden im Jahr 2050 circa 10 Millionen über 80-Jährige leben. Das macht in etwa 14 % der Gesamtbevölkerung aus. Dies spiegelt sich in der Altersstruktur der Pflegebedürftigen wider. Hier sind circa 42 % zwischen 80 und 89 Jahre alt. Der **Greying-Index** vergrößert sich seit Jahren rapide (→ Tab. 1.1). Die Bevölkerungsstruktur verschiebt sich somit zu Ungunsten der jungen Älteren. Es wird bei der aktuellen Entwicklung immer weniger „junge Alte“ geben, und somit werden auch die Problemstellungen, welche im Alter auftreten, durch die Dominanz der Hochaltrigen in extremerem Maße vorkommen.

Gesundheit im hohen Alter

Die gestiegene Lebenserwartung der Menschen wirft die Frage auf, wie sich die **Gesundheit im hohen Alter** entwickelt und in welchem Gesundheitszustand die gewonnenen Jahre verlebt werden können. Auch geht es um den Grad der Selbstständigkeit und um den Grad der Unterstützung, die notwendig ist. Zur Beantwortung dieser Frage gibt es unterschiedliche Hypothesen.

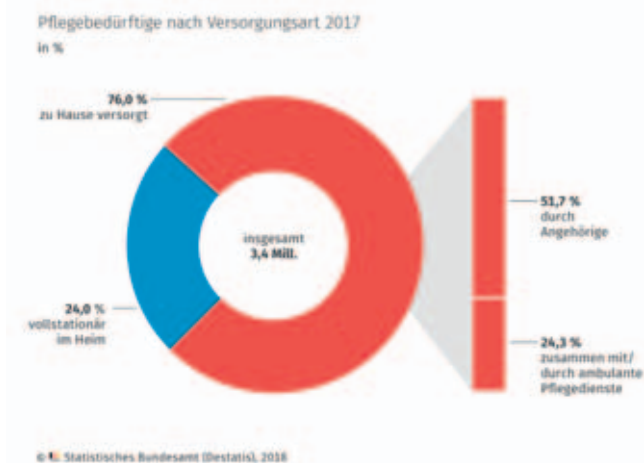


Abb. 1.5 Pflegebedürftige 2017 nach Versorgungsart: Welcher Anteil der Pflegebedürftigen wird zu Hause und welcher in Heimen gepflegt? [5] [W193]

Tab. 1.1 Entwicklung der Altersstruktur nach dem Greying-Index [8].

Jahr	50 bis 64 Jahre	65 Jahre bis 79 Jahre	80 Jahre und älter	85 Jahre und älter	Greying-Index
	Bevölkerung in 1000				Index
1970	9.943	6.969	1.150	378	16,5
1980	9.756	7.900	1.635	553	20,7
1991	15.482	8.952	3.080	1.185	34,4
2000	15.572	10.607	3.087	1.613	29,1
2010	16.344	12.538	4.307	1.952	34,3
2020	19.265	12.741	6.208	2.726	43,2
2030	15.779	16.089	6.943	3.813	48,7

DEFINITION

Medikalisierungsthese: Geht davon aus, dass die Mortalität sinkt und die Zeit in gesundheitlicher Beeinträchtigung zunimmt.

Kompressionsthese: Geht davon aus, dass die gesunde Lebenserwartung schneller wächst als die Gesamtlebenserwartung. [8]

Die Lebenszeit ist zwar länger, aber damit verlängert sich auch die Zeitspanne, in der die Person gesundheitlich eingeschränkt ist. Die **Medikalisierungsthese** wird stark von der Rolle der Gesundheitsprävention beeinflusst. Liegt der Forschungsfokus eher auf der Verhinderung von chronischen Krankheiten anstelle der Verringerung von Mortalität, kann die in Krankheit verbrachte Zeit erheblich verkürzt werden.

Die **Kompressionsthese** geht davon aus, dass die Morbidität auf einen kleinen Zeitraum am Lebensende komprimiert wird. Sie ist somit konträr zur Medikalisierungsthese.

Welche der beiden Thesen zutreffend ist, kann nicht abschließend beantwortet werden. Allerdings lässt die Entwicklung seit dem Ende der 1980er Jahre eher auf die Kompressionsthese schließen.

1.3.2 Multimorbidität und Chronifizierung

Die **Multimorbidität** stellt einen wichtigen Faktor dar, wenn es um die Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf das Gesundheitswesen geht. In → Kap. 20 wird ausführlich auf das Thema Multimorbidität eingegangen.

DEFINITION

Chronifizierung: Eine Erkrankung geht von einem vorübergehenden in einen ständigen Zustand über. [9]

Die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Krankheit chronifiziert, also den Patienten ständig begleitet und einschränkt, steigt mit dem Alter stark an. Um möglichst lange ohne Krankheit leben zu können, ist es notwendig, eine **Chronifizierung** möglichst zu verhindern. Dennoch haben viele ältere Menschen eine oder mehrere chronische Krankheiten.

1.3.3 Krankheitskosten

DEFINITION

Krankheitskosten: Alle Kosten, die durch eine Krankheit und deren (versuchte) Heilung verursacht werden. [10]

Die **Krankheitskosten** im Alter machen einen beträchtlichen Teil der gesamten Kosten aus (→ Abb. 1.6). Hierbei liegen die Krankheitskosten

bei alten Frauen deutlich über denen alter Männer. Dies liegt unter anderem an der Feminisierung des Alters und an der höheren Lebenserwartung von Frauen. Der größte Teil der Krankheitskosten entfällt auf stationäre sowie teilstationäre Pflegeeinrichtungen. Insbesondere Frauen sind auf diese kostenträchtigen Angebote angewiesen, da sie ihren Partner oftmals überleben.

1.3.4 Auswirkungen auf die sozialen Versicherungssysteme

Rentenversicherung

Verschiebungen in der Relation von Beitragszahlern zu Rentenbeziehern haben schwerwiegende Auswirkungen: Immer weniger Beitragszahler müssen die Renten für immer mehr Empfänger tragen. Auch die längere Lebenszeit und somit der längere Bezug von Rentenleistungen belasten das System. Es ist zu erwarten, dass es zu weiteren Kürzungen im Rentenbezug kommen wird und eine private Vorsorge für das Rentenalter unerlässlich sein wird.

Krankenversicherung

Rund 90 % der Bevölkerung Deutschlands sind in der gesetzlichen **Krankenversicherung** versichert. Folglich sind nur 10 % in Deutschland in einer privaten Krankenversicherung versichert. Analog zur Rentenversicherung ist auch die gesetzliche Krankenversicherung nach dem *Umlageverfahren* organisiert (→ Kap. 45).

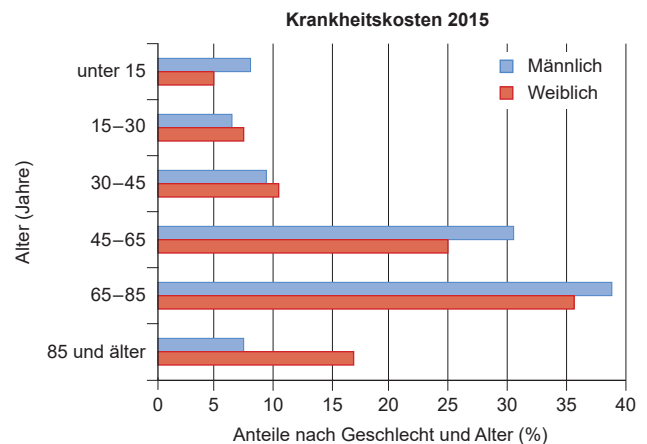


Abb. 1.6 Krankheitskosten 2015 nach Altersgruppen. [10] [W193] [L143]

Demografischer Ausgabeneffekt

Die Pro-Kopf-Ausgaben für die Gesundheit steigen im Alter an. Verglichen mit den Ausgaben der Krankenkassen für 20-Jährige sind die Ausgaben für Menschen im höheren Alter in etwa acht- bis zehnmal so hoch. Aufgrund dessen sorgt eine immer größere Menge an älteren Menschen für einen Anstieg der Gesundheitsausgaben im Gesamten. Diesen Anstieg von Ausgaben aufgrund der steigenden Anzahl von Menschen im höheren Lebensalter nennt man den **demografischen Ausgabeneffekt**.

Demografischer Finanzierungseffekt

Der **demografische Finanzierungseffekt** beschreibt die stärkere Belastung der Erwerbstätigen aufgrund des steigenden Rentnerquotienten. Zwar haben manche Rentner noch beitragspflichtige Einnahmen, doch sind diese so gering, dass der Durchschnitt dieser Einnahmen signifikant unter denen der Erwerbstätigen liegt. So decken die Beitragszahlungen der Rentner zur Krankenversicherung nur etwa die Hälfte ihrer Gesundheitsausgaben. Die Erwerbstätigen müssen somit für die andere Hälfte aufkommen.

Aus dem in → Abb. 1.7 dargestellten Modell ist ersichtlich, dass die Krankenkasse nur in Phase B, also nur in der Gruppe der erwerbstätigen Beitragszahler, einen Einnahmenüberschuss generiert. Die Phasen A und C sind reine Ausgabenphasen. Verschiebt sich nun die Lebenserwartung nach hinten, wird die Ausgabenphase C immer größer. Es wird prognostiziert, dass das Beitragsaufkommen, also Phase B, ab dem Jahr 2020 absinkt.

Pflegeversicherung

Wie in der Krankenversicherung führt der demografische Wandel dazu, dass auch die Einnahmen der **Pflegeversicherung** sinken und die Ausgaben steigen. Die weiteren Effekte des demografischen Wandels sind denen der Krankenversicherung sehr ähnlich.

SPICKZETTEL

Veränderungen im Gesundheitssystem

- Deutlicher Anstieg der Anzahl der Hochaltrigen
- Prognosen zur Gesundheit im hohen Alter:
 - Medikalisierungsthese (sinkende Mortalität bei verlängerter Zeitspanne mit gesundheitlichen Einschränkungen)
 - Kompressionsthese (gesunde Lebensdauer nimmt schneller zu als Gesamtlebensdauer)
- Höhere Krankheitskosten bei Hochaltrigen durch Multimorbidität und zunehmende Chronifizierung von Krankheiten
- Rentenversicherung: Abnahme der Anzahl der Beitragszahler, Zunahme der Rentenbezieher, folglich Kürzungen im Rentenbezug
- Kranken- und Pflegeversicherung: Steigende Ausgaben für Hochaltrige bei gleichzeitig sinkenden Einnahmen.

1.4 Auswirkungen auf sozialräumliche Strukturen

Der demografische Wandel hat auch erhebliche Auswirkungen auf die Besiedelung von Gemeinden, Städten und ganzen Regionen. Es gibt Regionen, die vom Wandel profitiert haben. Hierzu zählen beispielsweise Südhessen, Baden-Württemberg und Oberbayern. Auch gibt es vom

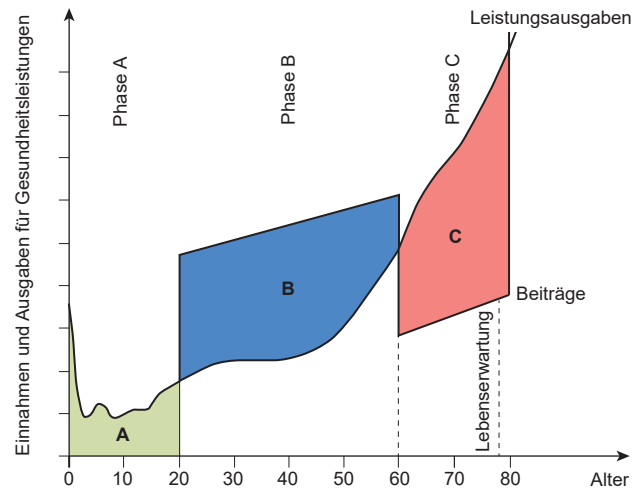


Abb. 1.7 Einnahmen und Ausgaben für Gesundheitsleistungen. [11] [E1038] [L143]

Tab. 1.2 Arten von Alterung in Bezug auf Siedlungspolitik.

Art der Alterung	Erläuterung
Passive Alterung	Junge Menschen ziehen weg und hinterlassen eine insgesamt ältere Bevölkerung.
Aktive Alterung	Ältere Menschen ziehen aktiv in eine bestimmte Stadt oder Region und heben so den gesamten Altersschnitt an.

Wandel negativ betroffen Regionen. Hierzu zählen die neuen Bundesländer, das nördliche Ruhrgebiet, Südniedersachsen, Nordhessen oder das Saarland. In Bezug auf die Siedlungspolitik wird zwischen zwei Arten von Alterung unterschieden (→ Tab. 1.2).

Diejenigen Städte, welche negativ vom demografischen Wandel beeinflusst wurden, erfahren in der Regel eine passive Alterung, da zu meist nur die Alten dort wohnen bleiben und somit die wirtschaftliche Leistungskraft aufgrund fehlender Arbeitskräfte stark absinkt.

Städte, welche profitiert haben, erfahren mit einer aktiven Alterung zwar auch eine neue Herausforderung, da der Bedarf an altersgerechter Infrastruktur ansteigt. Jedoch bedeutet der Zuzug von älteren Menschen oft auch einen Anstieg der Kaufkraft in der Region und somit eine Steigerung des Wohlstands.

Ausführliche Informationen zu Wohnformen im Alter finden sich in → Kap. 6.

TRANSFERAUFGABEN

Der demografische Wandel hat vielfältige Auswirkungen auf das Gesundheitswesen. Betrachten Sie unter diesem Blickwinkel Ihre eigene berufliche Praxis.

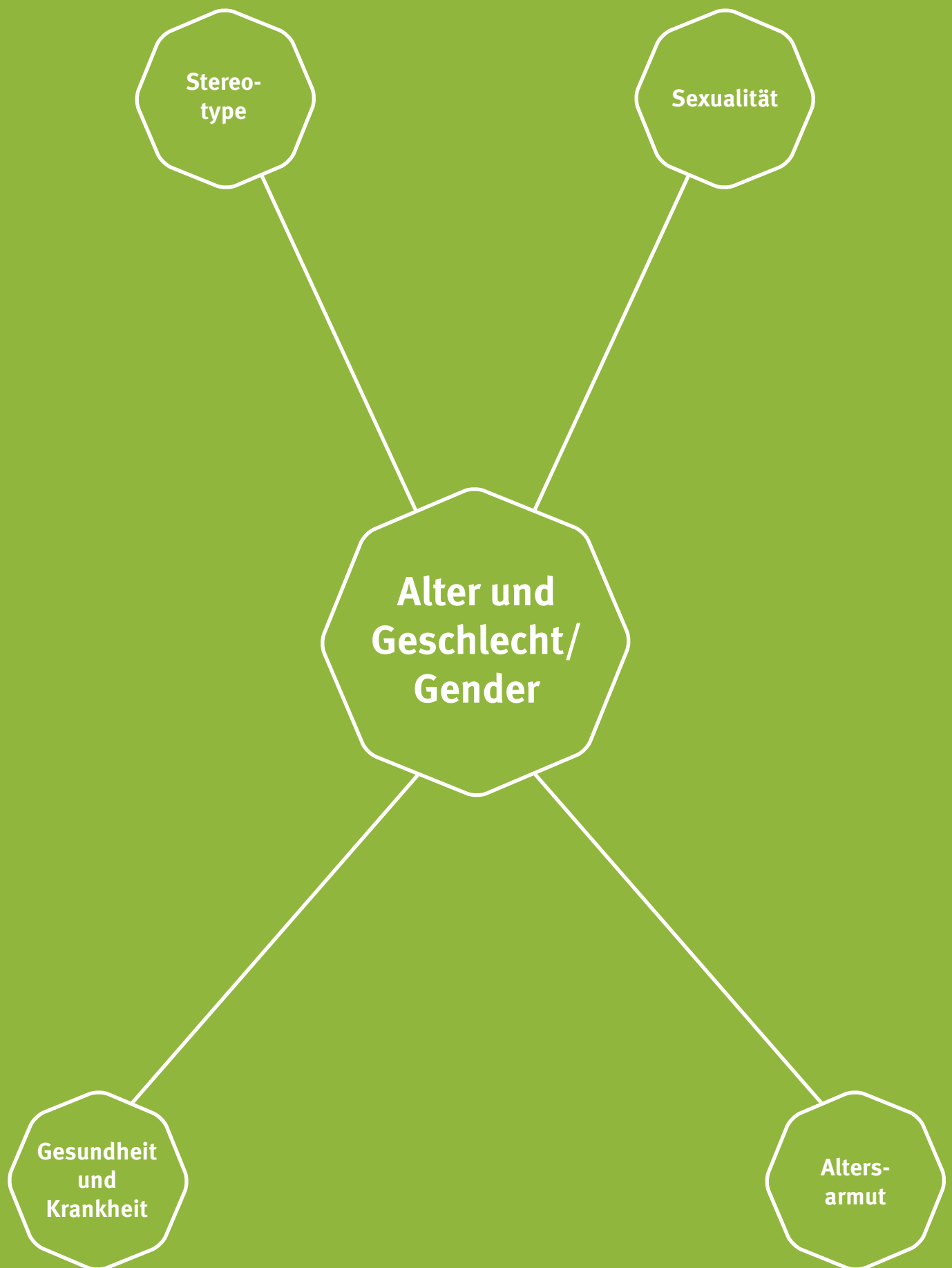
1. Welche fachlichen Kompetenzen werden in der professionellen Pflege künftig an Bedeutung gewinnen?
2. Mit welchen strukturellen Herausforderungen werden Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste konfrontiert?
3. Inwieweit sind die Pflegebedürftigen selbst von den Auswirkungen des demografischen Wandels betroffen?



IST DAS ALTER WEIBLICH?

Anna Steinberger

2.1	GESCHLECHTSSPEZIFISCHE VORURTEILE ÜBER DAS ALTER	13	2.4	GESCHLECHT, GESUNDHEIT UND MEDIZIN	14
2.2	SEXUALITÄT IM ALTER	13	2.5	WEIBLICHE UND MÄNNLICHE ALTERSARMUT	14
2.3	UNTERSCHIEDE IM SOZIALEN BEZIEHUNGSGEFÜGE	14	2.6	EXKURS: HERSTELLUNG VON ALTER UND GESCHLECHT	15



Wenn man an Alter und alte Menschen denkt, denkt man zunächst oft an Frauen und die liebevolle „Oma“. In der Phase des Alters sind Frauen und als typisch weiblich angesehene Lebensweisen, etwa die Orientierung an Familie und häuslichem Leben, sehr präsent.

i DEFINITION

Geschlechterspezifische Lebenserwartung: Nach Hartmann-Tews et al. [1] der Umstand, dass Männer und Frauen unterschiedliche Wahrscheinlichkeiten für ihre Lebensspanne aufweisen. Frauen leben je nach Land in Europa durchschnittlich bis zu elf Jahre länger als Männer. Dies hängt kaum von biologischen Faktoren ab, sondern vor allem von unterschiedlichen Lebensbedingungen wie Gesundheitsverhalten, Einkommen oder Arbeitsbelastung.

- Es gibt zahlenmäßig mehr alte Frauen als Männer, da Frauen eine höhere geschlechterspezifische Lebenserwartung besitzen.
- Das Alter wird als weiblich wahrgenommen, weil in dieser Lebensphase weiblich bewertete Lebensweisen vorherrschen, wie etwa Orientierung an Haushalt und Familie oder Ausstieg aus der Erwerbsarbeit.
- Pflege im Alter wird als weiblich angesehen, und Pflege wird meist von Frauen geleistet.

Trotz dieser Verknüpfung von Alter und Weiblichkeit wurden an alte Männer und Frauen lange männliche Maßstäbe angelegt.

i DEFINITION

Männliche Normalbiografie: Im Alltag wie in der Wissenschaft erfolgt meist eine (unbewusste) Orientierung an der typisch männlichen Biografie. Durch den Fokus von Männern auf Erwerbsarbeit und Karriere sind ihre Biografien geradliniger und weniger von Brüchen gekennzeichnet. Frauen müssen durch die Festlegung auf Hausarbeit und Kinder andere Anforderungen bewältigen.

Mit der Orientierung an der männlichen Normalbiografie besteht die Gefahr, Unterschiede, die auch im Alter zwischen den Geschlechtern bestehen, zu ignorieren. Diese Unterschiede sollen hier nun aufgezählt und erläutert werden.

2.1 Geschlechtsspezifische Vorurteile über das Alter

Alten Menschen werden geringere Fähigkeiten, Leistungsfähigkeit und Attraktivität zugeschrieben. Es herrscht ein negatives, an Defiziten und Funktionsverlust orientiertes Bild von Alter vor. Je nach eigenem Alter und Kontext existieren auch andere, positivere Bilder.

i DEFINITION

Altersstereotype: Kulturell weit verbreitete Zuschreibung von Eigenschaften aufgrund des Alters; spezifische Eigenheiten und Widersprüche werden ausgeblendet. [2]

Hinsichtlich des Geschlechts existieren unterschiedliche stereotype Bewertungen des Alters (*double standard of ageing*), wie Susan Sontag (1933–2004) attestiert hat [3]. Alter wird bei Frauen negativer bewertet; so gelten etwa graue Haare bei Frauen als unattraktiver. Alte Männer werden im Gegensatz dazu als attraktiv dargestellt, wenn sie graue Schläfen bekommen.

! VORSICHT! Vorurteile sind gefährlich, da sie Rückwirkungen auf alte Menschen haben und damit eine sich selbst erfüllende Prophezeiung sind [2]. Menschen mit negativen Vorstellungen vom Alter besitzen weniger Funktionsfähigkeit, ein schlechteres Selbstbild, einen schlechteren Gesundheitszustand und suchen die Schuld bei Kommunikationsproblemen eher bei sich als bei ihrem Gegenüber. Die Rolle von Pflegefachpersonen ist in diesem Zusammenhang nicht zu unterschätzen: Diese können den negativen Kreislauf unterbrechen, indem sie Zutrauen signalisieren und Selbstständigkeit fördern.

2.2 Sexualität im Alter

Sexualität im Alter ist ein Tabuthema. Alten Menschen wird Sexualität abgesprochen, ihnen wird *Asexualität* unterstellt. Wenn angenommen wird, dass sich im Alter körperliche und geistige Funktionen in allen Lebensbereichen zunehmend verschlechtern, können alte Menschen demnach kein erfülltes Sexualleben besitzen. Alternde Menschen kennen dieses Bild und beschreiben sich deshalb selbst als weniger sexuell aktiv, obwohl sie anders empfinden.

Je nach Geschlecht ergeben sich Vor- oder Nachteile für Sexualität im Alter:

- Frauen werden früher als unattraktiv und weniger sexuell wahrgenommen.
- Frauen haben im hohen Alter seltener einen Partner.
- Sie sind von traditionellen Bildern geprägt, die ihnen Lust am Sex absprechen.
- Dadurch haben Frauen Hemmungen, sexuelle Wünsche zu artikulieren.
- Frauen können sich aber auch befreiter fühlen, denn sie müssen sich keine Gedanken über Menstruation oder Schwangerschaftsverhütung machen.
- Eine respektvolle Partnerschaft ist eine wichtige Ressource für gelingende Kommunikation über Sexualität (→ Abb. 2.1).

Ursachen für sexuelle Probleme im Alter

Frauen wie Männer sind bis ins hohe Alter sexuell genussfähig. Gleichzeitig kann die Kommunikation darüber schwer sein. Dafür sind körperliche, psychologische und soziologische Gründe verantwortlich:

- Gesundheitliche Probleme und körperliche Veränderungen
- Langandauernde, uninteressanter werdende Partnerschaften
- Eingelernte Vorurteile gegenüber der Sexualität alternder Menschen
- Scham über den eigenen Alterungsprozess.

Homosexualität im Alter

Auch wenn früher strengere und traditionellere Familienbilder vorherrschten und Menschen dadurch ihre sexuellen und familienbezogenen Wünsche unterdrückten, gab und gibt es Menschen, die gleichgeschlechtliche (*homosexuelle*) Beziehungen leben – auch im Alter (→ Abb. 2.2).



Abb. 2.1 Auch alte Menschen haben ein Bedürfnis nach Zärtlichkeit. [J787]



Abb. 2.2 Lesbische Frauen im Alter. [J787]

Gleichgeschlechtlich liebende (*homosexuelle*) Menschen sind von Veränderungen im Alter berührt:

- Die Zufriedenheit mit der sexuellen Identität steigt durchschnittlich im Alter.
- Diskriminierende Phasen waren vielfach prägend:
 - Wertung von **Homosexualität** als Krankheit (*Pathologisierung*)
 - Strafbarkeit
 - Eheverbot
 - Berufsverbot bei Militär und Kirche
 - Gefahr von Übergriffen
- Gesundheitliche Probleme können die Folge sein, aber auch eine größere Widerstandsfähigkeit (*Resilienz*) gegen Anfeindungen.
- Die Gefahr homosexuellenfeindlicher (*homophober*) Übergriffe wird im Alter nicht seltener, die Chance, sich zu wehren, sinkt jedoch.
- Wenige sind verheiratet oder haben Kinder. Alleinleben und Ersatznetze aus Freunden und Bekannten sind häufig.
- Pflege durch Angehörige ist seltener, sie erfolgt meist durch staatliche Pflegeinstitutionen.

VORSICHT! Da im Alter die Abhängigkeit von Pflegenden steigt, ist es schwerwiegender, wenn diese nur Raum für Heterosexualität lassen und andere Beziehungsformen nicht zulassen. Pflegende müssen für andere als die heteronormativ akzeptierten Lebensweisen sensibilisiert sein.

i DEFINITION

Heteronormativität: Verbreitetes Denken, alle Menschen nur als heterosexuell liebend wahrzunehmen, also für Männer nur Frauen und für Frauen nur Männer als potenzielle Geschlechtspartner zu sehen. Es bestehen andere Lebensentwürfe, wie **LGBTIQ**.

LGBTIQ: Abkürzung steht für Lesbisch, Schwul (engl. Gay), Bi, Trans, Inter und Queer, bezeichnet Menschen, die sich nicht mit dem vorherrschenden Bild von Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung identifizieren können. Sie treten gegen das Denken in Schubladen und für Vielfalt ein.

2.3 Unterschiede im sozialen Beziehungsgefüge

Geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen im Alter hinsichtlich des Familienstandes und des sozialen Umfelds [1]:

- Frauen über 80 Jahre sind häufiger verwitwet. 70 % der Frauen im Vergleich zu 33 % der Männer sind betroffen. U. a. die unterschiedlichen Lebenserwartungen sind hierfür verantwortlich.
- Frauen leben häufiger in Single-Haushalten.
- Frauen haben mehr Bekannte in ihrem Umkreis, erst bei Männern und Frauen über 80 Jahren gleicht sich die Anzahl der Bekannten an.

- Frauen pflegen häufig ihre Partner und müssen/wollen für die Familie da sein, obwohl das ihrem eigenen Gesundheitszustand nicht angemessen ist.
- Umgekehrt werden Frauen seltener von ihren Partnern gepflegt, weil diese früher versterben.



VORSICHT! Unter alten Menschen existieren nicht nur **heterosexuelle** Beziehungen, also nicht nur Beziehungen zwischen einem Mann und einer Frau.

2.4 Geschlecht, Gesundheit und Medizin

Der Aspekt der Gesundheit und Medizin ist von Geschlechterunterschieden geprägt. Der **Gesundheitszustand** im Alter entwickelt sich bei Männern und Frauen unterschiedlich.

- Unter 80 Jahren erleben Frauen häufiger Einschränkungen als Männer, über 80 Jahren kehrt sich das Verhältnis um.
- Frauen sind im Alter weniger mobil und öfter chronisch krank.
- Männer benötigen dafür mehr Hilfe im Haushalt und werden häufiger von ihren Partnerinnen gepflegt, weil diese meist jünger sind und weil Pflege weiblich besetzt ist.

Die Medizin orientierte sich lange Zeit am männlichen Körper und hat spezifisch weibliche Krankheitsausprägungen nicht erkannt. So sind die Symptome eines Herzinfarkts bei Frauen häufiger unspezifisch. Die aufkommende **Gender-Medizin** nimmt Erkenntnisse über derartige Ungleichheiten auf und erforscht weitere Unterschiede, wie etwa die unterschiedliche Wirkung von Medikamenten.

2.5 Weibliche und männliche Altersarmut

Auch wenn die materielle Situation im Alter aktuell so gut ist wie bei keiner Generation vorher, ist **Altersarmut** ein entscheidender Faktor. Denn eine Besonderheit von Armut im Alter gegenüber Armut in einer anderen Lebensphase ist, dass die Armut im Alter nicht durch eigene Maßnahmen wie Sparen, Erwerbsarbeit oder Weiterbildung geändert werden kann. Es kommt zu einer dauerhaften Abhängigkeit von staatlichen Leistungen.



DEFINITION

Altersarmut: Es gibt unterschiedliche Definitionen von Armut, so dass es schwierig ist, das Problem der Altersarmut zu beziffern [4]:

1. Altersarmut liegt vor, wenn eine Person nicht über genügend Geldmittel verfügt, um im Alter ihren Lebensunterhalt zu bestreiten. Aufgrund staatlicher Grundsicherung kommt Altersarmut de facto in dieser engen Definition in Deutschland nicht vor.
2. Altersarmut betrifft alle, die Grundsicherung im Alter erhalten, weil sie ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestreiten können. 2011 waren hiervon in Deutschland 2,9 % der Frauen und 2,2 % der Männer über 65 Jahre betroffen.
3. Altersarmut kann als relative Armut definiert werden und orientiert sich dabei an der mittleren Höhe aller Nettoeinkommen. Ab 60 % dieses Vergleichseinkommens besteht eine Armutsgefährdung. Danach waren in Deutschland 2011 fast 20 % aller Einwohner von Armutsgefährdung betroffen; unter den über 65-Jährigen waren es 15,3 %.

Altersarmut trifft prinzipiell Männer wie Frauen: In Westdeutschland sind Frauen häufiger arm, in Ostdeutschland sind Männer häufiger arm [4]. Verantwortlich hierfür sind unter anderem die unterschiedlichen sozialen Sicherungssysteme im geteilten Deutschland bis 1990.

Armut im Alter stellt jedoch für Frauen ein anderes Problem dar als für Männer (→ Abb. 2.3).

- Familiäre Verpflichtungen, ein schlechtes Kinderbetreuungssystem und ein zu geringer finanzieller Ausgleich familiärer Belastungen treffen vielfach Frauen. Ihnen wird erschwert, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Vor allem alleinerziehende Frauen sind betroffen.
- Die geschlechtliche Arbeitsteilung und ein geschlechtlich segregierter Arbeitsmarkt begünstigen Ungleichheiten. Frauen gelangen seltener in Führungspositionen und arbeiten häufiger in geringer entlohnten Tätigkeitsfeldern als Männer.
- Der Sozialstaat ist an Erwerbsarbeit orientiert und vergibt Rentenansprüche nur für geleistete Erwerbsarbeit. Frauen haben jedoch häufiger unterbrochene Erwerbsbiografien, weil sie mehr unbezahlte Haus- und Sorgearbeit sowie Angehörigenpflege leisten. Damit begünstigt der Sozialstaat die Armut von Frauen.
- Frauen müssen häufiger im Alter noch dazuverdienen und sind mehr von Sozialleistungen abhängig.

Folgen von Armut sind stark eingeschränkte Teilhabemöglichkeiten, soziale Ausgrenzung, gesundheitliche Beeinträchtigung etc.

Für Altersarmut wird prognostiziert, dass diese in Ostdeutschland und bei Männern in den nächsten Jahren steigen wird. Für Frauen wird sich die Situation langfristig verbessern, weil sie tendenziell mehr Erwerbsarbeitsjahre sammeln/gesammelt haben als in früheren Generationen und Betreuungszeiten vermehrt berücksichtigt werden (Mütterrente) [4].

2.6 Exkurs: Herstellung von Alter und Geschlecht

Alter und Geschlecht sind nie unabhängig voneinander zu betrachten. Beides sind keine naturgegebenen Kategorien, sondern erst gesellschaftlich hergestellt und damit soziale Konstruktionen.

- **Alter als sozial hergestellte Kategorie:** Die Phase des Alters beginnt mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbszwang und dem Eintritt in das Pensionssystem. Es wird nicht nur über den körperlichen Zustand definiert, sondern auch über die soziale Stellung. [1]
- **Geschlecht als sozial hergestellte Kategorie:** Geschlecht wird auf abstrakter Ebene in ein biologisches und ein soziales Geschlecht ge-

trennt. Im Alltagsverständnis wird Geschlecht auf das biologische Geschlecht reduziert. Damit werden alle genetischen, hormonellen und sonstigen körperlichen Unterschiede gefasst. Diese biologischen Faktoren sind jedoch nicht die einzigen, die uns zu dem machen, was wir sind, und die unser Geschlecht bestimmen. Schon die französische Philosophin *Simone de Beauvoir* (1908–1986) hat gesagt: „Man ist nicht als Frau geboren, man wird es.“ [5]

Demnach werden Frauen und Männer wie auch alte Menschen von der Gesellschaft und durch soziale Faktoren „gemacht“. Hierzu zählen etwa die Erziehung, verinnerlichte Normen oder stereotype Vorstellungen. Die Unterscheidung in biologisches Geschlecht (*sex*) und soziales Geschlecht (*gender*) sowie in biologisches und soziales Alter kann helfen, zu verstehen, dass Geschlecht und Alter nicht etwas Naturgegebenes, Unabänderliches, sondern immer auch von den Menschen selbst geformt sind und einem gesellschaftlichen Wandel unterliegen.

SPICKZETTEL

Alter und Geschlecht

- Das Alter als Lebensphase unterliegt stereotypen Bewertungen, die ihrerseits geschlechtsspezifische Unterschiede aufweisen, z. B. in der Bewertung von Attraktivität.
- Negative Altersstereotypen führen bei den Betroffenen zu einem negativen Selbstbild, was gesundheitliche Beeinträchtigungen mit sich bringen kann.
- Auch im Alter sind Sexualität und Zärtlichkeit wichtige Aspekte der Lebensqualität. Sexualität im Alter wird aber nach wie vor tabuisiert; dies gilt erst recht für Beziehungsformen, die von heteronormativen Vorstellungen abweichen (z. B. Homosexualität).
- Die Beurteilung des Gesundheitszustands hat sich lange am „Normalzustand“ des männlichen Körpers orientiert. Es gibt jedoch geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich des Erkrankungsrisikos und der Ausprägung von Krankheitssymptomen.
- Frauen haben häufiger durch Familienarbeit unterbrochene Erwerbsbiografien und geringere Erwerbseinkommen. Daher sind sie im Rentenalter häufiger von Altersarmut bedroht als Männer.
- Soziale und materielle Ungleichheit zwischen den Geschlechtern verstärken sich im Alter und wirken darauf ein, wie Menschen mit dem Alter umgehen.
- Alter und Geschlecht werden nicht nur durch biologische und physiologische Merkmale bestimmt. Es sind zugleich sozial hergestellte Kategorien, die aus verinnerlichten Normen und Stereotypen resultieren und veränderlich sind.

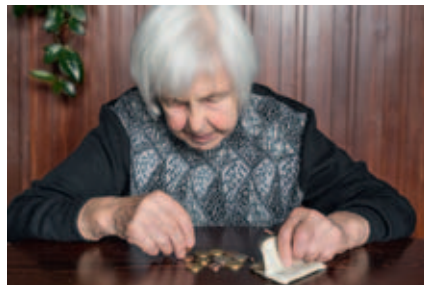


Abb. 2.3 Weil Frauen im erwerbsfähigen Alter oft weniger eigene Einnahmen generieren als Männer, sind sie im höheren Alter häufiger von Armut bedroht. [J787]

TRANSFERAUFGABEN

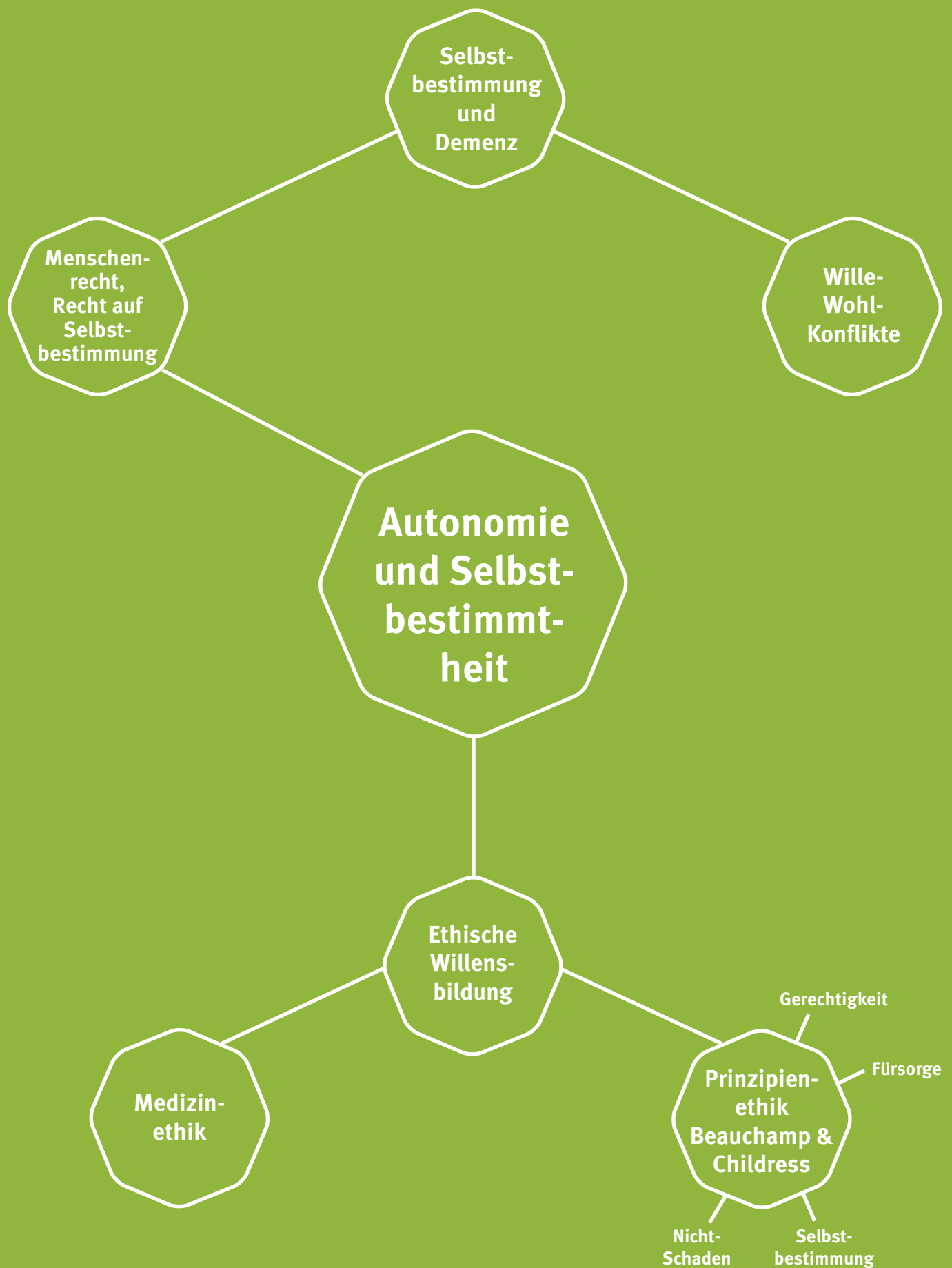
1. Welche geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Lebenssituation alter Menschen können Sie in Ihrer beruflichen Praxis erkennen?
2. Arbeiten Sie heraus, wie es kommt, dass die Lebensphase Alter als weiblich wahrgenommen wird.
3. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede weisen die Zuschreibungen „Alter“ und „Geschlecht“ auf?



SELBSTBESTIMMTHEIT UND AUTONOMIE BIS INS HOHE ALTER

Veronika Schraut

3.1	VERWIRKLICHUNG DES SELBSTBESTIMMUNGSKONZEPTS	19	3.3	ETHISCHE WILLENSBILDUNG UND ETHISCHES HANDELN IN DER PFLEGE	21
3.2	SELBSTBESTIMMUNG UND DEMENZ	19	3.3.1	Medizinethik	21
3.2.1	Graduierung der Selbstbestimmungsmöglichkeiten	19	3.3.2	Prinzipienethik – Die vier Prinzipien ethischen Handelns nach Beauchamp und Childress	21
3.2.2	Demenz und Willensbildung	19			
3.2.3	Wille und Wohl	20			
3.2.4	Auswirkungen einer vorzeitigen Willensäußerung	21			



3.1 Verwirklichung des Selbstbestimmungskonzepts

Das Recht auf **Selbstbestimmung** bildet einen fundamentalen Grundgedanken der allgemeinen Menschenrechte. Auch gesetzlich ist dieser Kerngedanke in Artikel 2, Absatz 1 des deutschen Grundgesetzes verankert und schützt dadurch das Recht auf „freie Entfaltung seiner Persönlichkeit.“

i DEFINITION

Selbstbestimmung im Gesundheitswesen: Was dies u. a. für die pflegerische Versorgung bedeutet, ist im Pflegeversicherungs-gesetz unter **§ 2 SGB XI Selbstbestimmung** festgelegt und baut auf der Bestimmung in Abs. 1 auf:

„Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. (...)“

Selbstbestimmt leben zu können, bedeutet somit vor allem, die Möglichkeit zu haben, ohne Bevormundung und Beschränkungen durch andere eigenständige Entscheidungen treffen zu können. „Ohne Beschränkungen“ bedeutet hierbei, dass für Patienten und Bewohner eine tatsächliche Wahlfreiheit in ihrer Entscheidungsfindung bestehen muss. Dies setzt eine Auswahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Alternativen voraus.

Damit Patienten und Bewohner in einer Behandlung zwischen verschiedenen Optionen selbstbestimmt wählen und entscheiden können, müssen ihnen durch pflegerisches und medizinisches Fachpersonal die notwendigen Kompetenzen vermittelt werden (vgl. → Kap. 17.4). Das bedeutet, die Betroffenen müssen befähigt werden zu:

- Verstehen wesentlicher Informationen
- Beurteilen dieser Informationen im Lichte eigener Werte
- Entwicklung einer Haltung zu den möglichen Ergebnissen der verschiedenen Optionen
- Freiem Treffen und Äußern der eigenen Entscheidung gegenüber Dritten.

3.2 Selbstbestimmung und Demenz

Im Gesundheitswesen besteht jedoch eine hohe Gefahr, dass das Selbstbestimmungsrecht der Patienten oder Bewohner aufgrund bestimmter Aspekte angezweifelt wird. Die häufigsten Gründe sind meist bestimmte Erkrankungen oder auch ein hohes Lebensalter, die eine Hilfs- und Pflegebedürftigkeit nach sich ziehen. Gerade in diesen Situationen ist es jedoch umso wichtiger für Betroffene, den Grundsatz ihres Rechts auf Selbstbestimmung zur Geltung zu bringen, anstatt sie aus den notwendigen Entscheidungsprozessen auszuschließen.

Von ganz besonderer Bedeutung ist die Selbstbestimmung u. a. in der Pflege und Versorgung von Menschen mit **Demenz**. Wenn unter bestimmten Umständen die Kompetenz Betroffener, eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen, stark angezweifelt wird, darf dies nicht einfach so abgetan werden, sondern es muss die Frage erörtert werden, ob es eine untere Grenzlinie gibt, unterhalb derer keine Möglichkeit zur Selbstbestimmung mehr besteht. Mögliche Grundsatzfragen hierzu sind:

- Gibt es Menschen, die so stark an kognitiven Kompetenzen eingebüßt haben, dass sie nicht mehr oder nur noch zum Teil selbstbestimmt entscheiden können?
- Wie wird in solchen Fällen eine Patientenentscheidung in die Praxis umgesetzt?

- Wie bindend ist eine solche Entscheidung?
 - Kann die Verantwortlichkeit von Ärzteschaft und Pflegenden durch eine solche Entscheidung eingegrenzt bzw. ersetzt werden?
- Ziel dieser Fragen ist es zu ermitteln, inwiefern Entscheidungsfähigkeit besteht, in welchem Grad diese eingeschränkt ist und inwieweit entsprechende Willensbekundungen trotz schwerwiegenderer Erkrankungen beachtet und miteinbezogen werden können.

3.2.1 Graduierung der Selbstbestimmungsmöglichkeiten

In der Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz müssen *Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit* differenziert betrachtet werden. Es geht hierbei nicht darum, den Blick auf die Defizite, sondern verstärkt auf die individuellen Kompetenzen und Potenziale der Betroffenen zu richten – auch bei schwerster Demenz. Abzugrenzen sind:

- Volle Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit
- Eingeschränkte, nur graduell vorhandene Einwilligungsfähigkeit mit noch vielerlei Mitwirkungsmöglichkeiten
- Stark eingeschränkte Einwilligungsfähigkeit mit zunehmend schwer verständlichen Selbstäußerungen.

Orientierung am Recht auf Selbstbestimmung

- Miteinbeziehung der demenziell erkrankten Person, so weit als möglich, bei *allen* Entscheidungen!
- Auf jeder Stufe der Demenz sind noch Kompetenzen des Verstehens, des Bewertens und der Selbstäußerung vorhanden, jedoch eingengt und instabil.
- Gänzlichliches Absprechen einer Selbstbestimmungsmöglichkeit ist indiskutabel.

Um dieses Grundrecht der Betroffenen wahren zu können, muss das Fachpersonal in der Pflege, Betreuung und Therapie von Menschen mit Demenz spezielles Wissen und Fachkenntnisse über die *besonderen Ausdrucksformen* des Willens besitzen. Wesentliche Kompetenzen des Personals sind hierbei Sensibilität sowie Erfahrung in der Beobachtung und Wahrnehmung demenziell erkrankter Personen.

3.2.2 Demenz und Willensbildung

Je nach der Phase der **Demenz** ergeben sich vielfältige Folgen für die **Willensbildung** des Betroffenen (→ Tab. 3.1).

Dimensionen der Willensbildung bei Menschen mit Demenz

- **Differenziertheit der Denkinhalte:** Entscheidungsfragen müssen für Betroffene in einen konkreten und anschaulichen Erlebensraum gestellt werden – ein abstrakter und rational logischer Denkraum ist für sie zunehmend nicht mehr greifbar.
- **Beurteilungsbasis:** Entscheidungen von Menschen mit Demenz basieren meist weniger auf kognitiver Werteorientierung, sondern hauptsächlich auf Bedürfnissen und Vorlieben.
- **Entscheidungskonstanz:** Eine Entscheidung wird meist unmittelbar in einer Situation getroffen und ist oft nicht mehr stabil oder gedächtnisgestützt.

Wahrnehmung des Willens durch Fremdbeurteilung

Damit bei demenziell erkrankten Menschen überhaupt eine Chance zur Wahrnehmung des vorhandenen Willens sowie ihrer individuellen Bedürfnisse und Wünsche besteht, bedarf es eines ausgeprägten Grades an Sensibilität, Erfahrung und Zeit.

Tab. 3.1 Demenz und Willensbildung.

Phase der Demenzentwicklung und Symptome	Folgen für die Willensbildung
Erste Phase	
• Gedächtnisverlust, Zerstreuung, Sprach- und Wortfindungsstörungen • Gestörtes räumliches und zeitliches Vorstellungsvermögen • Abnehmende Fähigkeiten und Schwierigkeiten bei komplexen Tätigkeiten • Antriebsdefizit, Krankheitsverleugnung, Angst, Depression, sozialer Rückzug	• Einsichts-, Urteils- und Entscheidungsfähigkeit prinzipiell vorhanden, Willensbildung aber beeinträchtigt von Gemütschwankungen • Wille nicht rechtlich eingeschränkt • Wichtig: wohlwollende Atmosphäre, Zeit für Willensbildung v. a. bei komplexeren Entscheidungen • Entscheidungen für Zeiträume, in denen Betroffene nur noch eingeschränkt einwilligungsfähig sind, sind problematisch (schwere Vorhersagbarkeit, z. B. zeitliche Befristung einer Ernährungs-sonde)
Zweite Phase	
• Desorientiertheit, hochgradige Vergesslichkeit, Sprachzerfall • Handlungsunfähigkeit/Hilflosigkeit • Störungen Tag-/Nacht rhythmus • Verhaltensprobleme • Ruhe-/Rastlosigkeit • Gereiztheit/Misstrauen • Leben in der Vergangenheit	• Willensbildung anschauungsgebunden oder leicht vorstellbar (z. B. Präsentierteller Wurst/Käse) entsprechend alten Wahrnehmungsmustern (Phase des „anschaulichen Denkens“ von Jean Piaget zuzuordnen) • Entscheidungen durch verbale und Handlungsebene ermöglichen; wenig Stabilität getroffener Entscheidungen • Entscheidungen über Ausgaben, Umzüge, längerfristige Planungen können nicht mehr von Betroffenen gefällt werden, sie sollten aber beteiligt werden! • Abwägung zwischen vorhandenem Willen und Wohl
Dritte Phase	
• Schwerster geistiger Abbau • Situations- und Personenverknennung • Apathie, körperliche Störungen, Agitiertheit • Halluzinationen, wahnhaft Reaktionen • Vollkommene Abhängigkeit	• Affektgeleitete Ja/Nein-Entscheidungen bei unmittelbar Erlebbarem • Basis: Wohlbefinden, Zufriedenheit und Abwehr negativer Gefühle • Intuitive Wahrnehmung von Situationen (angstauslösende Entscheidungsfragen und Konfrontationen mit Veränderungen vermeiden etc.) • Symptomatische Zuordnung: „Sensomotorische Intelligenz“ nach Jean Piaget; Entscheidungen nach individuellem Wohlbefinden, jeweiliger Zufriedenheit und geringster Abwehr der Betroffenen

Da die kommunikativen Fähigkeiten bei einer Demenz zunehmend nachlassen und verbale Äußerungen schwerer verständlich werden, muss anderen Äußerungsformen auf der *nonverbalen Ebene* besondere Beachtung geschenkt werden. Nur durch **Fremdbeurteilung** wird es dann möglich, Entscheidungen unter Einbeziehung der erkrankten Personen zu treffen.

Kontinuierliche (Selbst-)Reflexion und Austausch

Von äußerst hoher Bedeutung ist in diesem Prozess das Bewusstsein, dass die Beurteilung eines von außen wahrgenommenen – und nicht spezifisch geäußerten – Willens stets der Subjektivität der Beurteilenden ausgesetzt ist. Hierbei besteht die Gefahr der Vermischung eigener Werte mit denen der Betroffenen!

Damit diese Gefahr verringert und umsichtig damit umgegangen werden kann, bedarf es einer beständigen (**Selbst-)Reflexion** und des **Austauschs** mit anderen am Versorgungsprozess beteiligten Personen. Nur durch verschiedene Perspektiven und Wahrnehmungen kann ein größeres und vollständigeres Bild erzielt werden, um durch eine Fremdbeurteilung den *mutmaßlichen Willen* der Betroffenen einschätzen zu können. Wichtig ist hierbei, dass Pflegende und Betreuende klar unterscheiden zwischen Wahrgenommenem und Beobachtetem einerseits und eigenen Bewertungen andererseits.

Eigene Werte (→ Kap. 17.1), die in die Einschätzung einfließen, müssen erkannt werden. Das abschließende Ergebnis der Entscheidungsfindung muss immer dokumentiert werden.

3.2.3 Wille und Wohl

i DEFINITION

Wille-Wohl-Entscheidungen: Kennzeichnen Situationen in Medizin und Pflege, in denen

- der eigene Wille von Patienten oder Bewohnern nicht mehr in ausreichendem Maß selbstständig geäußert werden kann,
- die Willensäußerung aufgrund des körperlichen oder psychischen Zustands nicht als endgültig angesehen werden kann.

Konfliktsituationen in der Abwägung von Wille und Wohl

In der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz kommt der **Wille-Wohl-Abwägung** durch das Umfeld, wegen der fortschreitenden Erkrankung und Symptomatik, eine hohe Bedeutung zu. Wille-Wohl-Abwägungen können zwei Konstellationen bergen, die einen **Konflikt** auslösen:

- Wille-Wohl-Konflikt
- Wille-Urteils-Konflikt.

Wille-Wohl-Konflikt

Vorstellungen oder Wünsche und Willensbekundungen (**Wille**) von Betroffenen stehen im Widerspruch zu ihrem individuellen physischen, geistigen und/oder seelischen **Wohl**:

- Es entsteht eine Konfliktsituation zwischen dem Recht auf *Selbstbestimmung* und der *Fürsorgeverpflichtung* (vgl. → Kap. 3.3).
- Die Nichtbeachtung des Selbstbestimmungsrechts wird *intrinsisch* mit dem Individualwohl des Betroffenen begründet.

PflegeHeute Geriatrie



Ergänzt die PflegeHeute Familie

Wissen, was in der Pflege von betagten Menschen wichtig ist!

Generationen von Schülern haben mit PflegeHeute gelernt – nun gibt es endlich die Ergänzung für die spezielle Pflege des alten Menschen.

Sie sind Auszubildender in der Pflege und richten Ihren Fokus auf die Pflege von alten Menschen? Ob Sie in einer Altenpflegeeinrichtung oder einer Akutstation mit alten Menschen arbeiten, ob Sie diese aus Altersgründen oder

aufgrund akuter Krankheitsbilder versorgen müssen - mit diesem Buch schaffen Sie sich die Grundlage für die optimale Pflege. Das Lehrbuch - von ausgewiesenen Praktikern geschrieben - begleitet Sie im Unterricht der Pflegeausbildung und dient als Nachschlagewerk für alle Fälle, die Sie im praktischen Einsatz erleben.

Erstellt nach dem neuen Pflegeberufegesetz (PflBG) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, bietet PflegeHeute Geriatriische Pflege mehr als den Blick auf die Krankheitslehre (die Geriatrie).

Zu den Inhalten von Pflege Heute vertieft dieses Lehrbuch schwerpunktmäßig die Altenpflege und ist damit DAS Nachschlagewerk für Praxis und Lehre in Bezug auf die wichtigen Inhalte der generalistischen Ausbildung im Einsatz Altenpflege. Durch die Mitarbeit von zahlreichen Expertinnen und Experten aus Pflege und Medizin ist die Qualität für alle deutschsprachigen Länder garantiert.

Nie den Überblick verlieren

Von Lebensweltorientierung über Versorgungsformen bis hin zu speziellen Krankheitsbildern bei alten Menschen – PflegeHeute Geriatriische Pflege liefert alle wichtigen Inhalte.

So geht Lernen heute

Übersichtliche Mindmaps und moderne grafische Darstellungen erleichtern das Verständnis komplexer Zusammenhänge. Zum Wiederholen fassen "Spickzettel" die wichtigsten Inhalte zusammen. Ergänzt durch aktuelle Abbildungen und Transferaufgaben, schafft PflegeHeute Geriatriische Pflege die ideale Verbindung zum Alltag in der Pflegepraxis.

Mehr als ein Lehrbuch

Da Lernen mit verschiedenen Sinnen leichter fällt, bietet PflegeHeute Geriatriische Pflege eine App mit allen wichtigen Begriffen aus Pflege und Medizin.

Herausgeber / Autoren

Prof. Dr. phil. Veronika Schraut, Professorin für geriatrische Pflege- und Rehabilitationswissenschaften an der Hochschule Kempten. Examierte Altenpflegerin mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt. Diplom Pflegewirtin. Gerontologische Pflegewissenschaftlerin. Geschäftsführerin Pflegeconsult (www.pflegeconsult.net)

Dr. med. Jens Trögner, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin III am Klinikum St. Marien Amberg. Schwerpunkte sind Geriatrie, Frührehabilitation und in Co-Leitung der Alterstraumatologie. Vorsitzender der Ärztlichen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern e.V. (AFGiB).

PflegeHeute Geriatrie

Schraut, V. / Trögner, J.

2020. 744 S., geb.

ISBN 978-3-437-26701-7



ELSEVIER

elsevier.de

Empowering Knowledge