Roland Böhmer-Breuer Erik Herrmann (Hrsg.)

PFLEGEN

Fokus Alter Mensch

ELSEVIER PFLEGE-APP & PODCAST

ELSEVIER

Urban & Fischer

Inhaltsverzeichnis

I Pflegeprozess und Pflegediagnostik 1

1 Aspekte des Alterns
Erik Herrmann 3
1.1 Betrachtungsebenen des Alters 4
1.1.1 Kalendarisches Alter 4
1.1.2 Biologisches Alter 4
1.1.3 Soziales Alter 6
1.1.4 Psychologisches Alter 6
1.1.5 Altersbilder 6
1.2 Das Lebensumfeld alter Menschen 7
1.3 Alterstheorien 7
1.3.1 Defizitmodell des Alterns 7
1.3.2 Disengagementtheorie 8
1.3.3 Aktivitätstheorie 9
1.3.4 Kontinuitätstheorie 9
1.3.5 Kompetenzmodell 9
1.3.6 Qualitative Verlaufsmodelle und Wachstumstheorie 10
1.3.7 Biografisch orientierter Ansatz 10
1.4 Der pflegebedürftige alte Mensch 10
1.4.1 Fachbereiche der Versorgung alter Menschen 10
1.4.2 Der geriatrische Patient 11

2 Biografiearbeit
Daniela Weis-Krebs 15
2.1 Grundlagen 15
2.1.1 Ziele 16
2.1.2 Bedeutung in der Altenhilfe 16
2.1.3 Biografische Selbstreflexion 16
2.1.4 Lebenslauf und Zeitgeschichte 16
2.1.5 Lebensrückschau und Lebensbilanz 17
2.2 Biografiearbeit im Pflegeprozess 18
2.2.1 Einflüsse auf verschiedene Lebensbereiche 18
2.2.2 Biografiearbeit und ABEDL 13 18
2.2.3 Biografiearbeit und SIS® 19
2.2.4 Varianten der Biografiearbeit 19
2.3 Methoden 20
2.3.1 Gesprächsorientierung 21
2.3.2 Aktivitätsorientierung 21
2.3.3 Dokumentationsorientierung 21
2.3.4 Milieugestaltung 21
2.4 Besondere Herausforderungen in der Biografiearbeit 22
2.4.1 Biografiearbeit bei demenziell erkrankten Menschen 22
2.4.2 Biografiearbeit bei Menschen mit Migrationshintergrund 23
2.5 Grenzen der Biografiearbeit 23

3 Spezielle Pflegemodelle
Erik Herrmann 25
3.1 Person-zentrierte Pflege nach Kitwood 25
3.2 Psychobiografische Pflege nach Böhm 26
3.3 Mäeutisches Pflege- und Betreuungsmodell 28
3.4 Silviahemmet 29

4 Pflegeplanungs- und -dokumentationssysteme
Roland Böhmer-Breuer 33
4.1 Pflegeprozessplanung 33
4.1.1 Gliederung des Pflegeprozesses 33
4.1.2 Ziele der Pflegeprozessplanung 33
4.1.3 Bedeutung in der Pflege älterer Menschen 34
4.2 Pflegedokumentation 34
4.2.1 Ziele der Pflegedokumentation 34
4.2.2 Rechtliche Grundlagen 34
4.2.3 Pflegedokumentation als Professionalisierungsinstrument 35
4.2.4 Pflegedokumentationssysteme 35
4.3 Konzeptuelle Anamneseverfahren 37
4.3.1 ABEDL-Strukturmodell (Monika Krohwinkel) 37
4.3.2 Selbstpflege (Dorothea E. Orem) 37
4.3.3 Entbürokratisierte Pflegedokumentation (Projektbüro Ein-STEP) 38
4.3.4 Pflegediagnosen und Klassifikationssysteme 40

5 Geriatrische Assessments
Erik Herrmann 43
5.1 Bedeutung geriatrischer Assessments 43
5.2 Arten von Assessments und Assessmentinstrumenten 44
5.3 Einsatzbereiche der Assessments 47
5.4 Ausgewählte Assessmentinstrumente 47
5.4.1 Einschätzung des Allgemeinzustands 48
5.4.2 Einschätzung des Dekubitusrisikos 49
5.4.3 Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit 52
5.4.4 Einschätzung des psychischen Zustands 54
5.4.5 Einschätzung des Ernährungszustands 54
5.4.6 Einschätzung der Flüssigkeitshaushalts 57
5.4.7 Einschätzung der Kontinenz 58
5.4.8 Einschätzung der Mobilität 59
5.4.9 Einschätzung der Mundgesundheit 60

5.4.10 Einschätzung der Pflegebedürftigkeit 61
5.4.11 Einschätzung des Schlafs 62
5.4.12 Schmerzeinschätzung 63
5.4.13 Einschätzung der Sturzgefahr 67
5.4.14 Einschätzung des Thromboserisikos 67
5.4.15 Einschätzung der Obstipationsgefahr 67

6 Hygiene in der geriatrischen Versorgung
Erik Herrmann 71
6.1 Bedeutung der Hygiene in der geriatrischen Versorgung 71
6.2 Infektionsquellen und Übertragungswege 72
6.3 Hygienische Grundprinzipien 73
6.3.1 Händehygiene 73
6.3.2 Persönliche Hygiene 76
6.3.3 Flächenreinigung und Flächendesinfektion 78
6.3.4 Entsorgung von Abfällen 79
6.3.5 Hygieneorganisation 80
6.3.6 Lebensmittelhygiene 81
6.3.7 Maßnahmen bei Ausbruch von Infektionskrankheiten 83

7 Unterstützung bei der Lebensgestaltung
Roland Böhmer-Breuer (7.1–7.8), Jana Werner (7.9), Erik Herrmann (7.10) 85
7.1 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten 85
7.1.1 Kognitive Fähigkeiten 86
7.1.2 Kommunikative Fähigkeiten 86
7.1.3 Logische Fähigkeiten 88
7.1.4 Orientierung 88
7.1.5 Sinnesfunktionen 90
7.1.6 Verstehen 95
7.1.7 Sich ausdrücken und austauschen 96
7.2 Mobilität und Beweglichkeit 98
7.3 Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen 101
7.3.1 Krankheitsspektrum im Alter 101
7.3.2 Pflegeaspekte bei Schmerzen 102
7.4 Selbstversorgung 103
7.4.1 Körperpflege 103
7.4.2 Kleidung 104
7.4.3 Ausscheidung 104
7.4.4 Ernährung 105
7.5 Leben in sozialen Beziehungen 105
7.6 Wohnen und Häuslichkeit 107
7.7 Risikoassessment und prophylaktisches Handeln 108
7.7.1 Dekubitusprophylaxe 108
7.7.2 Sturzprophylaxe 109
7.7.3 Thromboseprophylaxe 109
7.7.4 Kontrakturprophylaxe 111
7.7.5 Pneumonieprophylaxe 112
7.7.6 Munderkrankungsprophylaxe 113
7.7.7 Dermatitis- und Intertrigoprophylaxe 114
7.7.8 Obstipationsprophylaxe 115
7.8 Tagesstrukturierende und aktivierende Maßnahmen 115
7.8.1 10-Minuten-Aktivierung 117
7.8.2 Snoezelen 117
7.8.3 Tagesgestaltung in Hausgemeinschaften 118
7.8.4 Tiere in der Pflege 119
7.9 Kultursensible Pflege 121
7.9.1 Was ist Kultur? 121
7.9.2 Das Fremde, das Eigene und Stereotype 122
7.9.3 Religionen als Grundlage von Kulturen 123
7.9.4 Transkulturelle Pflege 125
7.10 Sexualität im Alter 127
7.10.1 Einflussfaktoren auf die Sexualität 128
7.10.2 Maßnahmen 129

8 Pflege bei spezifischen Erkrankungen im Alter
Hans-Joachim Gostomski 135
8.1 Pflegeaspekte bei Erkrankungen des höheren Lebensalters 135
8.1.1 Herz-Kreislauf-System 135
8.1.2 Atmungssystem 139
8.1.3 Stütz- und Bewegungssystem 141
8.1.4 Verdauungssystem 145
8.1.5 Ausscheidungssystem 148
8.1.6 Hormonsystem 150
8.1.7 Sinnessystem 151
8.1.8 Nervensystem 155
8.2 Pflegeaspekte bei Multimorbidität 156
8.3 Pflegeaspekte bei Abhängigkeits- und Missbrauchserkrankungen 157
8.3.1 Medikamentenabhängigkeit 157
8.3.2 Alkoholmissbrauch 159
8.4 Pflegeaspekte bei Polypharmazie 159
8.5 Pflegeaspekte bei Demenz 161
8.6 Pflegeaspekte bei Depression 162

9 Akutsituationen in der Altenpflege
Erik Herrmann 165
9.1 Sturz 165
9.2 Atemnot 167
9.2.1 Atemnot aufgrund einer Aspiration 168
9.3 Schlaganfall 168
9.4 Blutzuckerentgleisungen 170
9.5 Akutes Abdomen 171
9.6 Akute Schmerzen 172
9.7 Herausfordernde Verhaltensweisen 172
9.8 Lauftendenzen 173

10 Psychosoziale Unterstützung
Erik Herrmann . . . 175
10.1 Psychosoziale Unterstützung für ältere Menschen . . . 175
10.2 Psychosoziale Unterstützung für pflegende Angehörige . . . 177

11 Gesundheitsförderung und Prävention
Erik Herrmann . . . 181
11.1 Gesundheitsförderung . . . 181
11.1.1 Gesundheitsdefinitionen . . . 181
11.1.2 Modelle des Gesundheitsverhaltens . . . 183
11.1.3 Gesundheitsbildung . . . 185
11.1.4 Gesundheitsförderliche Maßnahmen . . . 185
11.2 Prävention . . . 186
11.3 Gesundheitspolitik . . . 188

12 Spezielle Konzepte der Altenpflege
Erik Herrmann . . . 191
12.1 Aktivierende Pflege . . . 191
12.1.1 Aktivierende Körperpflege . . . 191
12.1.2 Kognitive Aktivierung . . . 191
12.2 Basale Stimulation® . . . 192
12.2.1 Stimulationsarten . . . 193
12.2.2 Konkrete Anwendungen . . . 195
12.3 Bobath-Konzept . . . 198
12.3.1 Inhalte des Konzepts . . . 198
12.3.2 Weiterentwicklung des Konzepts und Qualitätssicherung . . . 199
12.4 Validation . . . 200
12.4.1 Validation nach Feil . . . 200
12.4.2 Integrative Validation nach Richard® . . . 202
12.4.3 Spezielle validierende Pflege . . . 204
12.5 Milieugestaltung . . . 204

13 Pflege von Menschen mit Behinderungen
Matthias Kernig . . . 207
13.1 Körperbehinderung . . . 208
13.2 Geistige Behinderung . . . 209
13.3 Menschen mit Behinderung im Alter . . . 210

14 Palliative Pflege und Begleitung Sterbender
Roland Böhmer-Breuer . . . 213
14.1 Alter als Entwicklungsabschnitt . . . 213
14.2 Palliative Care in der Altenpflege . . . 214
14.2.1 Externe Hilfen . . . 214
14.2.2 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung . . . 214
14.3 Angehörige . . . 215
14.4 Sterben . . . 216
14.4.1 Einflussfaktoren . . . 216
14.4.2 Zeichen . . . 217
14.4.3 Erleben des eigenen Sterbens . . . 218
14.4.4 Vorsorge . . . 219
14.4.5 Sterbebegleitung . . . 220
14.4.6 Pflege Sterbender . . . 221
14.4.7 Versorgung von Verstorbenen . . . 225
14.4.8 Trauer . . . 225

II Spezielle Kommunikation und Beratung . . . 231

15 Gespräche führen
Mandy Schilling, Erik Herrmann . . . 233
15.1 Bedeutung der Kommunikation im Alter . . . 233
15.2 Grundlagen der Kommunikation . . . 233
15.2.1 Arten der Kommunikation . . . 234
15.2.2 Kommunikationsmodelle . . . 235
15.2.3 Gesprächstechniken . . . 238
15.2.4 Gesprächsarten . . . 239

16 Umgang mit Kommunikationshemmnissen
Mandy Schilling, Erik Herrmann . . . 241
16.1 Eingeschränkte Sinneswahrnehmung im Alter . . . 241
16.1.1 Eingeschränkter Sehsinn . . . 241
16.1.2 Eingeschränkter Hörsinn . . . 242
16.1.3 Eingeschränkter Tastsinn . . . 242
16.1.4 Eingeschränkter Geruchs- und Geschmackssinn . . . 243
16.2 Psychisch bedingte Verständnisprobleme . . . 243
16.3 Generationskonflikte . . . 243
16.4 Umgebungsfaktoren . . . 244
16.5 Sprache als Kommunikationshemmnis . . . 244

17 Anleitung, Beratung und Begleitung
Erik Herrmann . . . 247
17.1 Anleiten in der Pflege alter Menschen . . . 247
17.1.1 Anleiten von alten pflegebedürftigen Menschen . . . 248
17.1.2 Anleiten von Angehörigen . . . 248
17.1.3 Anleiten von anderen Berufsgruppen . . . 249
17.1.4 Praxisanleitung in der Pflegeausbildung . . . 249
17.2 Beratung in der Pflege alter Menschen . . . 251
17.2.1 Beratung von pflegebedürftigen alten Menschen . . . 252
17.2.2 Beratung von Angehörigen . . . 252
17.2.3 Beratung von anderen Berufsgruppen . . . 253
17.2.4 Pflegeberatung . . . 253
17.3 Begleitung von Angehörigen . . . 255
17.3.1 Rollen der Angehörigen . . . 255
17.3.2 Begleitung in Gewaltsituationen . . . 255

18 Spezielle Herausforderungen
Erik Herrmann . . . 259
18.1 Umgang mit Konflikten . . . 259
18.1.1 Eskalationsstufen bei Konflikten . . . 259

18.1.2 Konfliktbewältigungsstrategien . . . 261
18.2 Pflege durch die Kinder . . . 262
18.3 Nähe und Distanz . . . 263
18.4 Gewalt in der Pflege . . . 263
18.4.1 Aggressionstheorien . . . 264
18.4.2 Formen der Gewalt in der Pflege . . . 264
18.4.3 Potenziell gewalttätige alte Menschen erkennen . . . 264
18.4.4 Gewaltprophylaxe . . . 265

III Zusammenarbeit in (multi-) professionellen Teams . . . 267

19 Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team
Roland Böhmer-Breuer . . . 269
19.1 Voraussetzungen . . . 269
19.2 Kommunikation und Information im Team . . . 270
19.2.1 Teambesprechung . . . 270
19.2.2 Fallbesprechung . . . 271
19.2.3 Pflegevisite . . . 272
19.2.4 Dienstübergabe . . . 272
19.3 Zusammenarbeit im pflegerisch-therapeutischen Team . . . 273
19.3.1 Rollen und Aufgaben . . . 273
19.3.2 Rahmenbedingungen . . . 274
19.3.3 Dokumentation . . . 274
19.4 Zusammenarbeit mit Haus-, Fach- und Zahnärzten . . . 274
19.5 Vorbehaltene Tätigkeiten und Fachaufsicht . . . 275
19.5.1 Vorbehaltene Tätigkeiten . . . 275
19.5.2 Fachaufsicht . . . 275
19.6 Zusammenarbeit mit zusätzlichen Betreuungskräften . . . 276
19.6.1 Qualifikation . . . 276
19.6.2 Aufgaben . . . 276
19.7 Ehrenamt und Freiwilligenarbeit . . . 277
19.7.1 Merkmale . . . 277
19.7.2 Bereitschaft . . . 277
19.7.3 Aufgaben . . . 277
19.7.4 Rahmenbedingungen . . . 277
19.8 Pflegende Angehörige . . . 278
19.8.1 Bedeutung . . . 278
19.8.2 Motive . . . 278
19.8.3 Belastungen . . . 278
19.8.4 Hilfen . . . 279
19.8.5 Leistungen . . . 279
19.9 Auszubildende . . . 279
19.9.1 Rahmenbedingungen . . . 279
19.9.2 Aufgaben . . . 280
19.10 Hilfskräfte . . . 280
19.10.1 Aufgaben . . . 280
19.10.2 Rahmenbedingungen . . . 280
19.11 Sozialdienst . . . 280
19.12 Angrenzende Berufe . . . 281

20 Case Management und Pflegeüberleitung
Martin Boochs . . . 283
20.1 Abhängiges versus unabhängiges Case Management . . . 283
20.2 Case Management in der Altenpflege . . . 284
20.2.1 Pflegestützpunkte . . . 284
20.2.2 Freie Pflegeberater . . . 285
20.2.3 Wohnraumberatungsstellen . . . 285
20.3 Kennzeichen des Case Managements . . . 285
20.3.1 Der Case-Management-Prozess . . . 286
20.3.2 Anforderung an Case Manager . . . 286
20.4 Pflegeüberleitung . . . 286

21 Geriatrische Prävention
Erik Herrmann . . . 289
21.1 Gesundheitsbildung im Alter . . . 289
21.1.1 Phasen der Gesundheitsbildung . . . 289
21.1.2 Unterstützung alter Menschen bei der Gesundheitsbildung . . . 291
21.2 Alterstypische Vorsorgeuntersuchungen . . . 291
21.3 Kommunale Präventionsmöglichkeiten für alte Menschen . . . 292

22 Geriatrische Rehabilitation
Erik Herrmann . . . 297
22.1 Die rehabilitative Geriatrie als Institution . . . 297
22.2 Der geriatrische Rehabilitationsbedürftige . . . 299
22.3 Voraussetzungen für die geriatrische Rehabilitation . . . 299
22.4 Der Rehabilitationsprozess . . . 300
22.5 Problemfelder der geriatrischen Rehabilitation . . . 301
22.5.1 Bewegungseinschränkungen . . . 301
22.5.2 Einschränkungen des Herz-Kreislauf-Systems . . . 304
22.5.3 Einschränkungen bei der Atmung . . . 305
22.5.4 Kontinenzstörungen . . . 305
22.5.5 Einschränkungen der Sinne . . . 307
22.5.6 Ernährungsprobleme . . . 308
22.5.7 Einschränkungen des psychischen Allgemeinzustands . . . 309

IV Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung; Handeln in rechtlichen Zusammenhängen . . . 311

23 Rechte und Pflichten
Roland Böhmer-Breuer . . . 313
23.1 Arbeitsrecht . . . 313
23.1.1 Rechtsquellen . . . 314

23.1.2 Zustandekommen eines Arbeitsverhältnisses 315
23.1.3 Arbeitsvertrag 316
23.1.4 Spezielle Schutzgesetze 319
23.1.5 Beendigung des Arbeitsverhältnisses 320
23.1.6 Unfallverhütung und Arbeitsschutz 320
23.2 Haftungsrecht 321
23.2.1 Zivilrechtliche Haftung 321
23.2.2 Strafrechtliche Haftung 322
23.2.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) 323
23.2.4 Verschwiegenheitspflicht 323
23.3 Rechtliche Bestimmungen im Umgang mit Medikamenten 323
23.3.1 Apothekengesetz 324
23.3.2 Arzneimittelgesetz 324
23.3.3 Betäubungsmittelgesetz 327
23.4 Medizinproduktegesetz 329
23.4.1 Grundlagen 330
23.4.2 Betreibung 330
23.4.3 Anwendung 331
23.4.4 Verantwortlichkeiten 332
23.5 Sozialrecht und Sozialhilfe 332
23.5.1 Pflichtversicherungen 332
23.5.2 Sozialversicherungen 333
23.5.3 Sozialhilfe 335
23.6 Heimrecht 336
23.6.1 Heimvertrag 336
23.6.2 Länder-Heimgesetze 336
23.6.3 Heimrechtliche Verordnungen 337
23.7 Betreuungsrecht 338
23.7.1 Rechtliche Grundlagen 338
23.7.2 Betreuungspraxis 338
23.7.3 Vorabregelungen 339
23.8 Erbrecht 341
23.8.1 Grundbegriffe 341
23.8.2 Vorweggenommene Erbfolge 341
23.8.3 Gesetzliche Erbfolge 341
23.8.4 Pflichtteil 341
23.8.5 Testament 341
23.8.6 Pflegende als Erben 342
23.9 Infektionsschutzgesetz 343
23.10 Betriebswirtschaftliche und organisatorische Grundlagen 344
23.10.1 Organisation 344
23.10.2 Kosten 344
23.10.3 Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege 344
23.11 Pflegeorganisation 345
23.11.1 Dienstplan 345
23.11.2 Pflegeablauforganisation 345

24 Gesetzliche Pflegeversicherung
Roland Böhmer-Breuer 347
24.1 Grundlagen 347
24.2 Pflegebedürftigkeit 348
24.3 Einschätzungsverfahren 348
24.4 Leistungsarten 353
24.5 Beitragsfinanzierung 355

25 Nationale Expertenstandards
Nadine Reinicke 357
25.1 Verfahren 357
25.2 Beteiligte 358
25.2.1 DNQP 359
25.2.2 GKV-Spitzenverband 359
25.3 Ziel 359
25.4 Grundstruktur 359
25.5 Kurzvorstellung der Expertenstandards 359
25.5.1 Dekubitusprophylaxe in der Pflege 359
25.5.2 Entlassungsmanagement in der Pflege 361
25.5.3 Schmerzmanagement in der Pflege 361
25.5.4 Sturzprophylaxe in der Pflege 362
25.5.5 Förderung der Harnkontinenz in der Pflege 362
25.5.6 Pflege von Menschen mit chronischen Wunden 363
25.5.7 Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege 363
25.5.8 Förderung der physiologischen Geburt 364
25.5.9 Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz 364
25.5.10 Erhaltung und Förderung der Mobilität 365
25.5.11 Erhaltung und Förderung der Mundgesundheit . . 365
25.6 Herausforderungen 366

26 Qualitätssicherung und -entwicklung
Nadine Reinicke 367
26.1 Interne Qualitätssicherung 368
26.1.1 PDCA-Zyklus 368
26.1.2 Qualitätsebenen 368
26.1.3 Instrumente der internen Qualitätssicherung 369
26.2 Externe Qualitätssicherung 372
26.2.1 Qualitätsprüfung durch den MDK 372
26.2.2 Heimaufsichtsprüfung 374
26.2.3 Zertifizierungsprüfung 374

27 Leitbilder, Pflegekonzepte und Pflegestandards
Roland Böhmer-Breuer 377
27.1 Leitbilder in der Altenpflege 377
27.1.1 Struktur 377
27.1.2 Funktionen 378
27.1.3 Geltungsbereich 379
27.1.4 Verpflichtung 379
27.1.5 Umsetzung 379

27.2 Pflegekonzepte . . . 380
27.2.1 Struktur . . . 380
27.2.2 Funktionen . . . 381
27.3 Pflegestandards . . . 381
27.3.1 Struktur . . . 381
27.3.2 Funktionen . . . 381
27.3.3 Pflegestandards in der Altenpflege . . . 382
27.3.4 Kritik an standardisierten Pflegeplänen . . . 382

28 Berufliche Selbstverwaltung
Martin Boochs . . . 385
28.1 Berufsverbände . . . 385
28.1.1 Aufgaben von Pflegeberufsverbänden . . . 386
28.1.2 Vielfalt der Pflegeberufsverbände . . . 386
28.2 Pflegekammern . . . 387
28.3 Gewerkschaften . . . 388
28.3.1 Fachgewerkschaften . . . 388
28.3.2 Vereinigte Dienstleitungsgewerkschaft (ver.di) . . . 389

V Pflegewissenschaft und Ethik . . . 391

29 Demografische Entwicklung
Roland Böhmer-Breuer . . . 393
29.1 Bevölkerungsstruktur . . . 393
29.2 Herausforderungen . . . 394
29.3 Gesundheit im höheren Alter . . . 394
29.3.1 Status-quo-Szenario . . . 394
29.3.2 Szenario der sinkenden Behandlungsquote . . . 394
29.4 Auswirkung auf die Gesundheitsversorgung . . . 395
29.4.1 Auswirkungen des Lebensstils . . . 395
29.4.2 Multimorbidität . . . 395
29.4.3 Demenzielle Erkrankungen . . . 395
29.5 Pflegenotstand . . . 395
29.6 Wohn- und Betreuungsformen . . . 397

30 Berufsbild und Berufsentwicklung
Roland Böhmer-Breuer . . . 399
30.1 Berufsbild . . . 399
30.1.1 Kompetenzbeschreibung im Altenpflegegesetz . . . 399
30.1.2 Rahmenberufsordnung des Deutschen Pflegerats . . . 400
30.1.3 Berufsbild des Deutschen Berufsverbands für Altenpflege . . . 400
30.1.4 Ausbildungsziele und vorbehaltene Tätigkeiten im Pflegeberufegesetz . . . 401
30.2 Einsatzgebiete von Altenpflegerinnen . . . 401
30.3 Berufsentwicklung der Altenpflege . . . 401
30.3.1 Einflussfaktoren . . . 401
30.3.2 Entwicklung der Altenpflegeausbildung . . . 402
30.3.3 Generalistische Pflegeausbildung . . . 403
30.3.4 Qualifizierung und Spezialisierung in der Altenpflege . . . 406

31 Menschenrechte
Franziska Volland, Erik Herrmann . . . 409
31.1 Geschichte der Menschenrechte . . . 409
31.2 Inhalte der Menschenrechte . . . 410
31.3 Akzeptanz der Menschenrechte . . . 410
31.3.1 Rechte pflegebedürftiger alter Menschen in Deutschland . . . 411
31.3.2 Internationale Rechte pflegebedürftiger alter Menschen . . . 412
31.4 Menschenwürde in der Pflege . . . 413
31.5 Die Menschenrechte in speziellen pflegerischen Situationen . . . 415
31.5.1 Recht auf Freiheit und Gleichheit . . . 415
31.5.2 Verbot der Diskriminierung . . . 415
31.5.3 Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit . . . 416
31.5.4 Anerkennung als Rechtsperson . . . 416
31.5.5 Gleichheit vor dem Gesetz . . . 416
31.5.6 Unschuldsvermutung . . . 416
31.5.7 Freiheitssphäre des Einzelnen . . . 416
31.5.8 Recht auf Eigentum . . . 417
31.5.9 Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit . . . 417
31.5.10 Meinungs- und Informationsfreiheit . . . 417
31.5.11 Recht auf soziale Sicherheit . . . 417
31.5.12 Recht auf Arbeit und gleichen Lohn . . . 417
31.5.13 Recht auf Erholung und Freizeit . . . 417
31.5.14 Recht auf Wohlfahrt . . . 418
31.5.15 Recht auf Bildung . . . 418

32 Berufsethische Grundlagen
Erik Herrmann . . . 419
32.1 Ethische Werte und Normen . . . 419
32.1.1 Ethische Theorien . . . 419
32.1.2 Ethische Werte . . . 419
32.1.3 Ethische und rechtliche Regeln und Normen . . . 419
32.1.4 Ethische Prinzipien in der Pflege . . . 424
32.2 Ethisches Handeln . . . 424
32.2.1 Verantwortliches Handeln . . . 424
32.2.2 Aufbau und Gestaltung von Pflegebeziehungen . . . 426
32.3 Organisationsethik . . . 427
32.3.1 Leitbild . . . 427
32.3.2 Ethikkomitee . . . 427
32.3.3 Ethische Fallbesprechung . . . 428
32.3.4 Ethische Entscheidungsfindung . . . 428
32.3.5 Ethische Entscheidungen in spezifischen Pflegesituationen . . . 430

33 Pflegerisches Handeln reflektieren
Erik Herrmann . . . 433
33.1 Berufsrolle . . . 433
33.1.1 Altenpflege als Beruf, Berufung und Profession . . . 433
33.1.2 Kompetenzentwicklung in der Pflege . . . 435

33.1.3 Selbst-, Laien- und professionelle Pflege alter Menschen . . . 436
33.1.4 Vorbehaltene Tätigkeiten . . . 437
33.2 Pflegerische Grundhaltung . . . 437
33.2.1 Personzentrierung . . . 437
33.2.2 Ressourcenorientierung . . . 437
33.2.3 Aktivierung . . . 437
33.2.4 Achtung und Respekt . . . 437
33.2.5 Empathie . . . 438
33.2.6 Beobachtungsgabe . . . 438
33.3 Reflexion selbst durchgeführter Pflegehandlungen . . . 438

34 Persönliche Gesundheitsförderung
Nadine Reinicke . . . 441
34.1 Typische Belastungen . . . 441
34.1.1 Physische Belastungen . . . 442
34.1.2 Psychische Belastungen . . . 442
34.2 Motivation . . . 443
34.3 Helfersyndrom . . . 443
34.4 Selbstpflege . . . 444
34.4.1 Körperliche Belastung reduzieren . . . 444
34.4.2 Zeitmanagement und Arbeitsorganisation . . . 444
34.4.3 Selbstpflege in der Freizeit . . . 445
34.5 Betriebliche Gesundheitsförderung . . . 445
34.5.1 Maßnahmen . . . 446
34.5.2 Berufsgenossenschaft . . . 446
34.6 Burnout . . . 446
34.7 Resilienz . . . 448
34.8 Salutogenese . . . 449

35 Pflegewissenschaft und Evidence-based Nursing (EBN)
Erik Herrmann . . . 451
35.1 Pflegewissenschaft und Pflegeforschung . . . 451
35.1.1 Geschichte der Pflegewissenschaft in Deutschland . . . 452
35.1.2 Ziele der Pflegewissenschaft . . . 453
35.1.3 Der Forschungsprozess in der Pflege . . . 453
35.1.4 Forschungsansätze und Forschungsmethoden . . . 455
35.1.5 Gütekriterien . . . 456
35.1.6 Wissenschaftliches Arbeiten in der Altenpflege . . . 456
35.2 Evidence-based Nursing (EBN) . . . 457
35.2.1 EBN-Prozess . . . 458
35.2.2 Vom Expertenstandard zum Hausstandard . . . 460
35.2.3 Bedeutung für die geriatrische Pflegepraxis . . . 461

Register . . . 463

Abbildungsverzeichnis . . . 473

Pflegeprozess und Pflegediagnostik

1 Aspekte des Alterns 3

2 Biografiearbeit 15

3 Spezielle Pflegemodelle 25

4 Pflegeplanungs- und -dokumentationssysteme 33

5 Geriatrische Assessments 43

6 Hygiene in der geriatrischen Versorgung 71

7 Unterstützung bei der Lebensgestaltung 85

8 Pflege bei spezifischen Erkrankungen im Alter 135

9 Akutsituationen in der Altenpflege 165

10 Psychosoziale Unterstützung 175

11 Gesundheitsförderung und Prävention 181

12 Spezielle Konzepte der Altenpflege 191

13 Pflege von Menschen mit Behinderungen 207

14 Palliative Pflege und Begleitung Sterbender 213

Soziale Aspekte des Alters

- Feminisierung
- Singularisierung
- Familie und Bezugspersonen
- Teilhabe

Lebensgestaltung

- Tagesstruktur
- Milieu und Lebenswelt
- Wohnformen und -umfeld
- Soziale Netzwerke
- Aktivierung
- Kultursensibilität

Entwicklung und Autonomie alter Menschen

- Selbstbestimmung
- Privatsphäre
- Heimeinzug
- Lebensqualität im Alter
- Rehabilitation

Pflegemodelle und -konzepte

- Aktivierende Pflege
- Fördernde Prozesspflege
- Basale Stimulation
- Person-zentrierte Pflege (Kitwood)
- Psychobiografisches Pflegemodell (Böhm)

Gesundheitliche Problemlagen

- Gebrechlichkeit (Frailty)
- Geriatrische I
  - Z.B. Inkontinenz
  - Immobilität
  - Infektanfälligkeit
  - Intellektueller Abbau
  - Isolation
- Prävention und Gesundheitsförderung

Hoch belastende Lebenssituationen

- Demenz
- Depression
- Chronische Erkrankungen
- Lebenslimitierende Erkrankungen
- Chronische Schmerzsituationen
- Multimorbidität
- Sterben

Akutsituationen

- Sturz
- Atemnot
- Blutzuckerentgleisung
- Herausfordernde Verhaltensweisen
- Lauftendenzen

KAPITEL

1

Erik Herrmann

Aspekte des Alterns

Pflegesituation

„Man ist nur so alt, wie man sich fühlt!“ Diesen Spruch zitiert die 92-jährige Frau Wagner immer, wenn sie nach ihrem Alter gefragt wird. Sie strahlt trotz ihrer Jahre einen Lebensmut aus, um den die Pflegeschülerin Pia sie fast beneidet. Pia hat in der Schule bereits gelernt, dass im Alter Fähigkeiten nachlassen und manches nicht mehr so selbstverständlich ist wie früher. Sie wundert sich, dass Frau Wagner ihre Beeinträchtigungen so einfach wegsteckt. Als sie sie danach fragt, meint Frau Wagner nur: „Ach, Kindchen, sei immer dankbar und zufrieden mit dem, was du hast.“ Pia fällt auf, dass sie Alter stark mit Defiziten in Verbindung bringt und dass das so eigentlich gar nicht stimmt.

Älter werden ist ein **Prozess,** der bereits mit der Befruchtung der Eizelle beginnt, da ab diesem Moment Entwicklungsprozesse in Gang gesetzt werden. Von **Altern** spricht man jedoch ab dem Zeitpunkt, ab dem die Abbauprozesse die Neubildung von Strukturen überwiegen. Dies setzt schon ab dem etwa 20. Lebensjahr ein, wirklich spürbar wird die Abnahme der Leistungsfähigkeit jedoch erst mit etwa 40 bis 50 Jahren.

Im Bereich der Sozialwissenschaften herrscht keine einheitliche Meinung, ab wann man vom „alten“ Menschen spricht. Entwicklungstabellen machen unterschiedliche Angaben, teils auch mit sehr kleinschrittiger Unterscheidung von Gruppierungen im Alter. Ein Anhaltspunkt ist der Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand, der etwa zwischen dem 63. und 70. Lebensjahr erfolgt (➢ Kasten) und ein bedeutender Schritt im Leben eines Menschen ist.

Renteneintrittsalter

Das **aktuelle Renteneintrittsalter** liegt im Jahr 2021 bei fast 66 Jahren. Dies ergibt sich aus einer Tabelle, die im Zuge des Rentenversicherungsanpassungsgesetzes mit Gültigkeit ab 1.1.2012 erstellt wurde (➢ Tab. 1.1).

Wer **früher in Rente** gehen möchte, hat dazu die Möglichkeit, muss aber einen Rentenabschlag von monatlich 0,3 % in Kauf nehmen. Das bedeutet bei einem vorgezogenen Renteneintritt um ein Jahr einen Verzicht von 3,6 %. Arbeitet man jedoch länger, hat dies ebenfalls einen Einfluss auf die zu erwartende Rentenhöhe: Pro zusätzlich gearbeitetem Monat erhöht sich die Rente um 0,5 %.

Neben der Tabelle gibt es einzelne **Sonderfälle.** Dazu gehört u. a., dass bei mindestens 45 Jahren Arbeitszeit der Renteneintritt bei etwas mehr als 63 Jahren liegt (schrittweiser Anstieg in Abhängigkeit vom Geburtsjahr: von 1953 mit 63 Jahren bis 1964 mit 65 Jahren). Außerdem können Frauen Kindererziehungszeiten als komplizierten Umstand angeben und ab 65 Jahren Rente beziehen. Das gleiche Renteneintrittsalter gilt für Schwerbehinderte. Noch eher dürfen Bergleute in Rente gehen, für die es eine Sonderregelung aufgrund der erschwerten Arbeitsbedingungen unter Tage gibt.

Information und Beratung sollte man sich bei erwartetem Rentenbeginn bei der Rentenversicherung einholen. Eine kurze Übersicht zu den wichtigsten Fakten zum Renteneintrittsalter gibt u. a. die Seite www.renteneintrittsalter.net. Die letzte Rentenreform datiert vom 29.02.2020 und ändert nicht das Eintrittsalter, sondern nur einzelne Bedingungen, die insbesondere **Geringverdiener** begünstigen sollen:

- Geringverdiener bekommen nach 33 Jahren Grundrentenzeiten einen Zuschlag auf ihre Rente, der nach 35 Jahren die volle Höhe erreicht.
- Alleinstehende: Ein Einkommen unter 1.250 Euro wird nicht angerechnet.
- Paare: Die Einkommensgrenze liegt bei 1.950 Euro.
- Für beide Gruppen: Darüber liegende Einkommen werden zu 60 % auf die Grundrente angerechnet. Vollständig angerechnet werden sie bei 1.600 bzw. 2.300 Euro.
- Mögliche Kapitalerträge werden bei der Prüfung des Einkommens umfassend berücksichtigt.
- Geringverdiener müssen die Grundrente nicht extra beantragen. Ein Datenabgleich mit dem Finanzamt leitet den Vorgang ein [14].

Tab. 1.1 Renteneintrittsalter in Abhängigkeit vom Geburtsjahr.

Geburtsjahr	Renteneintrittsalter
1953	65 Jahre und 7 Monate
1955	65 Jahre und 9 Monate
1956	65 Jahre und 10 Monate
1957	65 Jahre und 11 Monate
1958	66 Jahre
1959	66 Jahre und 2 Monate
1960	66 Jahre und 4 Monate
1961	66 Jahre und 6 Monate
1962	66 Jahre und 8 Monate
1963	66 Jahre und 10 Monate
Ab 1964	67 Jahre

Tab. 1.2 Altersdefinitionen der WHO.

Bezeichnung	Kalendarisches Alter
Übergang ins Alter	60 bis 65 Jahre
Junge Alte	65 bis 74 Jahre
Betagte und Hochbetagte	75 bis 89 Jahre
Höchstbetagte	90 bis 99 Jahre
Langlebige	100 Jahre und älter

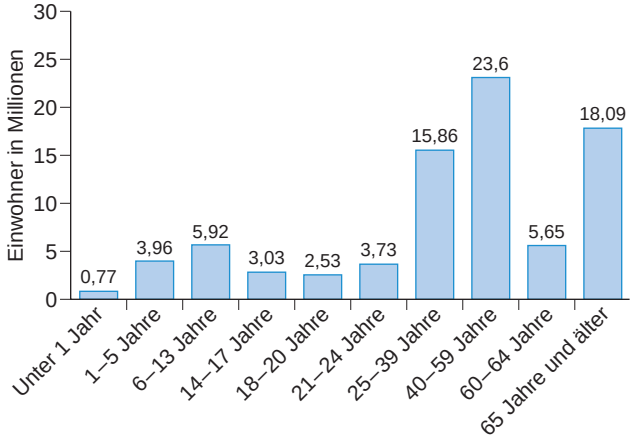

Abb. 1.1 Altersverteilung in Deutschland. [L143]

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) teilt alte Menschen in fünf Gruppen ein (➢ Tab. 1.2).

Laut Statistischem Bundesamt [4] war 2018 der Anteil der über 65-Jährigen in Deutschland mit etwa 21 % deutlich höher als in den europäischen Nachbarstaaten. Durch diesen hohen Anteil an der Bevölkerung nimmt diese Personengruppe in verschiedenen Bereichen (Politik, Wirtschaft, Gesundheitssystem) eine immer bedeutendere Rolle ein. ➢ Abb. 1.1 zeigt die Altersverteilung in Deutschland. Dabei wird der große Anteil der Generation 50 plus an der Gesamtbevölkerung deutlich erkennbar. In ➢ Abb. 1.2 ist der größere Frauenanteil zu erkennen, was die These der höheren Lebenserwartung bei Frauen stützt (➢ Kap. 29).

1.1 Betrachtungsebenen des Alters

Viele Aspekte des körperlichen und geistigen Alterungsprozesses können positiv beeinflusst und bis ins hohe Alter auf einem guten Niveau erhalten werden. Damit ist ein aktives, selbstständiges und langes Leben bei guter Gesundheit möglich. Das Alter in Lebensjahren sagt also nicht unbedingt etwas über das biologische Alter, also den körperlichen Alterszustand, aus.

Durch regelmäßige körperliche Belastung (nicht Überlastung), ausgewogene Ernährung und eine angepasste Energiebilanz wird die körperliche Leistungsfähigkeit positiv beeinflusst. Ein aktives geistiges und soziales Leben in Form von Mitwirken an gesellschaftlichen Aufgaben, Teilhabe an vielfältigen kulturellen Angeboten und ein

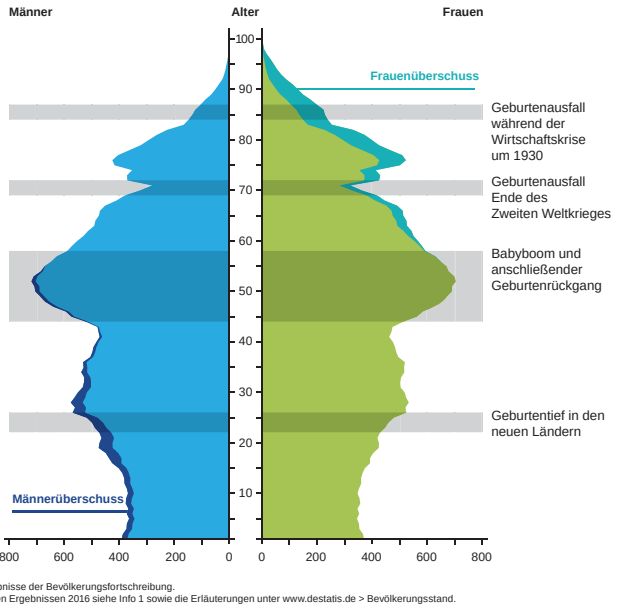

Abb. 1.2 Bevölkerungsverteilung in Deutschland nach Alter und Geschlecht. [W193-009]

Netz von geistig anregenden Kontakten können auch psychische Alterungsprozesse erheblich verzögern.

1.1.1 Kalendarisches Alter

DEFINITION

Kalendarisches Alter: Mathematisch eindeutig bestimmbares Alter, welches sich aus dem in den Ausweisdokumenten und auf der Geburtsurkunde befindlichen Geburtsdatum ergibt.

Während man im Kindesalter recht gut bestimmte Erwartungen an eine **lebensaltersgemäße Entwicklung** stellen kann, ist dies im Alter nicht so einfach möglich. Grundsätzlich geht man von einer mit steigendem Alter **sinkenden Leistungsfähigkeit** aus. Pauschalisieren lässt sich diese Grundannahme jedoch nicht, da es über 90 Jahre alte Menschen gibt, die deutlich fitter sind als mancher 70-Jährige.

Durch die Varianz an individuellen Abbauprozessen und Entwicklungen wird es im zunehmenden Lebensalter immer schwieriger, von diesem die Leistungsfähigkeit oder auch Einstellung der alten Menschen abzuleiten. Durch die Möglichkeit der einfachen Berechnung ist das kalendarische Alter die am häufigsten genutzte Altersangabe.

1.1.2 Biologisches Alter

Das **biologische Alter** ist sehr viel schlechter zu bestimmen als das kalendarische. Während beim kalendarischen Alter der Blick zurückgeht und die Zeitspanne von der Geburt bis zum heutigen Datum berechnet wird, richtet sich beim biologischen Alter der Blick eher nach vorn.

In diesem Zusammenhang spielt die **durchschnittliche Lebenserwartung** eine wichtige Rolle. Das Statistische Bundesamt ging im November 2020 davon aus, dass aktuell geborene Mädchen durchschnittlich 83,4 Jahre, Jungen 78,6 Jahre alt werden können. Vergleicht man diese Angaben mit Werten aus dem Jahre 1840, stellt man fest, dass die Deutschen bereits über 30 Jahre mehr Lebenszeit gewonnen haben. Diese Lebensverlängerung lässt sich durch Verbesserungen medizinischer und therapeutischer Möglichkeiten, aber auch durch Veränderungen von Lebens- und Arbeitsbedingungen erklären. Gleichzeitig ist jedoch auch festzustellen, dass die Erhöhung der erwarteten durchschnittlichen Lebensdauer in den letzten Jahren immer mehr abnimmt, sodass sie zuletzt nur um etwa 0,1 Jahre zugenommen hat. Das bedeutet, dass sich die Lebensdauer nicht ins Unendliche erweitern lässt.

Neben der Lebenszeit lohnt sich ein zweiter Blick auf die **Lebensqualität**. Würden die Menschen nur länger am Leben gehalten werden, jedoch ohne Selbstbestimmung und Qualität, wäre ein zufriedenes Leben nicht möglich. Bei genauer Untersuchung dieser Fragestellung konnte festgestellt werden, dass ein überproportionaler Anteil der dazugewonnenen Jahre aktiv verbracht werden kann [3].

Die Möglichkeit, ein **aktives Leben** zu führen, macht das **biologische Alter** aus. Wenn ein 70-Jähriger z. B. äußert, dass er sich wie ein 20-Jähriger fühlt, dann möchte er damit wahrscheinlich aussagen, dass er keine größeren Schmerzen hat, beweglich ist und sich als vital und fit wahrnimmt.

Das Älterwerden hat jedoch nicht nur gute Seiten. Der **Alterungsprozess** ist ein natürlicher Vorgang, für den die Ursachen bisher nicht vollständig geklärt sind. Grundsätzlich muss davon aus-

Tab. 1.3 Altersbedingte Veränderungen im Organsystem.

Organsystem	Altersbedingte Veränderungen
Herz-Kreislauf-System	• Krankheiten wie Bluthochdruck, Herzinfarkt oder Schlaganfall treten im Alter zwar häufiger auf als in jüngeren Jahren, sind aber keine typischen Alterserscheinungen • Das Herz schlägt mit zunehmendem Alter langsamer, die Herzfrequenz sinkt also. Dadurch vermindert sich die Sauerstoffversorgung des Körpers. Das Risiko z. B. von Herzrhythmusstörungen steigt
Atmungssystem	• Das Lungengewebe verliert an Elastizität, dadurch verschlechtert sich das Atemvolumen. Das führt dazu, dass weniger Sauerstoff im Blut aufgenommen wird und der Körper schlechter auf Belastungen reagieren kann • Das Lungengewebe wird anfälliger für Lungenentzündungen *(Pneumonie)* und die chronisch obstruktive Lungenerkrankung *(COPD)*
Stütz- und Bewegungssystem	• Die Festigkeit der Knochen wird geringer, da die Knochendichte abnimmt. Die Knochen werden spröder, brüchiger und weniger belastbar *(Osteoporose)* • Das Knorpelgewebe verliert an Elastizität und zeigt Abnutzungserscheinungen, es kommt zu krankhaften Gelenkveränderungen (z. B. *Arthrose*) • Die Muskelmasse und damit auch die Muskelkraft nehmen ab und führen zu verlangsamten Reaktionszeiten. Die verminderte körperliche Leistungsfähigkeit wird häufig durch Bewegungsmangel verstärkt. Daraus resultieren die Risiken Sturzgefahr, Gangstörungen und Gangunsicherheit
Verdauungssystem	• Schluckreflex und Magenentleerung verschlechtern sich, die Darmwand im Dickdarm wird anfälliger für Divertikel • Vielschichtige Beschwerden (z. B. eine schlecht sitzende Prothese) können langfristig zu einer Mangelernährung führen
Ausscheidungssystem	Im höheren Lebensalter hat sich das funktionstüchtige Nierengewebe deutlich vermindert, sodass Giftstoffe langsamer ausgeschieden werden und Medikamente länger im Körper bleiben Die Inkontinenz in verschieden starker Ausprägung ist im höheren Lebensalter ein relativ häufiges Problem
Blut- und Immunsystem	Es werden weniger Immunzellen gebildet, wodurch sich die Leistungsfähigkeit des Immunsystems vermindert. Die Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen und Tumoren wird vermindert und Autoimmunerkrankungen werden häufiger. Auch die Wundheilung verzögert sich
Hormonsystem	Es werden weniger Hormone ausgeschieden, der Hormonspiegel sinkt. Damit verlangsamen sich hormonelle Steuerungsvorgänge und werden störanfällig. Ein typisches Beispiel ist Diabetes mellitus Typ 2
Nervensystem	• Gedächtnis, Merkfähigkeit und geistige Beweglichkeit nehmen individuell sehr unterschiedlich ab, da normalerweise entstehende Defizite durch die Flexibilität des Gehirns gut kompensiert werden können. Die Fähigkeit der inhaltlichen Ausgestaltung des Denkens im Alter nimmt dagegen zu • Bis ins hohe Alter ist es möglich, neue Lern- und Merkstrategien zu erlernen • Beschwerden oder krankhafte Prozesse treten z. B. in Form von Schwindel, Depressionen oder Demenzerkrankungen auf
Sinnessystem	• Geruch und Geschmack wie auch Sehen, Hören und der Gleichgewichtssinn verschlechtern sich im Alter, Hunger und Durst werden weniger wahrgenommen • Augenerkrankungen treten in Form von Altersweitsichtigkeit *(Presbyopie)*, grauem Star *(Katarakt)* oder altersbedingter Makuladegeneration *(AMD)* auf • Altersschwerhörigkeit *(Presbyakusis)* betrifft die Verminderung des Hörvermögens (➔ 8.1.7)
Haut	• Die Haut wird im Alter schlechter durchblutet. Schweiß- und Talgdrüsen lassen in ihrer Funktion nach, was trockene Haut zur Folge hat • Die Haut wird empfindlicher für Verletzungen und Infektionen, Verletzungen heilen schlechter aus • Alterungsprozesse werden über die Haut in Form von Falten oder Hautveränderungen (z. B. Altersflecken) deutlicher sichtbar. Ultraviolette Strahlung sowie starkes Rauchen beschleunigen die Hautalterung

gegangen werden, dass im alternden Organismus die Fähigkeiten zur Reparatur von Zellschäden, die Selbstheilungskräfte durch Zellerneuerung und die Leistungsfähigkeit des Immunsystems nachlassen. Es ist also ein komplexer Prozess, dessen Verlauf sowohl durch erblich bedingte wie durch Umweltfaktoren beeinflusst wird und bei dem die Lebensweise eine wichtige Rolle spielt. Vielfach sind mehrere Organsysteme durch Alterungsprozesse in ihrer Funktion vermindert und das Zusammenspiel von Gehirn, Nerven und Muskeln funktioniert nicht mehr optimal. In den einzelnen Organsystemen sind verschiedene altersbedingte Veränderungen erkennbar (➢ Tab. 1.3).

1.1.3 Soziales Alter

Der Mensch ist ein soziales Wesen, bei dem auch das Alter eine gewisse Bedeutung bei der Rollenverteilung spielt. Jeder Altersgruppe werden bestimmte **Kompetenzmuster, Fähigkeiten** und **Aufgaben** zugeordnet. Insbesondere in fernöstlichen Kulturkreisen hat dabei das hohe Alter einen sehr hohen Stellenwert. Aufgrund der gesammelten Erfahrungen gelten alte Menschen als sehr weise und werden bei Bedarf von der Gemeinschaft oder dem engsten Familienkreis gepflegt.

Die Erwartungen an die eigene Hochaltrigkeit und insbesondere an das Rentenalter sind verknüpft mit der Vorstellung, viel Freizeit zu haben, und dem Wunsch, diese Zeit gesund und effektiv nutzen zu können. Dabei stehen u. a. Reisen, Familienunternehmungen und das Ausüben von individuellen Hobbys hoch im Kurs (➢ Abb. 1.3).

Die ältere Generation ist auch im Fokus der Medien- und Werbewelt. Die Generation 50 plus wird im Bereich der Konsumentenbetrachtung gern als „Best Ager“ oder „Silver Ager“ betitelt – mit einem Bevölkerungsanteil von etwa einem Drittel für die Wirtschaft eine lukrative Altersgruppe. Damit werden häufig gezielte Wünsche oder Bedürfnisse der alten Menschen in die Produkte mit einbezogen. Beispiele sind Haarpflegeprodukte, die das Ausfallen der Haare reduzieren sollen, oder PKW mit erhöhtem Einstieg.

Abb. 1.3 Gartenarbeit ist ein befriedigendes Hobby und kann zudem dazu beitragen, die körperliche Fitness bis ins hohe Alter zu erhalten. [J787]

1.1.4 Psychologisches Alter

DEFINITION

Psychologisches Alter: Kompetenzen, Einstellungen, Motivationen, die einer Person mit einem bestimmten kalendarischen Alter zur Verfügung stehen.

„Man ist so alt, wie man sich fühlt“ ist eine allseits bekannte Aussage zum Thema Alter. Das **subjektiv wahrgenommene Alter** ist eine individuelle Komponente des befragten alten Menschen. Dieses Alter kann man z. B. erheben, indem man die Person fragt, wie alt sie sich fühlt oder welches Alter sie beim Anblick ihres Spiegelbilds angeben würde.

Untersuchungen haben gezeigt, dass bereits Personen ab dem 25. Lebensjahr anfangen, ihr subjektiv wahrgenommenes Lebensalter niedriger anzugeben als ihr kalendarisches. Diese Diskrepanz steigt im zunehmenden Alter. Andere Studien gehen im höheren Lebensalter von einer stabilen Fehleinschätzung von etwa –20 % aus. Verknüpft wird diese Diskrepanz mit dem hohen Gut der „ewigen Jugend“ in Industrieländern [12].

Die Einschätzung ist aber auch verbunden mit einer subjektiven Wahrnehmung der eigenen Gesundheit. Wird die eigene Gesundheit als eingeschränkt eingeschätzt, ist auch das wahrgenommene subjektive Lebensalter höher als bei Gleichaltrigen gesunden Personen.

1.1.5 Altersbilder

DEFINITION

Altersbilder *(Alterssstereotype):* Vorstellungen und Erwartungen zu körperlichen Zuständen, Eigenschaften und Möglichkeiten, die sich im Alter bieten.

Beim **Altersbild** sind das Altersselbstbild und das Metaaltersbild zu unterscheiden. Während sich das **Altersselbstbild** aus der eigenen Wahrnehmung der alten Menschen ergibt, beschreibt das **Metaaltersbild** die Sicht der Gesellschaft auf ein bestimmtes Alter.

Dabei zeigen sich im Vergleich z. B. in der Berliner Altersstudie (2010) deutliche Unterschiede. Bei dieser Studie wurden über 10 Jahre mehr als 500 Studienteilnehmer zwischen 70 und 100 Jahren befragt. Es zeigten sich sowohl im Altersselbstbild als auch im Metaaltersbild Reduzierungen in den Bereichen Lernfähigkeit, Wohlbefinden, Zufriedenheit und Führen sozialer Beziehungen. Zugleich waren diese Veränderungen jedoch nicht so stark ausgeprägt, als man zuvor angenommen hatte (Metaaltersbild). Vor allem wurden sie zumeist von den Alternden subjektiv (Altersselbstbild) als nicht so gravierend eingestuft (➢ Tab. 1.4) [8].

Die **Diskrepanz** zwischen Metaaltersbild und Altersselbstbild zeigt, dass sich alte Menschen ganz anders wahrnehmen, als sie von der Umwelt wahrgenommen werden (➢ Abb. 1.4). Allerdings hängen vom **Fremdbild** viele Aspekte wie die Entwicklung von altersgerechten Produkten, die Gestaltung von Werbung und die Schaffung sozialer Angebote ab. Hier ist es wichtig, noch mehr auf alte Menschen zuzugehen und nach individuellen Wünschen und Bedürfnissen zu

Tab. 1.4 Beurteilung von Aussagen zum Alter nach Auswertung der Berliner Altersstudie.

Annahmen (Metaaltersbild)	Stellungnahme (Altersselbstbild)
Die meisten Menschen fühlen sich krank.	Nein, ein Großteil der alten Menschen fühlt sich gesund.
Die meisten Blutwerte ändern sich im Alter.	Nein, diese Veränderung kann in der Masse nicht festgestellt werden.
Depressionen werden im hohen Alter häufiger.	Nein, es gibt keine deutliche Erhöhung der Anzahl depressiver Menschen.
Die meisten über 70-Jährigen leiden an einer starken Beeinträchtigung ihrer geistigen Leistungsfähigkeit.	Nein, bei der Mehrheit ist diese Fähigkeit nicht beeinträchtigt. Allerdings wird das allgemeine Bild oft von hochaltrigen Heimbewohnern geprägt, bei denen der Anteil tatsächlich höher ist.
Alte Menschen haben noch ausgeprägte Lebensziele.	Ja, diese Aussage stimmt, und die Ziele sind sehr individuell und vielfältig.
Alte Menschen leben vor allem in der Vergangenheit.	Nein, diese Pauschalisierung trifft nicht zu.
Die meisten alten Menschen können nichts Neues mehr lernen.	Nein, viele Hochaltrige an den (Volks-)Hochschulen beweisen das Gegenteil.
Die Mehrzahl der 95-Jährigen und Älteren lebt in Heimen.	Nein, der Großteil lebt tatsächlich im eigenen Haushalt.

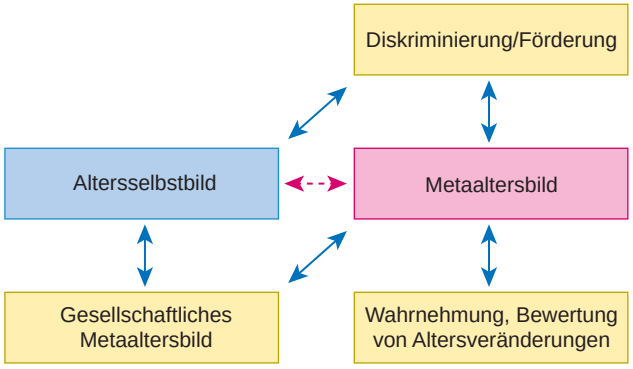

Abb. 1.4 Beeinflussung von Altersselbstbild und Metaaltersbild. [L143]

fragen. Da die ältere Generation auch zunehmend die Möglichkeit nutzt, online am digitalen Leben teilzunehmen, haben sich einige Firmen auf Onlineumfragen mit älteren Menschen konzentriert, um sie als Konsumenten mit einzubeziehen.

1.2 Das Lebensumfeld alter Menschen

Das Leben älterer Menschen kann an **verschiedenen Orten** stattfinden. Ein Großteil der älteren Bevölkerung lebt im eigenen Haushalt und kann sich selbstständig versorgen. Laut Statistischem Bundesamt [4] wohnen etwa sechs der insgesamt ca. 17,4 Millionen der über 65-Jährigen allein. Etwa 10,2 Millionen Menschen in dieser Altersgruppe leben mit ihrem (Ehe-)Partner in einer Wohnung. Während sich in einer Partnerschaft Lebende oft noch über einen längeren Zeitraum unterstützen können, steigt das Risiko der Pflegebedürftigkeit bei Alleinlebenden schneller an.

Im Rahmen der **Versorgungsmöglichkeiten** gibt es ein großes Angebot (➢ Tab. 1.5). Vor- und Nachteile sind durch den alten Menschen und seine Angehörigen individuell abzuwägen.

1.3 Alterstheorien

Im Zusammenhang mit dem höheren Lebensalter gibt es eine eigene Forschungsrichtung – die Altersforschung als Teilbereich der *Gerontologie* (Alterswissenschaft). Mehrere **Theorien** beschreiben, wie sich das **Leben** im Alter **verändert** und wie sich bestimmte **Faktoren** auf das Altern und das Leben im Alter **auswirken.**

Ziel der **Alters-** oder **Alternstheorien** ist es nicht nur festzuhalten, wie Altern abläuft und welche Besonderheiten im Alter zum Tragen kommen, sondern auch einen möglichst **positiven Einfluss** auf den Alterungsprozess zu nehmen. Hintergrund ist also nicht nur die Frage, wie man altert, sondern insbesondere, welche Lehren man daraus ziehen kann, um erfolgreich alt zu werden. In den letzten Jahrzehnten konnte das durchschnittliche Lebensalter deutlich erhöht werden, parallel ist es wichtig, auch die **Lebensqualität** bis ins hohe Alter zu fördern.

Folgende Alterstheorien werden im Folgenden kurz vorgestellt:

- Defizitmodell des Alterns
- Disengagementtheorie
- Aktivitätstheorie
- Kontinuitätsthese des Alterns
- Kompetenzmodell
- Qualitatives Verlaufsmodell und Wachstumstheorie
- Biografisch orientierter Ansatz

Grenzen von Alterstheorien

Alterstheorien sind gerontologische **Modelle,** die theoriegeleitet sind und nicht in Reinform auftreten. Es geht darum, ein gewisses Verständnis bestimmter Prozesse zu erfassen. Dabei wurden mitunter klischeehafte Denkansätze genutzt, die nicht auf jeden alten Menschen übertragbar sind.

1.3.1 Defizitmodell des Alterns

Das **Defizitmodell des Alterns** wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts im Rahmen der experimentellen Psychologie in den USA entwickelt. Das Altern wurde als **notwendiger und irreversibler Prozess** betrachtet. Bei diesem kommt es zu Verlusten kognitiver Fähigkeiten und Einschränkungen der Leistungsfähigkeit. Erhoben wurden die zugrunde liegenden Daten über Intelligenztests in verschiedenen

Tab. 1.5 Versorgungsmöglichkeiten für ältere Menschen.

Versorgung	Beschreibung
Wohnen zu Hause, Versorgung durch Angehörige	Für viele die angenehmste Wohnform, da sich der Wohnort nicht ändert. Eventuell sind Wohnraumanpassungen nötig (z. B. Badsanierung, Geländer, Treppenlift)
Wohnen mit Service	Leben in der eigenen Wohnung oder einer neuen Wohnung im Bereich des betreuten Wohnens. Der Haushalt wird grundsätzlich weitergeführt, jedoch können Unterstützungsangebote genutzt werden (z. B. Übernahme des Einkaufs). Oft sind Notfallklingeln installiert. Direkte Betreuungsangebote sind nicht vorgesehen
Mehrgenerationenhaus, Mehrgenerationenwohngemeinschaft (integriertes Wohnen)	In einem Haus wohnen mehrere Mietparteien unterschiedlichen Alters. Das gemeinschaftliche Miteinander steht im Vordergrund. Gegenseitige Unterstützung ist selbstverständlich
Wohnen gegen Hilfe	Bei dieser Form wird ein Zimmer oder ein Teil der Wohnung an eine andere Person vermietet, der statt einer Mietzahlung pflegerische Unterstützung anbietet
24-Stunden-Pflege im eigenen Wohnumfeld	Rund um die Uhr hält sich eine Pflegeperson in der Wohnung auf oder ist dank Rufbereitschaft in wenigen Minuten vor Ort. Pflegeleistungen der Versicherungen decken oft die Kosten nicht. Eine Möglichkeit ist die Übernahme der Pflege durch ausländisches Personal
Pflegewohngemeinschaft (Pflege-WG, Seniorenwohngemeinschaft)	Betreute Senioren-WGs sind bei alleinstehenden älteren Personen beliebt. So sind sie in Gemeinschaft und können sich gegenseitig unterstützen. Besonders bekannt sind WGs für an Demenz Erkrankte
Ambulante pflegerische Versorgung	Die Pflege erfolgt im eigenen Haushalt. Ein Versorgungsvertrag regelt, welche Leistungen genutzt werden
Teilstationäre Einrichtungen (Tagespflege/Nachtpflege)	Der alte Mensch wohnt noch zu Hause, wird aber über einen bestimmten Zeitraum in der teilstationären Einrichtung betreut. Tagespflegen bieten insbesondere Betreuungsleistungen an. Nachtpflegen garantieren die nächtliche Versorgung (z. B. Umpositionieren, Unterstützung beim Toilettengang)
Betreutes Wohnen	Der alte Mensch lebt in seiner eigenen Wohnung, die oft Pflegeeinrichtungen oder Pflegediensten gehören. Je nach Bedarf können pflegerische Hilfen oder Hilfe im Haushalt in Anspruch genommen werden, die zusätzlich zu den Mietkosten in Rechnung gestellt werden
Vollstationäre Einrichtungen (Wohn- und/oder Pflegeeinrichtungen)	Die vollstationäre Versorgung erfolgt in Pflegeeinrichtungen und Wohneinrichtungen mit Pflegeabteilung. Für die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung muss eine Heimnotwendigkeitsbescheinigung vorliegen. Sie bestätigt, dass eine pflegerische Versorgung im ambulanten Sektor nicht (mehr) ratsam oder gar gefährlich ist
Seniorenresidenzen, Seniorenstifte	Landläufig wird darunter eine stationäre Pflegeeinrichtung mit gehobenem Ambiente und umfassendem Service, abwechslungsreichen Kultur- und Freizeitangeboten und einer Ausstattung mit hohem Standard verstanden. Es gibt keine verbindliche Definition, und damit ist der Begriff nicht geschützt. Das Kompetenznetzwerk Wohnen versteht darunter Einrichtungen mit kleinen Apartments, gehobenen Aufenthaltsräumen und Freizeitmöglichkeiten, die kaum Wünsche offenlassen [19]
Pflegeeinrichtungen im Ausland	Neben der Versorgung im eigenen Land kann die Pflege auch im Ausland erfolgen. In den meisten Fällen besteht auch dort ein Anspruch auf Renten- und Pflegeleistungen. Diese Versorgungsform wird teilweise gewählt, um weniger Kosten zu haben oder um im bevorzugten Land alt zu werden
Palliativpflege/Hospiz (➔ Kap. 14)	Für schwerstkranke Menschen gibt es Hospize sowie Palliativstationen oder ambulante Angebote der Palliativpflege. Speziell ausgebildetes Personal kann individuell auf die Wünsche der Betroffenen bis zum Tod eingehen
Krankenhaus	Krankenhäuser bieten nur eine zeitweise pflegerische Unterstützung, meist in Notfallsituationen oder bei geplanten operativen Eingriffen oder Therapien

Altersgruppen. Dabei wurde auch die Adoleszenz-Maximum-Hypothese aufgestellt. Diese besagt, dass die kognitive Leistungsfähigkeit im Erwachsenenalter am größten ist und dann immer weiter abnimmt.

Die Theorie gilt inzwischen als überholt. Es gibt zahlreiche Kritikpunkte an der Durchführung der damaligen Studien. Zum einen sollen Messfehler aufgetreten sein, zum anderen wurden viele soziale Punkte wie die Schulbildung nicht berücksichtigt.

Doch selbst wenn die Theorie in ihrem vollständigen Umfang als überholt gilt, hat sie bis heute einen Einfluss auf die Arbeit in der Altenpflege. Durch degenerative Prozesse und eine zumeist abnehmende Fähigkeit, sich zu konzentrieren und Denkprozesse zu steuern, ist davon auszugehen, dass alte Menschen in einigen Bereichen des Lebens Defizite gegenüber jüngeren Erwachsenen aufweisen. Beim Intelligenztest wird dieser Fakt z. B. berücksichtigt – je älter man wird, umso höher ist laut IQ-Tabellen der Intelligenzquotient bei gleicher erreichter Punktzahl. Ein Vorteil, der sich aus den zentralen Aussagen dieser Theorie ergeben kann, ist, dass eine Rücksichtnahme auf möglicherweise eingeschränkte kognitive Fähigkeiten von alten Menschen sinnvoll sein kann.

1.3.2 Disengagementtheorie

Die **Disengagementtheorie** entstand in den 1960er-Jahren in den USA und besagt, dass sich Alternde absichtlich von ihrer Umwelt zurückziehen würden. Begründet wurde dieser Ansatz mit

natürlichen Folgen des Alterungsprozesses sowie dem Entfliehen von einschränkenden Normen und einer Angst vor Überforderung. Die Theorie geht auf biologisch begründete Abbauprozesse zurück.

Die Disengagementtheorie stellt sich **gegen aktivierende Ansätze** der Arbeit mit alten Menschen. Dies wird damit begründet, dass sich alte Menschen bewusst selbst zurückziehen wollten. Eine Aufforderung zur sozialen Teilhabe sei eine Einschränkung des selbstbestimmten Lebens der älteren Menschen. **Die Theorie wird inzwischen kritisch gesehen,** da man aus dem Rückzugsverhalten nicht automatisch den Wunsch der Alternden folgern kann.

Trotz Kritik ist die Disengagementtheorie im Umgang mit alten Menschen von Bedeutung, allerdings werden inzwischen **individuelle Wünsche** stärker in den Mittelpunkt gerückt. Damit kann es akzeptiert werden, wenn sich manche Ältere lieber zurückziehen und eigenen Beschäftigungen nachgehen oder sich ausruhen, gleichzeitig wird aber niemand gezwungen, sich auszuruhen. Der Dialog und die Kommunikation allgemein stellen eine grundlegende Möglichkeit dar, die Individualität des älteren Menschen kennenzulernen und zu berücksichtigen.

1.3.3 Aktivitätstheorie

Die **Aktivitätstheorie** bildet den Gegenpol zur Disengagementtheorie (➢ 1.3.2). Im Vordergrund stehen **vorhandene Potenziale** der alten Menschen. Aktivität wird als zentrales Moment für Zufriedenheit ausgemacht. Wer eine Funktion hat und gebraucht wird, wirkt dem Verlust sozialer Kontakte entgegen und fühlt sich eher glücklich. Es ist wichtig, Gewohnheiten aufrechtzuerhalten und die Alternden zu fordern und zu fördern.

Kritikpunkt an dieser Theorie ist, dass es nicht zutrifft, dass jeder Mensch aktiviert werden möchte. Zudem wird von Kompensierung ausgegangen, aber nicht jeder Verlust kann kompensiert werden (z. B. Verlust der Lebenspartnerin). Nicht die Quantität sozialer Kontakte ist wichtig, sondern die Qualität und deren Güte.

Die Aktivitätstheorie ist für die Arbeit mit alten Menschen in folgenden Punkten von Nutzen: Die Gefahren eines körperlichen Abbaus, sozialen Rückzugs und einer möglichen Isolation werden als allgemeine Pflegeprobleme für ältere Menschen erkannt. Zugleich werden die Pflege und insbesondere die Betreuung daran angepasst und Maßnahmen zur Verhinderung der Isolation und Immobilisierung ergriffen. Aktivität wird bewusst nicht nur im Sinne der körperlichen Aktivität verstanden, sondern auch kognitive Leistungsfähigkeit und **soziales Miteinander** in die Planung von Maßnahmen mit einbezogen.

1.3.4 Kontinuitätstheorie

Die **Kontinuitätstheorie des Alterns** entstammt der Soziologie und wurde um Elemente der Entwicklungspsychologie ergänzt. Sie besagt, dass die Anpassung umso besser gelingt, je mehr **Verknüpfungen zwischen den Lebenssituationen** im mittleren und im höheren Lebensalter bestehen. Die Zufriedenheit ist also umso höher, je mehr sich die beiden Lebensabschnitte ähneln und altbekannte Verhaltensweisen und Inhalte des täglichen Lebens aufrechterhalten werden können.

Unterschieden werden dabei innere und äußere Kontinuität. **Innere Kontinuität** beschreibt Einstellungen, Haltungen und Ideen, die fortgesetzt werden sollen. **Äußere Kontinuität** steht für die Lebensumstände, die Umgebung und Handlungen, die als Strukturelemente wichtig sind.

Kritisch ist zu betrachten, dass die Lebensumstände im mittleren Lebensalter nicht bei jedem positiv waren. Eine Weiterentwicklung der Kontinuitätstheorie stellt das Psychobiografische Pflegemodell nach Erwin Böhm (➢ 3.2) dar. Bei diesem wird gezielt auf die Biografie eingegangen und zugleich davon ausgegangen, dass der Mensch so leben möchte, wie er es im mittleren Lebensalter getan hat oder gern getan hätte.

Bei der Betreuung alter Menschen wird die Kontinuitätstheorie im Rahmen der Biografiearbeit (➢ Kap. 2) genutzt. Zum Beispiel wenn beim Umzug aus der eigenen Wohnung in eine Pflegeeinrichtung bewusst Erinnerungsstücke in das neue Lebensumfeld mitgenommen werden. Diese entstammen zumeist dem mittleren Lebensabschnitt und sollen an glückliche Tage erinnern. Es wird davon ausgegangen, dass diese Lebenserfahrungen auch im letzten Lebensabschnitt Halt geben und den alten Menschen glücklich machen. Auch wird mitunter versucht, den Tagesablauf und das Feiern von Festen in gewohnter Form beizubehalten.

1.3.5 Kompetenzmodell

Das **Kompetenzmodell** ist ein Versuch, dem negativen Bild des Alterns, wie es vor allem im Defizitmodell (➢ 1.3.1) verankert ist, entgegenzuwirken. Dabei werden **Fähigkeiten und Potenziale** des alten Menschen in den Mittelpunkt gestellt. Das geschieht, indem die Lernfähigkeit, die Fähigkeit, neue Kompetenzen zu erwerben, Belastbarkeit bis ins höhere Alter, ein gesellschaftlicher Nutzen des Wissens, Lebenserfahrung und Reife betont werden.

Neben den sehr individuellen Fähigkeiten des Einzelnen wird auch die Kompetenz, mit Alterseinschränkungen zurechtzukommen, gefördert. Dabei kann von der **Lebenserfahrung** und **Reife** der älteren Menschen profitiert werden.

Kritik an diesem Modell wird in der Umwandlung eines negativen Altersstereotyps in ein positives gesehen. Durch die optimistische Generalisierung wird außer Acht gelassen, dass ein hohes Alter am Ende doch mit Verlust und Hilfsbedürftigkeit verbunden ist. Der Erhalt von Kompetenzen und die Fähigkeit der Kompensation von Verlusten hängen in erheblichem Maß von Umgebungsbedingungen und der individuellen Förderung ab.

Das Kompetenzmodell findet vielfach in der Pflege alter Menschen im Bereich der Pflegeplanung und der Steuerung des Pflegeprozesses Anwendung. Es gilt, Ressourcen festzustellen und zu fördern, z. B. wenn nach einem Sturz die Nutzung eines Rollators angezeigt ist. Durch Physiotherapie und Pflegepersonal wird die Nutzung des Hilfsmittels erklärt, und meist ist eine Umsetzung recht gut möglich. Dies ist durch die Lernfähigkeit, Motivation und Anpassungsfähigkeit des älteren Menschen bedingt.

1.3.6 Qualitative Verlaufsmodelle und Wachstumstheorie

Diese Theorien gehen von **qualitativen Veränderungen** aus, die insbesondere beim Übergang des mittleren ins höhere Lebensalter auftreten. Als klassisches Beispiel gilt das Modell der Lebensphasen und -aufgaben nach *Erik H. Erikson,* das auch in zahlreichen Pflegetheorien und dem Validationskonzept von Naomi Feil (➢ 12.4) als Grundlage genutzt wurde. Laut dieser Theorie muss in jeder Lebensphase eine bestimmte Aufgabe erfüllt werden, um im hohen Lebensalter eine „Ich-Integrität" und Zufriedenheit zu erreichen. Am Ende wird jede erwachsene Persönlichkeit daran gemessen, ob die Lebensziele erreicht werden konnten.

Bei der **Wachstumstheorie** des Alterns wird davon ausgegangen, dass sich das Alter durch eine besondere Reife auszeichnet, welche die menschliche Entwicklung abschließt. Auch die **Theorie der Gerotranszendenz** von *Lars Tornstams* ist den Wachstumstheorien zuzuordnen. Bei dieser Theorie geht es um eine späte Persönlichkeitsentwicklung, die sich durch besondere Fähigkeiten zeigt.

Kritisch an diesen Theorien ist zu sehen, dass eine Persönlichkeitsreifung von außen bewertet wird. Diese Deutung deckt sich aber nicht immer mit dem persönlichen Empfinden der älteren Menschen.

Das **Modell der Lebensphasen und Lebensaufgaben** ist wie beschrieben eine zentrale Komponente der Validation nach Naomi Feil (➢ 12.4). Demnach sind Inhalte dieser Theorie besonders bei dementen alten Menschen wiederzufinden. Durch Verlust des Kurzzeitgedächtnisses und einem folgenden symbolischen Zurückgehen entlang des eigenen biografischen Zeitstrahls werden Situationen aus der Vergangenheit verarbeitet. Eingeprägte Momente werden im Alter thematisiert und teilweise gedanklich in die Realität der Älteren mit eingebaut. So kann es z. B. passieren, dass manche älteren Menschen spontan ihre Hochzeit planen oder einen Umzug vorbereiten wollen. Auch das Packen einer Tasche für einen Urlaub ist ein Phänomen, das in Altenpflegeeinrichtungen auftreten kann und auf das mit validierenden Gesprächen reagiert werden sollte.

Auch konkrete Beispiele der **Wachstumstheorie** lassen sich in der Pflege alter Menschen in den verschiedensten Ausprägungen finden. Mit Eintritt ins Rentenalter finden viele Senioren Zeit, um ihren Hobbys nachzugehen oder sich bestimmte Fertigkeiten anzueignen. So werden sie zu Spezialisten für Kunst, Geschichte, Handarbeiten, oder es wird die Leidenschaft für Yoga entdeckt und ausgelebt. Nicht nur, dass die alten Menschen Zeit in die sie interessierenden Themen investieren, sie beziehen auch Personen anderer Alters- oder Bevölkerungsgruppen mit ein und geben ihr Wissen oder zum Teil sogar Fachwissen an diese weiter. Auch die Betreuung von Hausaufgaben oder die Begleitung von Geflüchteten zu Amtsterminen sind Aufgaben, die einige ältere Menschen übernehmen.

1.3.7 Biografisch orientierter Ansatz

Im Zeitraum von über drei Jahrzehnten hat die Bedeutung der **Biografie** (➢ Kap. 2) eines jeden Menschen im Bereich der sozialwissenschaftlichen Forschung deutlich zugenommen. Dies spiegelt sich auch in der Gerontologie und der geriatrischen Pflege wider.

Die **kognitive Alternstheorie** geht davon aus, dass nicht die objektiv feststellbaren Begebenheiten im Leben eines Menschen zählen, sondern vielmehr die subjektive Bewertung und individuelle Wahrnehmung dieser Begebenheiten. Es geht also mehr darum, wie der alte Mensch selbst Lebenssituationen empfunden hat, als um eine Kategorisierung von außen, welche Situationen im Leben sich positiv oder negativ auf das Altern auswirken könnten.

Das **Lebenslagenkonzept** beschäftigt sich mit den aktuellen Lebenssituationen des älteren Menschen, geht aber auch auf mögliche Ursachen des Handelns und Empfindens ein. Es ist davon auszugehen, dass jeder Denkprozess und somit auch jede Handlung von einem Abgleich mit bekannten Situationen abhängig ist. Je nach entsprechender Bewertung wird eine Entscheidung erneut getroffen oder Vorschläge aufgrund negativer Erfahrungen abgelehnt.

Die **Nachteile** der biografischen Alternstheorien sind, dass man durch Erkunden von biografischen Zusammenhängen alte Wunden aufreißen und Identitätskrisen auslösen kanne. Zum Beispiel könnte im Gespräch mit dem Alternden herausgefunden werden, dass es Orte nicht mehr gibt, in denen er gelebt hat, Länder durch politische Veränderungen andere Namen bekommen und Umstürzungen erfahren haben oder auch Berufe durch andere ersetzt oder abgeschafft wurden.

Der biografisch orientierte Ansatz findet sich in vielen Teilen der Betreuung alter Menschen wieder. Sowohl in der täglichen **Kommunikation** (➢ Kap. 15) als auch in der **Gestaltung von Aktivierungsübungen** (➢ 12.1) und der gezielten **Alltagsgestaltung** werden biografische Zusammenhänge ergründet und zur kognitiven Anregung genutzt.

1.4 Der pflegebedürftige alte Mensch

Je älter Menschen werden, desto mehr steigt ihr Risiko, zu erkranken und pflegebedürftig zu werden (➢ 1.1.2). In vielen Fällen ist eine gesonderte Rücksichtnahme auf das Alter bei der pflegerischen und medizinischen Versorgung wichtig. Um diese angepasst zu gewährleisten, beschäftigen sich ganze Fachbereiche mit der **Gesundheitsversorgung im Alter.** Dabei wird gezielt auf altersspezifische Besonderheiten eingegangen.

1.4.1 Fachbereiche der Versorgung alter Menschen

DEFINITION

Gerontologie *(griech. geron = Greis; logos = Lehre):* Alterswissenschaft; Lehre vom Alterungsvorgang und den auftretenden Besonderheiten im Alter.
Geriatrie *(griech. geron = Greis; iatreia = Heilkunde):* Altersmedizin; Lehre von Krankheiten des alternden Menschen. Bereich der Medizin bzw. Gerontologie, der sich mit den psychologischen, sozialen, präventiven, klinischen und therapeutischen Belangen der Älteren befasst.
Gerontopsychiatrie: Fachgebiet der Psychiatrie (Seelenheilkunde), die sich mit besonderen Verhaltensweisen und Wesensveränderungen im Alter befasst.
Gerontomedizin: Zusammenfassung medizinischer Fachbereiche, die sich mit Erkrankungen im Alter beschäftigen.
Gerontosoziologie *(soziale Gerontologie):* Fachbereich der Sozialwissenschaften, der sich mit dem Miteinander und dem Umgang mit alten Menschen im sozialen Raum beschäftigt.

Tab. 1.6 Beispiele für altersspezifische Fachbereiche.

Fachbereich	Übergeordneter Fachbereich
Gerontostomatologie	Zahnheilkunde
Gerontoorthopädie	Fachbereich zur Versorgung von Veränderungen im Stütz- und Bewegungssystem
Gerontorheumatologie	Innere Medizin mit dem Schwerpunkt auf rheumatischen Erkrankungen
Gerontoanästhesie	Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin
Gerontoneurologie	Nervenheilkunde
Gerontotraumatologie	Unfallchirurgie – operierender Fachbereich
Gerontoonkologie	Tumorlehre

Die Erkenntnis, dass das Alter ähnlich wie Kindheit und Jugend ein besonderer **Lebensabschnitt** ist, bildete die Grundlage, in diesem Bereich zu forschen und dabei Aspekte in verschiedenen Fachrichtungen und Disziplinen zu betrachten. 1938 wurde aufgrund dieser Erkenntnis in Leipzig durch den Internisten *Max Bürger* die **Deutsche Gesellschaft für Altersforschung** gegründet.

Neben den im ➢ Kasten „Definition" aufgeführten Fachbereichen gibt es in der Medizin viele altersspezifische Bereiche, die sich innerhalb der übergeordneten Fachbereiche gezielt mit altersspezifischen Besonderheiten und Krankheitsbildern auseinandersetzen (➢ Tab. 1.6).

1.4.2 Der geriatrische Patient

Menschen im hohen Lebensalter gehen statistisch gesehen häufiger zum Hausarzt als Angehörige anderer Altersgruppen. 64 % der über 65-Jährigen suchen mindestens einmal im Quartal ihre Hausärztin auf, 10 % der statistisch Erfassten sogar mehrfach im Monat. Wenn man vergleichsweise die Gruppe der 35- bis 44-Jährigen betrachtet, gehen nur 30 % mindestens quartalsweise zur Hausärztin [16].

Gesundheitliche Einschränkungen entwickeln sich meist im Laufe des Lebens und häufen sich damit im Alter (➢ Abb. 1.5). Hinzu kommen typische Alterserscheinungen aufgrund von Degenerationsprozessen (Abnutzungsprozessen). Im Allgemeinen werden dem

Abb. 1.5 Ältere Menschen sind in der Regel gesundheitlich mehrfach eingeschränkt. [J787]

Tab. 1.7 Typische geriatrische Syndrome inklusive möglicher Ursachen und Maßnahmen.

Geriatrisches Syndrom	Mögliche Ursachen	Maßnahmen
Immobilität	• Gelenkserkrankungen • Schwäche	• Gehhilfen • Rollator • Rollstuhl • Physiotherapie
Inkontinenz	• Beckenbodenschwäche • Prostatavergrößerung	• Inkontinenzprodukte • Blasentraining • Kontinenztraining
Intellektueller Abbau	• Abbau von Nervenzellen im Gehirn • Durchblutungsstörungen • Teilweise fehlende kognitive Forderung	• Gedächtnistraining • Rätseln • Gespräche führen (biografiebezogen)
Infektanfälligkeit	• Abnahme der Abwehrstoffe im Alter • Geschwächtes Immunsystem	• Gesunde Ernährung • Impfungen • Witterungsangepasste Kleidung
Isolation	• Rollenveränderungen • Kinder leben eigenes Leben	• Gesprächspartner vermitteln • Angehörigenarbeit • Integration
Inapparente (eingeschränkt funktionierende) Sinne	• Abbau der Sinneszellen • Geringe Nervenleitgeschwindigkeit	• Brille • Hörgerät • Angepasste Kommunikation

geriatrischen Patienten dabei bestimmte Syndrome zugesprochen, die in ➢ Tab. 1.7 mit möglichen Ursachen und Handlungsmöglichkeiten dargestellt werden.

Durch die Behandlung über Jahre kennt der Hausarzt seine alternden Patienten meist gut und hat bereits eine gute professionelle Beziehung zu ihnen aufgebaut.

Dies führt dazu, dass er oft viele verschiedene Krankheitsbilder (➢ Kap. 8, ➢ Kap. 9) behandelt, die auch anderen **Fachspezialisten** zugeordnet werden können. In einigen Fällen ist zumindest für eine genauere Diagnostik und Therapieeinstellung die Überweisung in Fachbereiche wie

- Orthopädie (Skeletterkrankungen, Arthrose)
- Innere Medizin (Stoffwechselerkrankungen, Diabetes)
- Urologie (Inkontinenz durch verschiedene Ursachen, Prostatakarzinom)
- Pneumologie (COPD, chronische Bronchitis)
- Kardiologie (koronare Herzkrankheit, Hypertonie)
- Neurologie (Demenz, Parkinson, Lähmungen)

nötig.

Neben der medizinischen Betreuung ist vielen alten Menschen die Kommunikation und Beziehungsebene mit ihren Ärztinnen sehr wichtig. Wird ein Arztwechsel nötig, stellt das für viele ein Problem dar, denn nicht wenige alte Menschen haben Probleme, sich auf neue Gegebenheiten und Personen einzustellen, gleichzeitig ist es auch für die Mediziner eine Herausforderung, den vollständigen gesundheitlichen Werdegang zu erfassen.

Im Rahmen der ganzheitlichen Betreuung verfolgen Haus- und Fachärzte, Pflegefachpersonen und pflegende Angehörige gemeinsam folgende **Versorgungsziele:**

- Verbesserung des Gesundheitszustands
- Erhalt der Lebensqualität
- Erhalt der individuellen Selbstständigkeit und Autonomie
- Verminderung von Pflegebedürftigkeit
- Verminderung von Funktionsstörungen
- Beratung zu bestehenden Gesundheitsstörungen
- Prävention und Unterstützung bei Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen
- Erhalt des sozialen Netzwerks und der Teilhabe
- Ganzheitliche Betreuung
- Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln
- Auswahl und Anpassung des Wohnumfelds

Mögliche **Aufgaben von Altenpflegerinnen und Pflegefachpersonen** sind bei der Betreuung alter Menschen im Rahmen der Pflegeprozessgestaltung:

- Koordinierung von Terminen mit Haus-, Fachärztinnen und Therapeuten
- Begleitung der alten Pflegebedürftigen zu den Terminen
- Einlösen von Rezepten, Abholung von Arzneimitteln

Gebrechlichkeit als typisches Syndrom im Alter

DEFINITION

Gebrechlichkeit *(engl. frailty):* Altersbedingte Erschöpfung und verringerte Leistungsfähigkeit, die als natürlich angesehen werden kann. Pathologisch ist die Gebrechlichkeit, wenn sie sich zum sogenannten **Frailty-Syndrom** steigert. Dieses ist geprägt durch eine im Vergleich zu Gleichaltrigen verstärkte Infektanfälligkeit, begleitende Krankheiten und eine stark zunehmende Schwäche.

Gebrechlichkeit lässt sich durch das Auftreten typischer lebenseinschränkender Symptome beschreiben. Treten mindestens drei der folgenden Symptome auf, erkennt man die Gebrechlichkeit als Syndrom *(Frailty-Syndrom):*

- Gewichtsverlust
- Allgemeine Erschöpfung
- Reduzierte Gehgeschwindigkeit
- Reduzierte Handkraft
- Geringes Aktivitätsniveau

Die Gebrechlichkeit schränkt die Lebensqualität alter Menschen nicht nur deutlich ein, sondern verstärkt auch die Gefahr für ein Delir oder eine Demenz.

Der therapeutische Ansatz bei Gebrechlichkeit erfolgt über individuelle Bewegungsförderung, Frischluft und Tageslicht, angemessene Hilfe bei Selbstversorgungsdefiziten, Herstellen von Schmerzfreiheit oder einer stabilen Schmerzsituation, Methoden der Entspannung bis hin zu unterstützenden Therapien wie Psychotherapie sowie der Gabe von Antidepressiva. Die medikamentöse Therapie mit Antidepressiva richtet sich dabei nach dem geriatrischen Prinzip *start low – go slow*. Das bedeutet, dass die medikamentöse Therapie zunächst mit einer niedrigen Dosis gestartet wird und die Dosis dann langsam erhöht wird. Damit erhofft man sich den Effekt, dass sich Wirkungen einstellen, bevor gravierende Nebenwirkungen auftreten. Dieser Therapieansatz ist auch auf andere medikamentöse Therapien im Alter übertragbar.

Aufgaben zur Pflegesituation

Pia hat gemerkt, wie einseitig sie das Alter sieht. Also macht sie sich daran, mit ihrer Mitschülerin Svenja ihre Vorstellungen vom Alter zu genauer zu betrachten. Beide schreiben ihre Erkenntnisse auf ein großes Plakat und berücksichtigen auch das Bild von alten Menschen in den Medien, in der Gesellschaft und den angrenzenden Wissenschaften wie der Geriatrie oder der Gerontologie.

- Wann ist man alt? Ordnen Sie die Altersstufen der WHO dem jeweiligen kalendarischen Alter zu.
- Mit welchen hypothetischen Annahmen versucht man die Alterung des Organismus zu erklären?
- Welches sind biologisch bedingte Veränderungen des Organismus?
- Pia hat gehört, dass alte Menschen ganz schlecht Neues lernen können. Nehmen Sie dazu Stellung.
- Was bedeuten die Begriffe Geriatrie, Gerontologie und Gerontopsychiatrie?
- Welche Aussagen trifft die Kontinuitätstheorie über erfolgreiches Altern?

LITERATUR

1. Baltes P, Lindenberger U, Staudinger U. Life-span theory in developmental psychology. New York: Wiley, 2006.
2. Bowen C. Images of aging are related to the plasticity of adult development. Bremen: Jacobs Universität, 2010.
3. Christensen K et al. J. Ageing Population: The Challenges Ahead. London: The Lancet, 2009.
4. Destatis. Statistisches Bundesamt. 16,9 Millionen Menschen lebten 2018 alleine. Pressemitteilung Nr. N 014 vom 27. März 2020. Aus: www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/03/PD20_N014_122.html (letzter Zugriff: 15.11.2020).
5. Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie. Zur Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG). Aus: www.dggg-online.de/ueber-uns/geschichte.html (letzter Zugriff: 15.11.2020).
6. Fries R. Krankheits- und Medikamentenlehre für die Altenpflege. 7. A. München: Elsevier, 2018. S. 247–279.
7. Hollinek A. 50 Plus. Alter WHO Einteilung. Aus: www.50plus.at/alter/alter-who-einteilung.htm (letzter Zugriff: 25.5.2020).
8. Lindenberger U et al. Die Berliner Altersstudie. 3. A. Akademie Verlag, 2010.
9. Medlexi.de. Gebrechlichkeit. Aus: https://medlexi.de/Gebrechlichkeit (letzter Zugriff: 16.11.2020).
10. Pflege durch Angehörige. Wohnen und Leben im Alter – 11 ganz unterschiedliche Möglichkeiten. Aus: www.pflege-durch-angehoerige.de/wohnen-und-leben-im-alter-11-ganz-unterschiedliche-moeglichkeiten/ (letzter Zugriff: 15.11.2020).
11. Quitterer et al. Medizinische Versorgung älterer Menschen. In: Schraut V, Trögner J (Hg.). Pflege Heute. Geriatrische Pflege. München: Elsevier, 2020. S. 65–86.

12. Rubin DC. People over Forty Feel 20 % Younger than their Age: Subjective Age across the Life Span. Psychonomic Bulletin and Review. 2006; 13(5): 776–780.
13. Schmitt G. Alter, Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit. In: Altenpflege Heute. München: Elsevier, 2010. S. 2–4.
14. Schulz C. Neue Rentenreform - das verbirgt sich dahinter. Focus online 19.2.2020. Aus: https://praxistipps.focus.de/neue-rentenreform-das-verbirgt-sich-dahinter_116761 (letzter Zugriff: 15.11.2020).
15. Seybecke F. Wohnformen für Senioren im Alter. Aus: www.wohnen-im-alter.de/einrichtung/wohnformen (letzter Zugriff: 14.11.2020).
16. Statista. Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt, weil Sie selbst ein gesundheitliches Problem haben oder krank waren? Aus: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/167383/umfrage/arztbesuch-haeufigkeit-in-den-letzten-12-monaten-nach-alter/ (letzter Zugriff: 14.11.2020).
17. Staudinger UM. Fremd- und Selbstbild im Alter. Innen- und Außensicht und einige der Konsequenzen. In: Graf Kielmansegg P, Häfner H. Alter und Altern. Berlin: Springer; 2012. S. 187–201.
18. Westerhof G J. Age identity and subjective well-being: A comparison of the United States and Germany. Journal of Gerontology. 2005; 60(3): 129–136.
19. Wohnen im Alter. Seniorenresidenzen: Gehobenes Wohnen im Alter. Aus: www.wohnen-im-alter.de/einrichtung/wohnformen/seniorenresidenz (letzter Zugriff: 15.11.2020).
20. ZEIT online. Statistisches Bundesamt: Mehr als 16 Millionen Menschen in Deutschland leben allein. Aus: www.zeit.de/gesellschaft/2020-03/statistisches-bundesamt-einzelhaushalte-alleinlebende-ueber-65-kontaktsperren (letzter Zugriff: 25.5.2020).

KAPITEL

8 Pflege bei spezifischen Erkrankungen im Alter

Hans-Joachim Gostomski

Pflegesituation

Frau Lukowski, die Praxisanleiterin der Pflegeschülerinnen Pia und Svenja, stellt den beiden eine Wochenaufgabe: Sie sollen sich mit einem typischen Krankheitsbild des höheren Lebensalters beschäftigen und die Auswirkungen auf den Alltag des Betroffenen schildern. Dabei sollen sie sich mit den Grundlagen der Krankheit vertraut machen und mit dem Betroffenen ein Interview führen.

Pia und Svenja machen sich mit Feuereifer an die Aufgabe und recherchieren, welche Krankheiten denn überhaupt typisch für ältere Menschen sind. Danach suchen sie sich Herrn Peters aus, der sich bereit erklärte, für ein Interview zur Verfügung zu stehen. Pia und Svenja stellen fest, dass Herr Peters neben einer ausgeprägten Herzinsuffizienz an Diabetes mellitus und Gicht, vor allem in den Fingergelenken, leidet. Sie befassen sich vorrangig mit der Herzinsuffizienz. Als sie Herrn Peters fragen, wie stark sich die Herzinsuffizienz auf seinen Alltag auswirkt, antwortet er: „Tja, so einfach ist das alles nicht."

8.1 Pflegeaspekte bei Erkrankungen des höheren Lebensalters

Im Alter treten bestimmte **Erkrankungen** gehäuft auf, was mehrere Ursachen haben kann. Die meisten dieser Krankheiten wie z. B. Bluthochdruck, Herzinfarkt oder Schlaganfall sind keine reinen Alterserscheinungen, aber umso häufiger, je älter der Mensch wird.

Konsultiert man Krankenhausstatistiken oder Register chronischer Krankheiten, zeigt sich, dass vor allem Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems ab 65 Jahren besonders oft auftreten. Daneben gehören Schlaganfälle, Tumorerkrankungen, Inkontinenz, Osteoporose, Stoffwechselerkrankungen, Depression und Demenz zu den im hohen Lebensalter oft auftretenden Erkrankungen [3, 9].

8.1.1 Herz-Kreislauf-System

Im Bereich der **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** ist insbesondere die **Arteriosklerose** zu nennen, da sie meist für weitere Krankheitsbilder im Bereich des Kreislauf- und Gefäßsystems verantwortlich ist. So kommt es aufgrund einer ungesunden Lebensweise über Jahre und Jahrzehnte zu koronaren Herzkrankheiten und damit akuten Erscheinungen wie dem Herzinfarkt. Dauerhaft erhöhte Blutdruckwerte, Veränderungen im Bereich der Blutgefäße und die dadurch bedingte dauerhafte Überlastung machen die **Herzinsuffizienz** zu einem im Alter oft auftretenden Krankheitsbild.

Arteriosklerose

Arteriosklerose führt zur Bildung von Ablagerungen *(Plaques)* in den Wänden der kleinen und/oder größeren Arterien, die eine Verengung und Verhärtung *(Sklerotisierung)* der Gefäßwände nach sich ziehen (➢ Abb. 8.1).

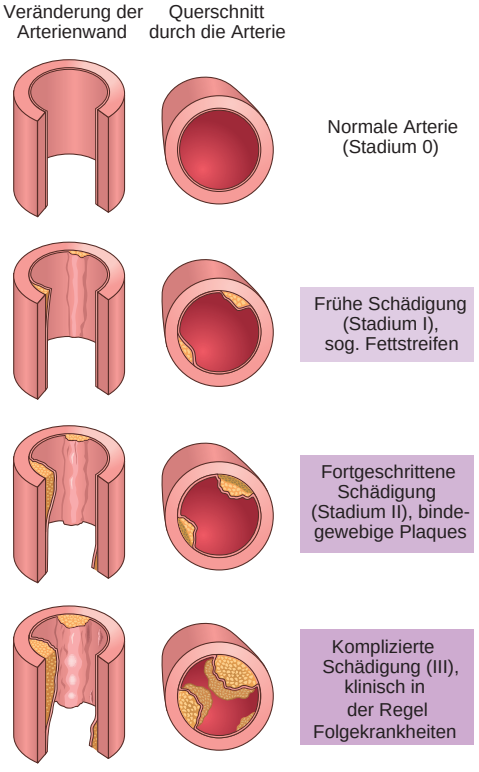

Abb. 8.1 Bei der Entstehung von arteriosklerotischen Plaques werden drei Stadien unterschieden. [L190]

Risikofaktoren

Risikofaktoren sind vor allem:
- Hohe Blutfettwerte *(Hypercholesterinämien, Hyperlipidproteinämie)*
- Bluthochdruck *(Hypertonie)*
- Nikotinabusus (Tabakmissbrauch)
- Diabetes mellitus
- Starkes Übergewicht (*Adipositas*, „Fettsucht")
- Körperliche Inaktivität (Bewegungsarmut)
- Hyperurikämie (hohe Harnsäurewerte im Blut)
- Disstress (negativer Stress)
- Erbliche Veranlagung

Diese Risikofaktoren führen in einem Langzeitprozess zu einer schrittweisen Herausbildung der arteriosklerotischen Symptome. Viele der Risikofaktoren finden sich im Alltagsleben alter Menschen oder sind Folgen einer dauerhaft ungesunden Lebensweise.

Symptome

Symptome treten anfangs kaum auf, später können sich **Durchblutungsstörungen** bemerkbar machen. Klinisch auffällige Erkrankungen als Folge der Arteriosklerose treten meist erst im mittleren oder höheren Lebensalter auf. Die Arteriosklerose mit ihren Folgekrankheiten ist nach wie vor die häufigste Todesursache in den Industriestaaten.

Verlauf

Eine ausgeprägte Arteriosklerose hat zur **Folge,** dass die Gefäßweite immer stärker eingeengt wird. Durch eine Einlagerung von Kalziumionen verfestigen sich die Gefäßwände zusätzlich, im Volksmund wird das Krankheitsbild daher auch als „Arterienverkalkung" bezeichnet. Durch den kleineren Innendurchmesser *(Gefäßlumen)* kommt es zu einer Minderdurchblutung der folgenden Gewebe, was eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit, aber auch das Absterben von Zellen zur Folge haben kann. Beim vollständigen Verschluss des Gefäßes sind je nach betroffenem Organ Herzinfarkt, Schlaganfall, Organversagen oder nekrotisches *(abgestorbenes)* Gewebe möglich (➢ Abb. 8.2).

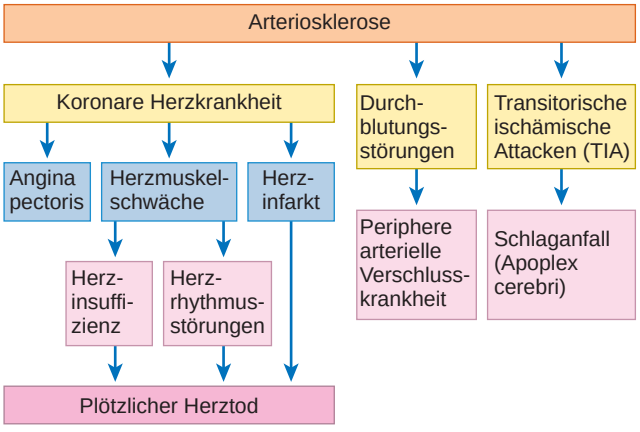

Abb. 8.2 Folgeerkrankungen der Arteriosklerose. [L234]

Prophylaxen und Pflege

Als **Prophylaxen** zur Vorbeugung von arteriosklerotischen Prozessen gelten:
- Ausgewogene Ernährung
- Mehr ungesättigte pflanzliche statt tierische Fette
- Wenig tierische und fetthaltige Lebensmittel
- Ballaststoffreiche Ernährung
- Vitaminreiche Ernährung
- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr
- Ausgewogenes Verhältnis der Nahrungsbestandteile: ca. 50 % Kohlenhydrate, 20 % Eiweiße und 30 % Fette
- Wenig oder kein Alkohol
- Nicht rauchen
- Übergewicht vermeiden bzw. abbauen
- Regelmäßige körperliche Bewegung
- Stress vermeiden bzw. lernen, mit Stress umzugehen
- Disziplinierte Lebensweise

Bei der Versorgung alter Menschen wird auf diese prophylaktischen Maßnahmen im Rahmen von Beratungsgesprächen (➢ 17.2) hingewiesen. Oftmals kann aber auf die Lebensweise kein großer Einfluss mehr genommen werden, Gleiches gilt für die Ernährung, die viele Gefährdete auch nicht grundlegend umstellen wollen. Aus diesen Gründen versucht man in Pflegeeinrichtungen beim Essensangebot allgemein auf einige grundlegende Ernährungsregeln zu achten und gesund zu kochen, da allein aufgrund des Alters eine gewisse Gefahr, an Arteriosklerose zu erkranken, besteht. Neben der Ernährung wird mindestens genauso auf die Flüssigkeitszufuhr und Mobilisierung der alten Menschen geachtet.

Koronare Herzkrankheiten

DEFINITION

Koronare Herzkrankheit (KHK) *(lat. corona = Krone):* Durch Stenose (Verengung) oder Verschluss eines Herzkranzgefäßes verursachter Sauerstoffmangel im Herzmuskel.

Zu den **koronaren Herzkrankheiten (KHK)** zählen u.a. **Herzinfarkt** und **Angina-pectoris-Anfälle** als akut lebensbedrohliche Zustände.

Ursache und Risikofaktoren

Ursache einer KHK sind meist **arteriosklerotische Veränderungen.** Damit sind die typischen **Risikofaktoren** denen der Arteriosklerose sehr ähnlich:
- Rauchen
- Genetische Disposition
- Bluthochdruck
- Erhöhte Blutfettwerte, Fettstoffwechselstörung
- Diabetes mellitus
- Übergewicht
- Psychosoziale Belastungen

Symptome

Die **Symptome** von Angina-pectoris-Anfällen und Herzinfarkten ähneln sich stark. Da beim Herzinfarkt eines der Herzkranzgefäße vollständig und dauerhaft verschlossen ist, während es beim Angina-pectoris-Anfall nur um eine Verengung oder einen kurzzeitigen Verschluss handelt, können die Begleiterscheinungen beim Herzinfarkt etwas stärker ausfallen. Subjektiv wird dieser Unterschied von vielen Betroffenen jedoch kaum wahrgenommen, da die Symptome beider Krankheitsbilder eine **massive Todesangst** verursachen:

- Schmerzen in der Brust, evtl. ausstrahlend (oft in linken Arm, linke Seite oder den Bauchbereich)
- Todesangst
- Schocksymptomatik: Kaltschweißigkeit, Herzrasen, Blässe
- Atembeschwerden
- Unruhe
- Bewusstseinsstörungen bis Bewusstlosigkeit

Bei **akuten Beschwerden** der KHK mit anfallsartigem Auftreten ist Eile geboten. Pflegende informieren sofort den Rettungsdienst und bereiten den Pflegebedürftigen für einen Krankenhausaufenthalt vor.

Der **Angina-pectoris-Anfall** lässt sich vom Herzinfarkt abgrenzen, wenn die Verabreichung von Nitrolingual sublingual *(Nitrangin)* nach vorliegender Anordnung relativ schnell zu einer deutlichen Symptomlinderung führt. Grund dafür ist, dass dieses Medikament die Blutgefäße erweitert.

Prophylaxen und Therapie

Die bei der Arteriosklerose aufgeführten **prophylaktischen Maßnahmen** (oben) verhindern auch KHK und das akute Auftreten von Beschwerden. Um einem erneuten **Herzinfarkt vorzubeugen,** ist es wichtig, dass die Betroffenen ihre bisherigen Lebensgewohnheiten umzustellen. Ziel ist es, die bekannten Risikofaktoren (vor allem Rauchen, Bluthochdruck, Stress) auszuschalten. Zusätzlich erhalten Menschen nach einem Herzinfarkt Medikamente wie Thrombozytenaggregationshemmer (*ASS* und/oder *Clopidogrel*) zur Thromboseprophylaxe, Cholinesterasehemmer *(Statine)* zur Senkung des LDL-Cholesterin-Spiegels und Beta-Blocker zur Senkung des Risikos eines plötzlichen Herztods. ACE-Hemmer sind bei eingetretener Herzinsuffizienz sehr wichtig.

Hypertonie

DEFINITION

Hypertonie *(Bluthochdruck; griech. hyper = über; tonos = Spannung):* Anhaltend erhöhte Blutdruckwerte von mindestens 140/90 mmHg [2].

Besonders häufig ist bei alten Menschen die **isolierte systolische Hypertonie.** Sie ist definiert durch einen systolischen Blutdruck von mindestens 160 mmHg bei einem diastolischen Druck von weniger als 90 mmHg. Daneben unterscheidet man die essenzielle (primäre) Hypertonie von der symptomatischen (sekundären) Hypertonie.

Formen

In 80–95 % aller Fälle handelt es sich um eine **essenzielle (primäre) Hypertonie,** der keine erkennbare Ursache *(idiopathisch)* zugrunde liegt. Wohl aber sind **Risikofaktoren** bekannt, die zur Entstehung einer essenziellen Hypertonie beitragen:

- Genetische Vorbelastung
- Konstitution (Fettleibigkeit)
- Bewegungsarmut (besonders in Verbindung mit Rauchen)
- Seelische Belastungen wie Disstress, Schicksalsschläge *(Live Events)*
- Erhöhter Kochsalzverbrauch
- Idiopathischer Niereneinfluss *(Renin-Angiotensin)*
- Alkoholmissbrauch

Eine **symptomatische (sekundäre) Hypertonie** ist weitaus seltener und wird durch die Erkrankung eines Organs ausgelöst. Ihr können

- endokrine Ursachen (Nebennieren, Cushing-Syndrom),
- arteriosklerotische Ursachen (verminderte Windkesselfunktion),
- kardiovaskuläre Ursachen (z. B. Aortenklappeninsuffizienz, Aortenisthmusstenose),
- neurogene Ursachen (z. B. geschädigte Kreislaufzentren),
- pulmonale Ursachen (z. B. Linksherzinsuffizienz, destruktives Lungenemphysem …) oder
- renale Ursachen (z. B. Nierenerkrankungen)

zugrunde liegen.

Symptome

Häufige **Symptome** einer Hypertonie sind:

- Schwindel
- Kopfschmerzen
- Augenflimmern
- Ohrensausen
- Nasenbluten
- Synkopen (plötzlich ausfallende Hirnfunktionen mit ggf. Ohnmacht)

Therapie

Medikamentös wird eine Hypertonie behandelt mit:

- Beta-Blockern
- ACE-Hemmern
- Kalziumantagonisten
- Diuretika

Prophylaxen und Pflege

Prophylaktische und pflegerische Maßnahmen sind:

- Regelmäßige Blutdruckkontrolle
- Vermeiden von Übergewicht
- Körperliche Aktivität
- Stressbeherrschung, Entspannungstechniken, autogenes Training, ausreichend Schlaf
- Kochsalzverbrauch max. 3 g/Tag
- Einschränkung (Verzicht) auf Alkohol

- Nicht rauchen
- Kontrolle der medikamentösen Behandlung
- Krankenbeobachtung bezüglich weiterer Risiken (z. B. Herzinfarkt)

Herzinsuffizienz

DEFINITION

Herzinsuffizienz *(Herzleistungsschwäche; lat. sufficere = genügen):* Sammelbegriff für Funktionsstörungen des Herzens, in deren Folge das Blut nicht mehr in ausreichender Menge in den Körper gepumpt wird.

Herzinsuffizienzen sind eine **Folge** verschiedener **Herzerkrankungen** und müssen immer zusammen mit der ihr zugrunde liegenden Erkrankung gesehen werden. Sie können als Folge aus akuten Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt oder Herzbeutelentzündung) auftreten oder sich schleichend im Verlauf von Monaten und Jahren herausbilden. Jede Herzerkrankung kann zu einer Herzinsuffizienz führen, z.B.:

- Koronare Herzkrankheit
- Herzmuskelentzündung
- Erweiterung des Herzens *(Kardiomyopathie)*
- Herzinfarkt
- Chronischer Bluthochdruck
- Anämie
- Lungenhochdruck *(pulmonale Hypertonie)*
- Herzbeutelentzündung *(Perikarditis)*
- Herzrhythmusstörungen
- Herzklappenerkrankungen/Herzklappenfehler

Risikofaktoren

Die Entstehung einer Herzinsuffizienz begünstigen die **Risikofaktoren** Hypercholesterinämie (zu hoher Blutcholesterinspiegel), Diabetes mellitus, Nikotin- und Alkoholmissbrauch, Übergewicht und Fettleibigkeit *(Adipositas)*. Insbesondere im hohen Lebensalter treten diese Risikofaktoren aufgrund von veränderten Stoffwechselbedingungen und einer ungesunden Lebensweise über einen längeren Zeitraum gehäuft auf. Im Alter bestehen die Risikofaktoren oftmals schon viele Jahre oder Jahrzehnte und summieren sich. Durch die **dauerhafte hohe Belastung** lässt die Dehnbarkeit der Herzmuskelzellen nach und eine Herzinsuffizienz wird begünstigt.

Verschiedene Risikofaktoren können nach und nach zur **Entstehung einer Herzinsuffizienz** führen (➢ Abb. 8.3).

Formen und Schweregrade

Unterschieden werden die **Rechtsherz-** (Pumpschwäche der rechten Herzkammer) und die **Linksherzinsuffizienz** (Pumpschwäche der linken Herzkammer), die mit jeweils unterschiedlichen Symptomen einhergehen (➢ Tab. 8.1). Ist die Pumpfunktion beider Herzkammern eingeschränkt, liegt eine **globale Herzinsuffizienz** vor mit Symptomen einer Links- und einer Rechtsherzinsuffizienz.

Bei länger anhaltender Herzinsuffizienz kommt es zu einer Vergrößerung der Herzkammern und damit des Herzmuskels.

Die **Schweregrade der Herzinsuffizienz** werden nach dem Schema der New York Heart Association (NYHA) eingeteilt (➢ Tab. 8.2).

Tab. 8.1 Symptome der Rechts- und der Linksherzinsuffizienz.

Rechtsherzinsuffizienz	Linksherzinsuffizienz
• Bein- und Hautödeme im Bereich der Knöchel und Schienbeine, später auch Hautödeme im Bereich der Flanken, der Genitalien und des Gesäßes • Nächtliches Wasserlassen durch Ausschwemmen der Ödeme *(Nykturie)* • Halsvenenstauung • Lebervergrößerung (Stauungsleber) und Bauchwassersucht *(Aszites)* • Entzündung der Magenschleimhaut mit Appetitlosigkeit und Völlegefühl	• Atemnot *(Dyspnoe)* • Lungenstauung/Lungenödem • Beschleunigte Atmung *(Tachypnoe)* • Rasselgeräusche beim Atmen *(Asthma cardiale)* • Hustenreiz • Kaltschweißigkeit, Unruhe • Bereits bei leichteren Fällen können Erkrankte nicht mehr flach auf dem Rücken liegen, ohne ein Beklemmungsgefühl zu empfinden

Tab. 8.2 Einteilung der Schweregrade der Herzinsuffizienz nach NYHA.

Stadium	Symptome und subjektive Beschwerden
I	Keine Beschwerden, normale Belastbarkeit
II	Atemnot und beschleunigte Atmung bei normaler körperlicher Belastung, es müssen immer öfter Pausen eingelegt werden
III	Atemnot und beschleunigte Atmung schon bei leichter körperlicher Belastung, starke Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit
IV	Atemnot und beschleunigte Atmung bereits in Ruhe, deutliche Verschlechterung schon bei geringster körperlicher Belastung, z. B. beim Anziehen

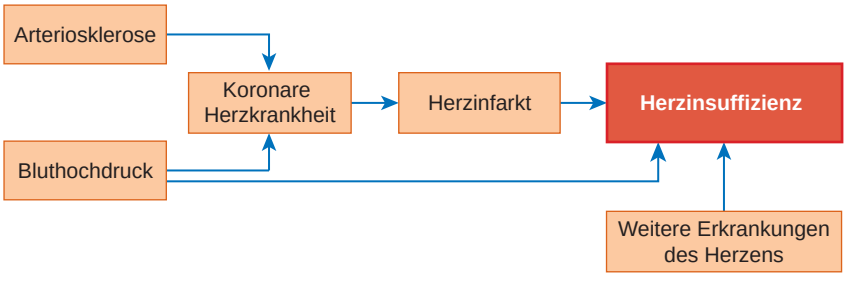

Abb. 8.3 Entstehung einer Herzinsuffizienz. [L143]

Therapie

Medikamentös werden Blutdrucksenker, Diuretika, Gerinnungshemmer und Herzstärkungsmedikamente verordnet. Letztere basieren meist auf der Basis von Digitalis *(Herzglykosid)*, das herzstärkend wirkt.

Gefahr der Überdosierung von Digitalispräparaten

Digitalis ist ein natürlicher Wirkstoff *(Herzglykosid)*, der aus dem Fingerhut gewonnen wird und **sehr niedrig dosiert** zur Behandlung von Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird. Eine Überdosierung kann zu Herzrasen und einer Schocksymptomatik führen, und bereits die tägliche Einnahme des Medikaments kann eine leichte Überdosierung zur Folge haben, was oft am Auftreten eines **Zwillingspulses** zu erkennen ist. Dazu kommt, dass der Körper Digitalispräparate nur langsam ausscheidet (Halbwertszeit etwa eine Woche). Aus diesen Gründen muss genau darauf geachtet werden, dass es bei Klienten oder Bewohnerinnen, die Digitalispräparate einnehmen, nicht zu einer Überdosierung kommt. Oft ist das Einnahmeschema entsprechend angepasst, sodass z.B. das Medikament nur von Montag bis Freitag verabreicht wird und die Einnahme am Wochenende pausiert.

Bei einer Herzinsuffizienz der NYHA-Stadien III und IV ist in den meisten Fällen eine Therapie in der Klinik notwendig.

Pflege

Bei der **Pflege** älterer Menschen mit Herzinsuffizienz ist Folgendes zu beachten:

- Blutdruck, Puls, Atmung und Hautzustand (besonders die Hautfarbe wegen einer Zyanosegefahr) kontrollieren
- Flüssigkeitsbilanzierung, Gewichtskontrolle
- Kochsalzreduzierte Diät, keine blähenden Speisen und mehrere kleine Mahlzeiten am Tag, um den Körper über das Verdauungssystem nicht zusätzlich zu belasten
- Hochpositionierung des Oberkörpers, atemerleichternde Maßnahmen (Brustmassagen, Einreiben mit Bronchialbalsam, Luftbefeuchtung, Frischluftzufuhr) durchführen
- Körperliche Schonung, aber leichte Betätigung im Rahmen der Belastbarkeit (z. B. Spaziergänge mit Pausen, Rad fahren, Teilbad im Sitzen statt heißem Vollbad)

Eine Herzinsuffizienz lässt sich weder aufhalten noch heilen. Der **Krankheitsverlauf** kann durch eine gezielte Behandlung **verlangsamt** werden. Pflegefachpersonen und Altenpflegerinnen unterstützen die älteren Menschen in der Vermeidung und Reduzierung der Risikofaktoren wie Übergewicht oder Rauchen.

Lebensgefahr

Eine Herzinsuffizienz kann sich schnell zu einer **lebensbedrohlichen Komplikation** entwickeln.

8.1.2 Atmungssystem

Viele ältere Menschen klagen über Kurzatmigkeit oder allgemeine teilweise unspezifische Symptome, die auf **Veränderungen des Atemsystems** hinweisen. Das genutzte Atemvolumen und die Fähigkeit des Abhustens lassen nach. Damit steigt die Gefahr, im Alter an einer **Pneumonie** *(Lungenentzündung)* zu erkranken. Mehrere Krankheitsbilder, die zu einer eingeschränkten Atemfähigkeit führen, werden unter dem Begriff **COPD** (chronisch obstruktive Lungenerkrankungen) zusammengefasst und treten im Alter gehäuft auf.

Pneumonie

DEFINITION

Pneumonie *(griech. pneuma = Hauch, Luft, Atem):* Entzündung des Lungengewebes.

Eine **Pneumonie** nimmt im Alter oft einen lebensgefährlichen Verlauf.

Ursachen und Risikofaktoren

Ursachen sind in etwa der Hälfte der Fälle Infektionen mit Pneumokokken *(Streptococcus pneumoniae)* oder anderen Bakterien (Streptokokken, Mykoplasmen, Legionellen, Chlamydien), seltener mit Viren *(atypische oder kalte Pneumonie)* oder Pilzen. Der **Verlauf** einer Lungenentzündung ist bei älteren Menschen meist viel schwerwiegender und kann ein lebensbedrohliches Ausmaß annehmen.

Eine Sonderform der Lungenentzündung ist die **Aspirationspneumonie,** die durch das Einatmen von Flüssigkeiten oder Gegenständen entsteht (➔ 9.2). Diese Fremdstoffe können sich in der Lunge festsetzen und Entzündungsprozesse verursachen. Alte Menschen sind besonders gefährdet, da sie unter Umständen nicht über ausreichend Kraft verfügen, um Fremdstoffe effektiv auszuhusten. Aufgrund der Anatomie der Bronchialäste treten Aspirationspneumonien vorwiegend im rechten Lungenflügel auf, was bei der Diagnostik im Rahmen der Ursachenforschung als Indiz genutzt wird.

Als **Risikofaktoren** für die Entstehung einer Lungenentzündung gelten:

- Immobilität, z. B. Bettlägerigkeit
- Schluckstörungen → Aspirationsgefahr
- Mangelnde Durchlüftung der Lungen (oberflächliche Atmung als Begleiterscheinung anderer Erkrankungen wie Herzerkrankungen, Atemwegserkrankungen)
- Nosokomiale Infektionen (Infektionen, die während eines Krankenhausaufenthalts aus anderen Gründen, z. B. Schenkelhalsbruch, entstehen)

Die Gefahr, an einer Lungenentzündung zu erkranken, ist im Alter etwa fünfmal höher als bei jüngeren Erwachsenen, was aus den altersbedingten Veränderungen des Atemtrakts sowie möglichen Begleiterkrankungen, der dadurch bestehenden Multimorbidität und Bewegungseinschränkungen resultiert.

Symptome

Charakteristische Leitsymptome sind:
- Ausgeprägtes schweres Krankheitsgefühl, Schüttelfrost
- Fieber (besonders bei Pneumokokken steiler Fieberanstieg, nicht selten bis zu 40 °C)
- Husten (meist mit Auswurf, anfangs rostbraun, später meist gelb-grünlich)
- Brustschmerzen beim Einatmen (meist wegen einer begleitenden Pleuritis, Brustfellentzündung)
- Schwere, oberflächliche und schnelle Atmung
- Zyanose (Blaufärbung von Lippen und Fingernägeln wegen Sauerstoffmangel)

Häufig tödlicher Verlauf

Bei Fieber und Atembeschwerden verbunden mit Schmerzen und Husten mit Auswurf sollte immer an die Möglichkeit einer Pneumonie gedacht und entsprechend gehandelt werden. In Westeuropa ist die Pneumonie die Infektionskrankheit, die am häufigsten tödlich verläuft.

Untypische Symptome bei alten Menschen sind:
- Schwächegefühl
- Abgeschlagenheit
- Unklare Atembeschwerden
- Leichtes Fieber
- Bräunlicher Auswurf

Neben einer massiven Atemnot zeigt sich bei Menschen der älteren Generation oft ein bräunlicher Auswurf. Dieser entsteht durch Blutbeimengungen, die aus der Verletzung kleinster Lungengefäße oder Gefäße im Rachenraum resultieren. Die verstärkte Atemnot resultiert aus einer verminderten Leistungsreserve der Lunge. Damit wird eine nötige Beatmung wahrscheinlicher als bei Jüngeren. Kommt es durch den entstehenden Sauerstoffmangel und Kohledioxidanstieg zu Einschränkungen des Bewusstseins, wird ein Krankenhausaufenthalt unumgänglich.

Therapie

Therapie nach ärztlicher Verordnung:
- Medikamentöse Therapie: Antibiotika, Antipyretika, Sekretolytika, Expektoranzien
- Bei schwerer Atemnot: Sauerstoffgabe, künstliche Beatmung
- Physikalische fiebersenkende Maßnahmen, z. B. Wadenwickel

Pflege

Pflegerische Maßnahmen bei an einer Pneumonie erkrankten älteren Menschen:
- Beobachtung und Kontrolle von Blutdruck, Puls, Körpertemperatur, Atmung, Hautzustand
- Bettruhe
- Ausreichend Flüssigkeit zuführen (Wasser, Fruchtschorle, Kräutertee), Flüssigkeitsbilanzierung
- Konsequente Atemtherapie: Inhalation, Atemgymnastik, tiefes Ein- und Ausatmen, atemerleichternde Lagerungen, Einreibungen, Luftbefeuchtung
- Produktives Abhusten fördern, beim Abhusten unterstützen, erkrankte Person zu aktivem Mittun motivieren
- Sputum auf Verfärbungen, Blutbeimengungen kontrollieren

Sputum immer als infektiös behandeln

Sputum (Auswurf) ist ein aus dem Rachenbereich stammendes Sekret und daher immer als infektiös zu betrachten und entsprechend zu behandeln.

Prophylaxe

Siehe auch ➢ 7.7.5

Eine weitere wichtige **Prophylaxemaßnahme** ist die Impfung gegen Pneumokokken, die ab dem 60. Lebensjahr generell empfohlen wird.

COPD (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung)

DEFINITION

COPD *(engl. Chronic Obstructive Pulmonary Disease):* Sammelbegriff für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen.
Lungenemphysem *(griech. emphysema = das Eingeblasene):* Irreparable Erweiterung der Alveolarbereiche (Überblähung der Lungenbläschen), sodass das für den Gasaustausch notwendige Lungengewebe zerstört ist.

Zu den **chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD)** zählen:
- Chronisch obstruktive Bronchitis
- Asthma bronchiale
- Lungenemphysem

Unter **Lungenemphysem** versteht man eine irreparable Erweiterung der Alveolarbereiche (krankhafte Überblähung der Lungenbläschen), sodass der respiratorische Anteil der Lunge (das für den Gasaustausch zuständige Lungengewebe) zerstört ist.

Alle drei Krankheitsbilder führen letztendlich zum typischen Krankheitsbild der COPD (➢ Abb. 8.4).

Ursachen

Die **Hauptursache** ist das Rauchen von Zigaretten (neun von zehn COPD-Patienten rauchen oder haben früher geraucht, entscheidend sind die Zeitdauer und die Menge). Die Beschwerden entwickeln sich schleichend und langsam über Jahre hinweg. Die Lunge verfügt über große Reserven, und erst wenn diese aufgebraucht sind, macht sich die COPD durch Atemnot bemerkbar.

Symptome

Charakteristisch für eine COPD sind die **AHA-Symptome:**
- **A**uswurf
- **H**usten, vor allem am frühen Morgen
- **A**temnot, die zunächst nur unter körperlicher Belastung auftritt, später auch schon in Ruhe

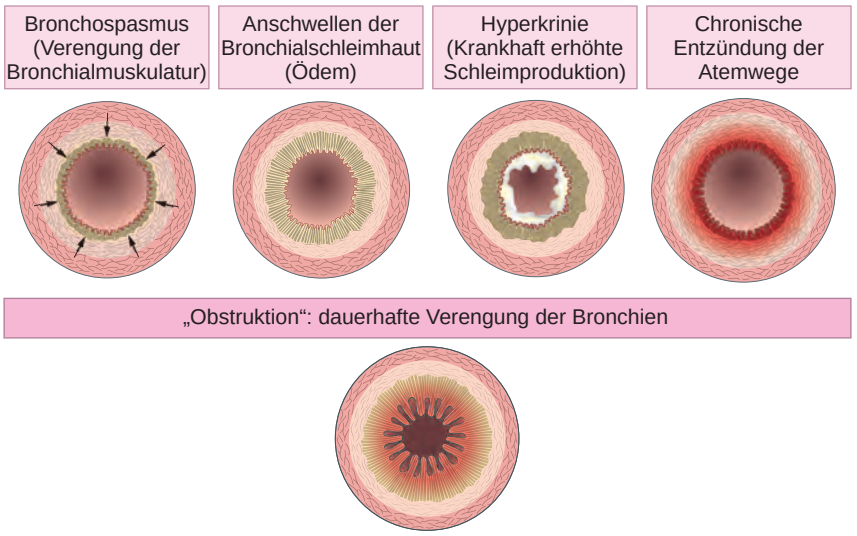

Abb. 8.4 Krankheitsbild der COPD. [L234]

Luftstau

Das **typische Merkmal** einer COPD ist der **Luftstau:** Die Betroffenen klagen über Enge im Brustraum und haben das Gefühl, nicht genug Luft zu bekommen. Durch die Verengung der Bronchien können sie nicht mehr vollständig ausatmen, damit bleibt zu viel Luft in der Lunge zurück. Dieser Luftstau bedingt, dass die COPD-Patienten weniger sauerstoffreiche Luft einatmen können; sie verspüren **Atemnot.**

Ohne die entsprechende Therapie führt der Luftstau zu einem Teufelskreis: Aufgrund der Atemnot kommt es zu einer eingeschränkten Belastbarkeit, selbst kurze Gehstrecken werden zur Anstrengung. Die Folge ist, dass Erkrankte körperliche Aktivitäten meiden und sich schonen, was zum Abbau von Muskulatur und zur Beeinträchtigung des Herz-Kreislauf-Systems führt. Dadurch verschlechtert sich die Kondition noch weiter, was wiederum die Beschwerden der COPD verstärkt und die Lebensqualität reduziert.

Exazerbation

DEFINITION

Exazerbation *(lat. exacerbare = hart treffen, erzürnen):* Deutliche Verschlechterung eines Krankheitsbilds.

Eine **Exazerbation** ist gekennzeichnet durch eine plötzliche und für kurze Zeit deutlich **verschlechterte Lungenfunktion,** die Beschwerden werden dann kurzfristig schlimmer. Diese akuten Schübe heißen **Exazerbationen.** Sie äußern sich meist durch **größere Atemnot** und mehr Husten als sonst, Enge im Brustraum, verfärbten Auswurf, selten auch begleitet von Fieber. Exazerbationen treten vorwiegen in der kalten Jahreszeit auf.

Auslöser können sein:

- Erkältungen oder andere Infekte der Atemwege
- Extreme Wetterlagen wie Hitze, Kälte und hohe Luftfeuchtigkeit
- Rauch und Staub

Nach dem Abklingen einer COPD-Exazerbation ist die **Lungenfunktion** dauerhaft verschlechtert und auch der weitere Verlauf der Erkrankung wird negativ beeinflusst.

Therapie

COPD werden nach ärztlicher Verordnung **therapiert** mit:

- Medikamenten wie Bronchodilatoren (Anticholinergika, Beta-2-Sympathomimetika), Sekretolytika u. a.
- Inhalativem Kortison bei schweren Verläufen mit häufigen Exazerbationen
- Impfung gegen Pneumokokken und Influenza

Prophylaxen und Pflege

- Vollständiger Verzicht aufs Rauchen als wichtigste kausale und effektivste Maßnahme zur Verhinderung des weiteren Fortschreitens der Erkrankung
- Atemtherapeutische Übungen, um die vollständige Ausatmung zu erreichen
- Atemunterstützende Positionierungen, Brustmassagen, Einreiben mit Bronchialbalsam
- Luftbefeuchtung, Frischluftzufuhr (keine kalte Luft), ausreichende Flüssigkeitszufuhr
- Kontrollierte Belastung (wegen Kurzatmigkeit), Vitalzeichenkontrolle
- Beim Abhusten unterstützen,
- Bei akuten Anfällen Lippenbremse durchführen lassen
- Allgemeine Maßnahmen der Pneumonieprophylaxe (➔ 7.7.5)

8.1.3 Stütz- und Bewegungssystem

Im Bereich des **Stütz- und Bewegungssystems** lassen sich **Abnutzungserscheinungen** *(degenerative Prozesse)* besonders gut

nachvollziehen. Durch jahrelange oft berufsbedingte Überlastungen oder Fehlbelastungen des Skelettsystems und der dazugehörigen Gelenke kommt es zu typischen Krankheitsbildern, deren Wahrscheinlichkeit, Probleme zu bereiten, im Alter kontinuierlich steigt. Besonders nennenswert sind in diesem Zusammenhang Arthrose und Osteoporose. Neben den altersbedingten Abnutzungserscheinungen kann es im Alter auch zu einem pathologischen Abbau von Muskelmasse kommen *(Sarkopenie)*.

Arthrose

DEFINITION

Arthrose *(griech. arthron = Gelenk):* Degenerative Gelenkerkrankung mit fortschreitendem, altersabhängigem Knorpelabrieb in den Gelenken bis hin zu Umbauprozessen im angrenzenden Knochen.

Eine **Arthrose** kann in jedem Gelenk entstehen. Am häufigsten tritt sie jedoch bei Gelenken auf, die durch das Körpergewicht stärker belastet werden: Kniegelenk *(Gonarthrose)*, Hüftgelenk *(Coxarthrose)*, Schultergelenk *(Omarthrose)*. Die Gelenkflächen nehmen nach und nach Schaden, weshalb sich Schmerzen und Steifheit des Gelenks entwickeln (➢ Abb. 8.5). Im Endstadium der Arthrose ist es möglich, dass das Gelenk vollständig verknöchert.

Die Arthrose wird von der **Arthritis** abgegrenzt, die eine akute Entzündung des Gelenks mit typischen Infektionszeichen darstellt.

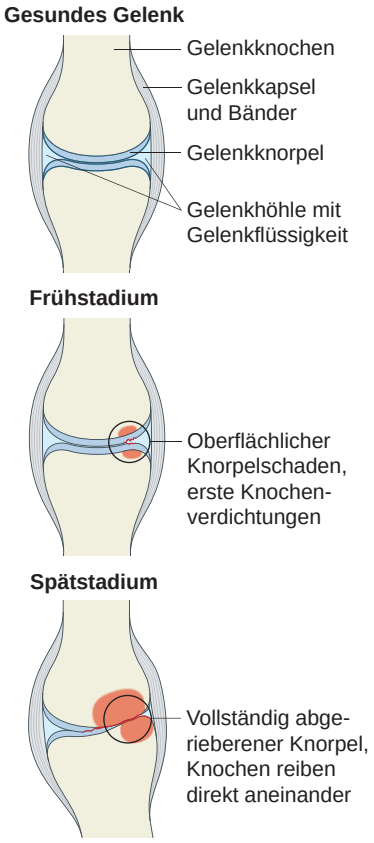

Abb. 8.5 Entstehung einer Arthrose. [L234]

Symptome

Typische Symptome bei älteren Menschen sind **Schmerzen** und **Steifigkeit der Gelenke.** Bei kalter und feuchter Witterung und durch Belastungen verstärken sich oft die Schmerzen, besonders bei stoßartigen Bewegungen (im Kniegelenk z. B. beim Hinabsteigen einer Treppe). Dagegen ist Radfahren meist ohne Probleme möglich.

Nach längerem Ruhen sind die ersten Bewegungen schmerzhaft, nach einigen Metern lässt der Schmerz aber nach (Anlaufschmerz). Eine „Morgensteifigkeit" des betroffenen Gelenks (wie bei der rheumatoiden Arthritis) hält nur kurz an.

Die Arthrose in **Finger- und Handgelenken** aufgrund von Harnsäurekristallen in den Gelenken (durch Gicht hervorgerufen) ist besonders schmerzhaft. Sie geht mit sichtbaren Knötchen am Gelenk einher.

Therapie und Pflege

Eine Heilung der Arthrose ist bislang nicht möglich. Ziel der **Behandlung** ist es vor allem, Schmerzen zu lindern, den fortschreitenden Gelenkverschleiß zu verlangsamen und die Lebensqualität zu verbessern.

Die Betroffenen sollen mit ihrer Erkrankung aktiv umgehen, deshalb ist eine gute **Beratung** mit folgenden Schwerpunkten wichtig:

- Information über den Verlauf der Krankheit
- Bedeutung von ausreichend Bewegung (einschließlich Physiotherapie)
- Angepasste Ernährung
- Risiko von Übergewicht
- Nutzung von Hilfsmitteln

Bewegungsvermeidung aufgrund von Schonhaltungen verschlechtert die Arthrose eher, da die mangelnde Bewegung die Muskeln schwächt. Auf Dauer wird damit der ohnehin eingeschränkte Bewegungsumfang der Gelenke weiter begrenzt, ein Teufelskreis entsteht (➢ Abb. 8.6).

Dagegen sind **Physiotherapie,** manuelle Therapie (Mobilisationstechniken), Wärmebehandlung (im nicht akuten Stadium), Kältebehandlung (im akuten Stadium), Wasser- und Bädertherapie, Elektrotherapie, Ultraschallbehandlung Maßnahmen, die Linderung schaffen und den Gelenkverschleiß verlangsamen können. Dazu kommen **gelenkschonende Sportarten** wie (Nordic) Walking, Schwimmen und Radfahren, die die Betroffenen selbst organisieren.

Orthopädische Hilfsmittel wie Pufferabsätze, Schuhaußen- bzw. Schuhinnenranderhöhungen, Fersenkissen, Keilkissen, Sitzerhöhungen, Bandagen, Handstock oder Unterarmgehstützen können Beschwerden oder Einschränkungen lindern.

Bei der **Ernährung** Ist Folgendes zu beachten:

- Kalorienreduzierte, abwechslungsreiche, vollwertige und ausgewogene Mischkost
- Frisches Obst und Gemüse (enthalten Antioxidantien)
- Eier, Milch und Milchprodukte (enthalten Vitamin D) in Verbindung mit

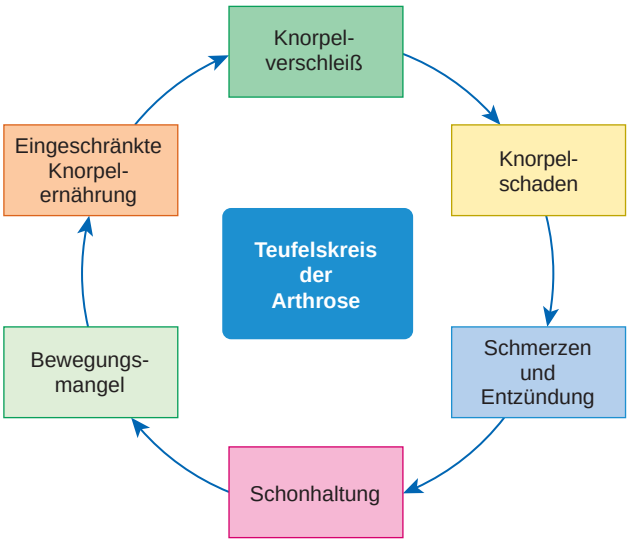

Abb. 8.6 Teufelskreis der Arthrose. [L143]

- Aufenthalt an frischer Luft (Sonnenlicht)
- Fettfische wie Lachs, Hering und Thunfisch (enthalten Omega-3-Fettsäuren)
- Walnüsse, Lein-, Raps- und Walnussöl (enthalten Alpha-Linolensäure, eine Vorstufe der Omega-3-Fettsäuren)

Entzündungsfördernd und damit einzustellen oder zu reduzieren sind dagegen **Ernährungs- und Lebensgewohnheiten** wie:

- Verzehr von Fleisch und tierischen Fetten
- Alkoholkonsum
- Starkes Übergewicht
- Tabakkonsum

Medikamente und **operative Therapien** liegen in der Verantwortung der behandelnden Ärzte. Schmerzmittel mit entzündungshemmender Wirkung sind nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR, z. B. *Diclofenac* oder *Ibuprofen*), die Gelenkschmerzen bei Arthrose lindern können. Auch Gelenkinjektionen und Gelenkspülungen mit z. B. Kortisonpräparaten als Entzündungshemmer oder Hyaluronsäure (Bestandteil der Gelenkflüssigkeit) sind möglich und wirken am Ort des Entzündungsgeschehens.

Osteoporose

DEFINITION

Osteoporose *(griech. osteon = Knochen; poron = Furt, Pore):* Systemerkrankung des Skeletts mit Verminderung der Knochenmasse, Qualitätsverschlechterung der Mikroarchitektur des Knochengewebes und dadurch bedingtem immer weiter steigendem Frakturrisiko.

Als Ursachen der **Osteoporose** sind in der Gerontologie vor allem zwei Komplexe von Bedeutung, die auch als **primäre Osteoporose** zusammengefasst werden:

- **Hormonell bedingte, postmenopausale Osteoporose:** Betroffen und besonders gefährdet sind Frauen im Alter von 50 bis 75 Jahren durch Östrogenmangel. Frauen erkranken sechsmal häufiger als Männer.
- **Altersbedingte Osteoporose:** Diese betrifft Frauen jenseits von 75 Jahren gleichermaßen wie Männer.

Ursachen und Risikofaktoren

Die **Ursachen** liegen überwiegend in der Veränderung der Lebensweise:

- Ungenügende Aufnahme von Kalzium und Phosphat
- Mangel an Vitamin D
- Zu wenig Aufenthalt an Licht und Luft
- Bewegungsmangel

Dazu kommen noch als **Risikofaktoren:**

- Genussmittel (Koffeinabusus, Colaabusus …)
- Häufiger Genuss von Lebensmitteln mit hohem Oxalatanteil (z. B. Rhabarber, Sellerie, Spinat)
- Nikotinmissbrauch und erheblicher Alkoholmissbrauch

Die Folge ist eine zunehmend nachlassendere Aktivität der knochensubstanzbildenden Zellen.

Darüber hinaus können **Erkrankungen,** hormonelle Störungen (Schilddrüse, Nebenschilddrüsen, Nebennierenrinde, Bauchspeicheldrüse) und Medikamente (z. B. Glukokortikoide, Heparine, Schilddrüsenhormone, Laxanzien) den Prozess des Knochenabbaus verstärken **(sekundäre Osteoporose).**

Symptome

Die Osteoporose verläuft **über lange Zeit symptomlos**. Später treten die nachfolgend genannten Symptome auf.

- Minderung der mechanischen Belastbarkeit des Stützsystems → vermehrte Frakturen
- Frakturen der Wirbelkörper → Folgen sind bleibende Deformierungen, Buckelbildung („Witwenbuckel"), Skoliosen, Wirbelsäulenverkrümmungen verbunden mit Schmerzen (besonders nachts)
- Tannenbaumphänomen: charakteristische Hautfaltenbildung am Rücken durch eine Verkürzung der Wirbelsäule (➔ Abb. 8.7)
- Extremitätenfrakturen mit akuten, aber nach der Heilung abklingenden Schmerzen
- Das erhöhte Frakturrisiko (vor allem für Oberschenkelhalsbruch) führt bei älteren Menschen durch die damit verbundenen Operationen und die Immobilisierung zu einer Zunahme der Sterblichkeit
- Änderungen der Statik des Stütz- und Bewegungssystems → Fehlbelastungen von Muskeln, Sehnen und Bändern, was sich durch chronische Schmerzen äußert

Therapie

Die medikamentöse **Therapie** erfolgt nach ärztlicher Verordnung:

- Bisphosphonate (z. B. *Alendronat*): Reduzierung des Knochenabbaus und Schmerzminderung
- Östrogen, Gestagene (als Therapie in der Menopause umstritten, da Studien ein erhöhtes Brustkrebsrisiko belegen)
- Kalzitonin (Schilddrüsenhormon) als Injektion: Förderung des Knochenaufbaus und Schmerzlinderung

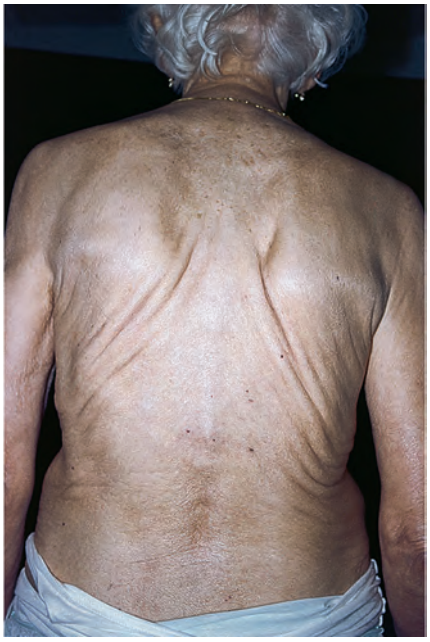

Abb. 8.7 Tannenbaumphänomen. [R415]

Prophylaxen und Pflege

Prophylaxen in Verbindung mit **Pflege und Betreuung** zielen auf die Änderung der Lebens- und Ernährungsweise ab.

- Änderung der Lebensweise:
  - Aufklärungs- und Informationsgespräche
  - Regelmäßiges Fitnesstraining/Mobilisation (Schwimmen, Laufen, Radfahren, Walking, Gymnastik, Tanzen …), sofern keine Einschränkungen der Mobilität und der Funktionen des Bewegungsapparats vorhanden sind
  - Altersgemäße Belastbarkeit beachten, es darf nicht zu einer körperlichen Überlastung kommen
  - Rückenschule zur Verbesserung der Koordination und Muskelkraft
  - Massagebehandlung zur Beseitigung von Muskelverspannungen und Muskelkräftigung
  - Ausreichende Sonnenlichtexposition
- Umstellung der Ernährung:
  - Kalziumreiche Ernährung: Milch (1 Liter sichert den Tages-Kalziumbedarf), Buttermilch, Joghurt, Hartkäse (mindestens 100 g)
  - Vitamin-D-reiche Ernährung: Milch, Butter, Eigelb, Leber, notfalls Vitamin-D-Gaben
  - Wenig Cola und Kaffee (Inhaltsstoffe blockieren die Kalziumaufnahme und -verwertung)
  - Wenig oxalatreiche Gemüse (Rhabarber, Sellerie, Spargel, Spinat …), da Oxalat die Kalziumresorption im Darm wesentlich erschwert

Immer zu beachten sind die **sturzprophylaktischen Maßnahmen** (➢ 7.7.2).

Sarkopenie

Sarkopenie *(griech. sarx = Fleisch; penia = Mangel):* Übermäßiger Verlust an Muskelmasse und Muskelkraft im Alter mit einhergehender eingeschränkter Leistungsfähigkeit unterhalb der Norm.

Ab dem 50. Lebensjahr gibt es eine zu erwartende **Reduzierung der Muskelmasse** von jährlich etwa 1–2 %. Von einer **Sarkopenie** als pathologische Veränderung ist die Rede, wenn die Muskelmasse schneller abgebaut wird, als dieser Normwert vorgibt. Da dieses Krankheitsbild nur die Reduzierung des Muskelgewebes betrifft, können auch übergewichtige Menschen betroffen sein, bei denen kein Gewichtsverlust festgestellt wurde.

Auffällig wird das Krankheitsbild oft durch vermehrtes Auftreten von **körperlichen Überlastungssituationen.** Insbesondere das Gehen längerer Strecken und das Treppensteigen fallen schwer, und auch alltägliche Verrichtungen im Haushalt werden zunehmend nicht mehr möglich.

Diagnostik

- Handgrifftest zum Ermitteln der Muskelkraft (Vergleich mit altersmäßig erwarteter Kraft und früheren Werten des Betroffenen)
- Ganggeschwindigkeit zur Feststellung der körperlichen Leistungsfähigkeit (auffällig bei < 0,8 m/s)
- Messen des Unterschenkelumfangs zur Feststellung der Muskelmasse (und ggf. Vergleich zu Norm- oder früheren Messwerten)

Ursachen

Die **Ursachen** der Sarkopenie sind nicht eindeutig geklärt. In vielen Fällen kann ein Untergang von Muskelfasern festgestellt werden. Altersbedingt kommt es zur mangelnden Ausschüttung von Hormonen, die den Muskelaufbau fördern.

Symptome

- Schnelle Erschöpfung bei körperlicher Belastung
- Eingeschränkte Belastbarkeit bei körperlichen Tätigkeiten
- Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags
- Zunehmende Mobilitätseinschränkungen

Therapie

- Einnahme von Vitamin D
- Proteindrinks zusätzlich zu den Mahlzeiten
- Einnahme von Antioxidantien wie Vitamin E und C
- Medikation mit Testosteron

Prophylaxen und Pflege

Die **Prophylaxe** zielt vorrangig auf Maßnahmen der Sturzprophylaxe (➢ 7.7.2), da die Sturzgefahr aufgrund des Muskelabbaus deutlich

erhöht ist. Da die Muskulatur nicht nur eine Bewegungs-, sondern auch Stütz- und Schutzfunktion hat, steigt auch die Frakturgefahr. Zudem ist eine gute Beobachtung von Gehfähigkeit und Belastbarkeit wichtig, um rechtzeitig Veränderungen zu erkennen und einschreiten zu können.

Pflegerisch wird der Betroffene aufgrund seiner herabgesetzten Leistungsfähigkeit in seinen alltäglichen Verrichtungen unterstützt, z.B. bei:

- Mobilität: Hilfsmittel und Begleitung anbieten, Pausen ermöglichen
- Körperpflege: Unterstützung bis Übernahme
- Ernährung: Anpassung, damit viel Eiweiße und Vitamine zugeführt werden
- Medikamenteneinnahme: Beobachtung auf Wirkung und Nebenwirkungen in Absprache mit dem Arzt
- Integration in den Alltag: Verhinderung von Isolation, Stärkung der Muskulatur

8.1.4 Verdauungssystem

Eine gesunde Ernährung und Verdauung sind zur Nähr- und Mineralstoffaufnahme bis ins hohe Alter sehr wichtig. Aufgrund von Veränderungen des Stoffwechsels und Erkrankungen im **Verdauungssystem** sind **Mangel- und Überernährung** im Alter jedoch keine Seltenheit. Dabei wird die Mangelernährung im Allgemeinen jedoch als größeres Problem eingestuft. Daneben treten im Verdauungssystem auch einige strukturelle Veränderungen auf, die in **Geschwüren** und **Krebserkrankungen** enden können. Auch **Magen-Darm-Infekte** stellen für ältere Menschen ein größeres Risiko dar. Diese Infekte brechen aufgrund eines eingeschränkten Immunsystems schneller aus und haben auch schwerwiegendere Folgen.

Mangelernährung im Alter

Chronische Mangelernährung tritt im Alter sehr häufig auf und hat schwerwiegende Folgen.

Risikofaktoren

Neben einem krankheitsbedingten Nährstoffmangelrisiko gibt es weitere zahlreiche **Risikofaktoren,** die zu einer Mangelernährung beitragen können. Durchfall, Erbrechen, Fieber und Alkoholismus führen zu einem erhöhten Nährstoffbedarf, was letztendlich oft Ursache für den Mangel ist. Auch Stoffwechselstörungen oder die Unfähigkeit, Nahrung im ausreichenden Maße aufzunehmen (z. B. durch Schluckstörungen oder einen schlechten Zahnzustand), sind Risikofaktoren.

- **Einflussfaktoren,** die aus der **körperlichen Situation** resultieren:
  - Vermindertes Kau-, Geschmacks- und Geruchsempfinden
  - Nachlassende Leistungsfähigkeit des Verdauungssystems (Maldigestion und Malabsorption)
  - Nachlassen von Appetit und Durstgefühl
  - Längeres Sättigungsgefühl
  - Schluckstörungen, Sehbehinderungen
  - Eingeschränkte Bewegungsfähigkeit und damit geringerer Energieumsatz
- **Psychische Einflussfaktoren:**
  - Depressionen, die zu Appetitlosigkeit führen
  - Pflegebedürftigkeit, eingeschränkte Selbstständigkeit
  - Einsamkeit und Appetitlosigkeit, z.B. nach Verlust des Lebenspartners
  - Einseitige Lebensmittelauswahl oder/und unregelmäßige Mahlzeiten
  - Mangelndes Wissen um eine ausgewogene Nährstoffversorgung (Lebensmittelauswahl)

Symptome

Folgende **Symptome** weisen auf eine Mangelernährung hin:

- Ungewollter Gewichtsverlust (Kleidung wird zu weit)
- Abbau von Muskelmasse
- Verstärkte Bildung von Hautfalten und schlaffer Haut
- Müdigkeit und Schwäche, Abgeschlagenheit
- Verlangsamte Reaktionsfähigkeit
- Appetitlosigkeit, Essen bleibt unberührt

Folgen

Der Mangel an Proteinen und Mikronährstoffen **schwächt das Immunsystem, Folgen** sind eine erhöhte Infektionsanfälligkeit und verzögerte Wundheilung sowie kognitive Beeinträchtigungen, Haut- und Schleimhautdefekte und die Beschleunigung von altersassoziierten Veränderungen (Ergrauen der Haare, Zahnausfall). Das **Risiko** für Schwindelanfälle, Stürze, Brüche, Dekubitus sowie psychische Erkrankungen steigt und das Sterblichkeitsrisiko ist erhöht.

Die Risikoeinschätzung ist durch Assessments möglich, die die Ernährungssituation bzw. die konkrete Gefahr einer Mangelernährung einschätzen (➔ 5.4.5).

Prophylaxen und Pflege

Trotz geringerem Energiebedarf mit zunehmendem Alter bleibt der **Bedarf an Eiweiß, Vitaminen und Mineralstoffen** konstant.

- Feststellen des Ernährungszustands: regelmäßige Gewichtskontrolle, ggf. BMI ermitteln, Nahrungsbilanz
- Häufig kleine Mahlzeiten anbieten, Wunschkost erfragen und häufiger anbieten
- Bei Bedarf Ess- und Trinkhilfen einsetzen
- Anregung zum Essen in Gemeinschaft
- Psychische Begleitung, Gespräche zur Ernährungsberatung führen und zusammen mit dem Klienten planen
- Zusammenarbeit und Abstimmung mit dem Hauswirtschaftsbereich (stationär) bzw. Angehörigen (ambulant)
- Abstimmung mit Ernährungsberaterinnen

Eine Orientierung zum Verständnis zur gesunden Ernährung bietet die **Ernährungspyramide** (➔ Abb. 8.8).

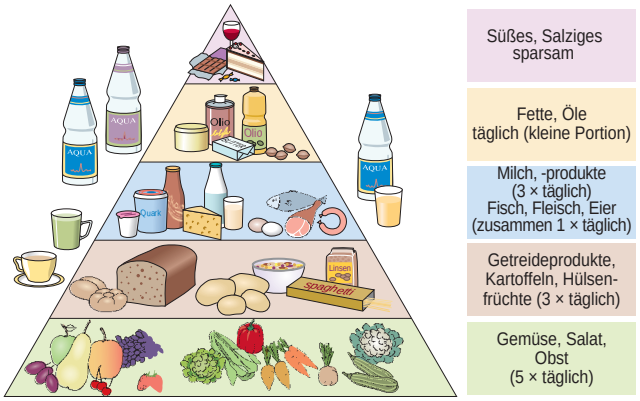

Abb. 8.8 Ernährungspyramide. [L190]

Weiterführende Informationen

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) hat für den Themenkreis „Ernährung im Alter" verschiedene Broschüren herausgegeben:
- „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen"
- „DGE-Qualitätsstandard für Essen auf Rädern"
- „Essen und Trinken bei Kau- und Schluckstörungen im Alter"
- „Essen und Trinken im Alter"
- „Trinken im Alter"
- „Essen und Trinken bei Demenz"
- „Mangelernährung im Alter"
- „Checkliste für die Seniorenverpflegung"

Download unter: www.fitimalter-dge.de/fachinformationen/medien

Divertikel

DEFINITION

Divertikel *(lat. diverticulum = Seitenweg):* Bläschen-, birnen- oder sackförmige Ausstülpung der Wände von Hohlorganen, am häufigsten im Dickdarmbereich (➢ Abb. 8.9).

Liegen viele **Divertikel** vor, spricht man von einer **Divertikulose** (Divertikelkrankheit). Mit dem Alter steigt das Divertikulose-Risiko, etwa zwei Drittel der 85-Jährigen haben Divertikel im Dickdarm. Die Entzündung eines oder mehrerer Divertikel wird als **Divertikulitis** bezeichnet.

Ursachen und Risikofaktoren

Als **Ursache** für die Divertikelbildung gelten ballaststoffarme Kost, wenig Obst und Gemüse, dafür viel rotes Fleisch und zunehmendes Alter.

Begünstigt wird die **Entstehung** von Divertikeln durch geringe körperliche Aktivität und erhebliches Übergewicht (Adipositas). Der reichliche Verzehr von rotem Fleisch und ein hoher Fettkonsum fördern zusätzlich die Divertikelbildung. Vegetarier und Veganer haben ein deutlich geringeres Divertikuloserisiko.

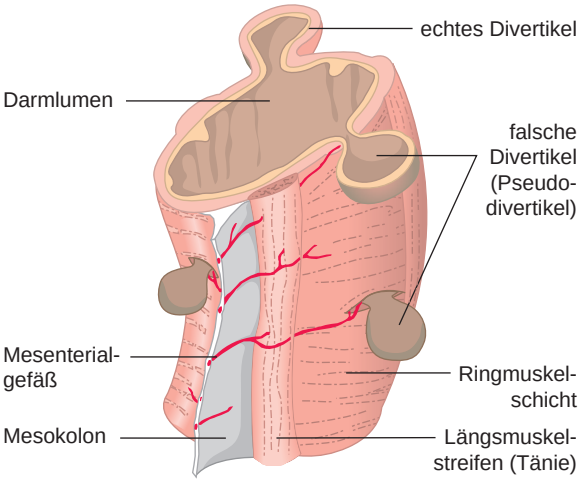

Abb. 8.9 Divertikel. [L190]

Symptome

Häufig haben von **Divertikulose** Betroffene **kaum Symptome.** Manchmal treten kurz andauernde krampfartige Bauchschmerzen im linken Unterbauch und Blähungen auf, auch kommt es zu unregelmäßigen Stuhlentleerungen.

Bei einer Entzündung **(Divertikulitis)** kommt es zu plötzlichen Unterbauchschmerzen, meist linksseitig, die durch Nahrungsaufnahme verstärkt werden und nach dem Stuhlgang abnehmen, Stuhlunregelmäßigkeiten (Durchfall oder Verstopfung), Fieber und gelegentlich auch Übelkeit und Erbrechen.

Komplikationen

Schwerwiegende **Komplikationen** der Divertikulitis sind:
- Stenosen (Darmverengung)
- Divertikelblutungen
- Divertikelperforation (Divertikeldurchbruch)
- Bauchfellentzündung *(Peritonitis)*

Prophylaxen und Pflege

Das Ziel **prophylaktischer und pflegerischer Maßnahmen** ist, ein Entzünden der Divertikel zu vermeiden und soweit möglich der Bildung neuer Divertikel vorzubeugen. Dies gelingt durch eine **ballaststoffreiche Kost** mit hohem pflanzlichem Anteil, um die Aktivität des Darms und seine Selbstreinigungskraft zu aktivieren. Da Darm und Darmflora einige Wochen brauchen, um sich an die schwerer verdaulichen Stoffe zu gewöhnen, ist die Umstellung auf ballaststoffreiche Kost langsam zu vollziehen. Wasserunlösliche Ballaststoffe, z. B. in Getreide, haben einen schützenden Effekt. Durch ihr Quellvermögen steigern sie das Stuhlvolumen und erleichtern somit das Entleeren des Darms. Gemüse enthält zahlreiche entzündungshemmende sekundäre Pflanzenstoffe, ebenso Omega-3-reiche Lebensmittel wie fetter Seefisch und Leinöl.

Den alten Menschen ist zu raten, die Speisen **gründlich zu kauen,** bis ein feiner Brei entsteht. Bei Lebensmitteln mit groben, körnigen

und faserigen Bestandteilen besteht die Gefahr, dass sie sich in den Divertikeln verfangen und dadurch die Entstehung von Entzündungen begünstigen. Zu beachten ist auch, dass Schalen und Kerne von Obst und Gemüse, z. B. Äpfeln, Nektarinen, Paprika, Tomaten, Chilischoten, nur schwer vollständig zerkaut werden können und lange im Darm verbleiben. Deshalb sollten Schalen und Kerne entfernt oder püriert werden.

Salmonellose

DEFINITION

Salmonellose *(Salmonellen-Enteritis):* Infektiöse Durchfallerkrankung, die auf den Darmtrakt beschränkt ist und durch Salmonellen ausgelöst wird.

Verursacher der **Salmonelleninfektion** sind **Bakterien:** *Salmonella typhimurium (S. enteritidis).* Die über den Magen in den Darm gelangten Salmonellen lösen eine Infektion des Dünndarms und des oberen Dickdarms aus. Sie dringen in die Zellen der Darmschleimhaut ein und schädigen diese, indem sie Giftstoffe *(Toxine)* freisetzen. Die **Inkubationszeit** ist sehr kurz. Sie ist abhängig von der Anzahl in den Körper gelangter Erreger und beträgt meist wenige Stunden bis drei Tage, höchstens jedoch sieben Tage.

Ursachen

Häufigste **Ursache** ist die Infektion durch **mangelnde Hygiene** oder **falsche Zubereitung** (nicht ausreichende Erhitzung) vor allem eiweißreicher **Lebensmittel** wie Fleisch, gefrorenes Geflügel, Eier und Milch. Salmonellen sind mehrere Monate überlebensfähig und lassen sich auch durch Einfrieren nicht abtöten. Auch durch den Kontakt von Lebensmitteln mit infizierten Menschen, verseuchten Oberflächen (Schneidebretter) oder verseuchten anderen Lebensmitteln (z. B. Geflügel-Auftauwasser) können die Erreger übertragen werden. Die Salmonellen gelangen immer über den Mund *(enteral)* in den menschlichen Körper.

Solange sich im Stuhl infizierter Personen Salmonellen befinden, besteht Ansteckungsgefahr. Die **Ausscheidung** von Salmonellen dauert etwa drei bis sechs Wochen, selten länger.

Symptome und Verlauf

Bei einer Salmonellose setzen die **Symptome** meist plötzlich ein. Typische Anzeichen sind vor allem:

- Wässrige Durchfälle
- Heftige Bauchschmerzen
- Unwohlsein
- Erbrechen
- Kopfschmerzen
- Fieber (eher selten Schüttelfrost)

Das Allgemeinbefinden ist oft schon **innerhalb weniger Stunden** nach der Infektion stark beeinträchtigt, die Betroffenen fühlen sich schwer krank. Zwei bis drei Tage nach Beginn der Salmonellose, seltener nach einer Woche hören die Durchfälle auf. Die Betroffenen erholen sich rasch, wenn der Flüssigkeitsverlust ausgeglichen wird.

Komplikationen

Als **Komplikationen** können im Krankheitsverlauf auftreten:

- Exsikkose: trockene belegte Zunge, eingesunkene Augen, klanglose Stimme
- Blutdruckabfall
- Wadenkrämpfe

Durch den Flüssigkeitsverlust kommt es zu einem erhöhten Risiko von Thrombosen.

Pflege und Prophylaxen

Wichtig ist bei einer ausgebrochenen Salmonellose die Kenntnis der Infektionswege, um weiteren Infektion vorbeugen zu können. Die **Pflege** infizierter Klientinnen oder Bewohner beinhaltet:

- Strikte Einhaltung aller Hygienevorschriften, besonders auch der Personalhygiene
- Reichliche Flüssigkeitszufuhr, um die durch den Brechdurchfall bedingten Flüssigkeits- und Elektrolytverluste auszugleichen
- Überwachung der Vitalfunktionen (Gefahr eines hypovolämischen Schocks)
- Medikation nach ärztlicher Anordnung

Um eine **Salmonellose zu vermeiden,** ist darauf zu achten, dass

- bei Lebensmitteln die Kühlkette nicht unterbrochen wird und keine Lebensmittel nach Überschreiten ihres Verfallsdatums verzehrt werden,
- leicht verderbliche Lebensmittel nicht längere Zeit bei Zimmertemperatur stehen gelassen, aufgehoben (auch gekühlt) oder wieder aufgewärmt werden,
- Geflügelfleisch, Hühnereier und Eiprodukte stets ausreichend erhitzt werden: Salmonellen lassen sich erst bei Temperaturen über 70° C und einer Garzeit von mindestens zehn Minuten sicher abtöten,
- Menschen, die eine Salmonelleninfektion haben oder Salmonellen ausscheiden, nicht in Kontakt mit Lebensmitteln der Gemeinschaftsverpflegung kommen (➔ 6.3.6).

Rechtlicher Rahmen

Die Salmonellose gehört nach dem Infektionsschutzgesetz (➔ 23.9) zu den **meldepflichtigen Infektionserkrankungen.** Zu melden sind der Krankheitsverdacht, die Erkrankung selbst, der Tod sowie nicht erkrankte Dauerausscheider. Betroffene unterliegen der regelmäßigen Überwachung durch die Gesundheitsbehörden und dürfen nicht in der Lebensmittelindustrie und Gemeinschaftsverpflegung arbeiten.

Darmkarzinome

Der häufigste primäre maligne **Tumor im Darmbereich** tritt vorwiegend im Dickdarmbereich auf, selten in Zwölffinger- und Dünndarm, weshalb mit dem Begriff „Darmkrebs“ meist kolorektale Karzinome gemeint sind, die in den verschiedenen Abschnitten des Dickdarms unterschiedlich häufig auftreten (➔ Abb. 8.10).

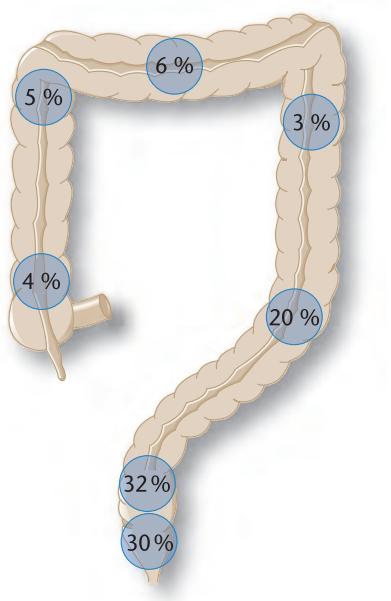

Abb. 8.10 Häufigkeitsverteilung von kolorektalen Karzinomen. [L141]

Ursachen und Risikofaktoren

Risikofaktoren bzw. mögliche **Ursachen** für Darmkarzinome sind:
- Alter über 40 Jahre
- Familiäre Vorbelastung
- Chronische Darmerkrankungen
- Diabetes mellitus Typ 2
- Bewegungsmangel
- Fett- und fleischreiche, ballaststoffarme Ernährung
- Starkes Rauchen
- Alkoholmissbrauch
- Starkes Übergewicht *(Adipositas)*

Symptome

Das kolorektale Karzinom zeigt meist keine auffälligen Frühsymptome. Erst im fortgeschrittenen Stadium treten **Allgemeinsymptome** auf:
- Gewichtsverlust
- Nachtschweiß
- Fieber
- Verminderte Leistungsfähigkeit
- Müdigkeit
- Typisch sind **Veränderungen des Stuhlgangs:**
  - Blutbeimengungen
  - Untypische Durchfälle
  - Wechsel zwischen Obstipation und Durchfall

Ileusgefahr

Ein kolorektales Karzinom kann, bevor es erkannt wird, zu einem **Darmverschluss** *(Ileus)* bzw. zu einem akuten Abdomen (➔ 9.5) führen, womit ein Notfall eintritt.

Therapie

Bei vorliegender positiver Diagnose eines kolorektalen Karzinoms ist eine **radikale Tumorresektion** (Entfernung des betroffenen Darmbereichs) notwendig, bei Metastasierung kommt eine Chemo- und/oder Radiotherapie hinzu.

Die **Prognose** richtet sich nach dem klinischen Stadium, in dem der Tumor diagnostiziert wurde.

Prophylaxen und Früherkennung

Für die grundsätzliche **Prävention** gegen Darmkrebserkrankungen gilt:
- Regelmäßige körperliche Aktivität und Erreichen eines Normalgewichts
- Rotes bzw. verarbeitetes Fleisch nur in geringen Mengen verzehren
- Möglichst 30 g/Tag an Ballaststoffen essen
- Fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag verzehren
- Verzicht auf Nikotinkonsum, Konsum von Alkohol nur in geringen Mengen

Die **Früherkennung** von kolorektalen Karzinomen erfolgt durch:
- Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl
- Rektale digitale Untersuchung des Enddarms
- Koloskopie mindestens alle zehn Jahre ab dem 55. Lebensjahr
- Bei Hinweisen auf familiäre Vorbelastung regelmäßige Koloskopien spätestens ab dem 40.–45. Lebensjahr

8.1.5 Ausscheidungssystem

Da auf Veränderungen im Darmbereich in ➔ 8.1.4 und ➔ 22.5.4 eingegangen wird, steht hier die **Harnkontinenz** im Vordergrund. Statistisch geht man in Pflegeheimen von etwa 24 % stuhl- und 60 % harninkontinenten Bewohnern aus. Der Anteil der Harninkontinenten steigt im Alter, den Höhepunkt bilden die über 80-jährigen Frauen mit einem Anteil von über 40 %.

DEFINITION

Harninkontinenz *(lat. continentia = Zurückhaltung, Selbstbeherrschung):* Urinabgang aus der Blase, der nicht willentlich kontrolliert werden kann. Harninkontinenz ist kein eigenständiges Krankheitsbild, sondern meist Zeichen einer anatomischen oder funktionellen Störung.

Die Kontrolle der Kontinenz ist eine Fähigkeit, die als eine der ersten im Rahmen der kindlichen Entwicklung erlangt wird und gilt als Indikator der Sozialfähigkeit einer Person. Betroffene leiden daher meist sehr unter der **fehlenden Blasenkontrolle,** fühlen sich sozial ausgegrenzt und in ihrer Lebensqualität stark eingeschränkt. Damit kommt es bei vielen älteren betroffenen Menschen zur **Isolation** und anderen Meideverhalten. Die unzureichende Versorgung einer leichten Harninkontinenz (z.B. Verwendung von Toilettenpapier statt absorbierenden Inkontinenzprodukten) erhöht die Gefahr von **Harnwegsinfekten.**

Formen, Ursachen und Symptome

➢ Tab. 8.3 zeigt die verschiedenen **Formen** der Harninkontinenz mit ihren **Ursachen** und **Symptomen.**

Verschiedene Medikamente wie Diuretika, Antidepressiva und Neuroleptika sowie Alkohol können die Harninkontinenz verstärken.

Therapie

Ist die Harninkontinenz Begleitsymptom einer anderen Grunderkrankung, ist vonseiten der behandelnden Ärztin eine gezielte **Therapie** dieser Krankheit notwendig. Das betrifft auch die Medikation, besonders die Verordnung von Diuretika.

Prophylaxen und Pflege

Pflegeziele bei einer bestehenden Harninkontinenz sind:

- Lebensqualität, Selbstwertgefühl und Selbstständigkeit und soziale Kontakte (auch über Selbsthilfegruppen) erhalten, Vereinsamung verhindern
- Folgeerkrankungen (Harnwegsinfekte, Hautschäden, Dekubitus, psychische Beeinträchtigungen) vermeiden
- Uringeruch durch geeignete Inkontinenzhilfsmittel verhindern

Pflegende unterstützen von Harninkontinenz Betroffene mit folgenden **Maßnahmen:**

- Gezieltes Kontinenztraining durchführen. Darauf achten, dass immer eine Toilette in erreichbarer Nähe ist und diese regelmäßig aufgesucht wird
- Gezielte Beckenbodengymnastik, um den Beckenboden zu stärken und die Schließfunktion der Blase wiederherzustellen
- Auf gute Hautpflege achten, besonders im Intimbereich
- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr, jedoch darauf achten, dass vor dem Schlafengehen nicht zu viel getrunken wird
- Kleidung mit lockerem Sitz wählen, die leicht zu öffnen und gut waschbar ist
- Inkontinenzmittel und sanitäre Hilfsmittel mit den zu Pflegenden auswählen und die Anwendung erklären und üben
- Räumliche Bedingungen (auch in den Sanitärräumen) prüfen und ggf. an die Bedürfnisse anpassen

Tab. 8.3 Harninkontinenzformen.

Inkontinenzform	Ursachen	Symptome
Stressinkontinenz (Belastungsinkontinenz)	• Insuffizienter Blasenschließmuskel: Druck von außen ist beim Urinabgang stärker als die Kraft des Schließmuskels • Schwäche des Blasenhalses • Schwäche der Beckenbodenmuskulatur (häufiger bei Frauen) durch Gebärmuttersenkung, Blasenvorfall, Operationen, Verletzungen • Östrogenmangel in der Menopause	• Harnverlust ohne vorherigen Harndrang bei körperlicher Anstrengung wie – Niesen – Lachen – Aufstehen – Treppensteigen – Heben von Lasten • In fortgeschrittenen Fällen bereits beim einfachen Stehen unfreiwilliger Abgang von Urin
Dranginkontinenz (Urgeinkontinenz)	• **Motorische Dranginkontinenz:** unkontrollierte Aktivitäten der Blasenmuskulatur durch Ausfall von Nervenimpulsen bei/in – insbesondere neurologischen Erkrankungen – seelischen Konfliktsituationen – Aufregung – Angstzuständen – Trauer – zu spät erfolgtem Toilettengang – Einnahme von entwässernden Medikamenten *(Diuretika)*	Blasenentleerung schon bei geringer Blasenfüllung
	• **Sensorische Dranginkontinenz (Reizblase):** erhöhte Sensibilität der Druckrezeptoren in der Blasenwand bei – Zystitis – Blasensteinen – Tumorerkrankungen – eingeführten Fremdkörpern – Harnwegsinfekten (häufig) – Prostatavergrößerung (häufig)	
Überlaufinkontinenz	• Die Blase füllt sich massiv, die Blasenentleerung wird nicht rechtzeitig eingeleitet • Oft bei neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen wie Demenz oder Schlaganfall	• Ungewollter tropfenweiser Urinabgang bei maximal gefüllter Harnblase • Ausscheiden nur geringer Urinmengen • Nahezu dauerhaftes Harnträufeln • Große Restharnmenge in der Blase → erhöhtes Harnwegsinfektionsrisiko
Reflexinkontinenz	Schädigung der Reflexweiterleitung, z.B. bei Querschnittlähmung, multipler Sklerose, Bandscheibenvorfall	Unkontrollierte Urinausscheidung bei großem Blasendruck → Dauerharnkatheter oft sinnvoll

- Prophylaxen sorgfältig durchführen besonders Harnwegsinfektions-, Intertrigo- (➔ 7.7.7) und Dekubitusprophylaxe (➔ 7.7.1)
- Pflegeanamnese dokumentieren, Miktionsprotokoll anlegen

Initialfragen zur Harninkontinenz im Rahmen der Pflegeanamnese

- Tritt ungewollter Urinverlust auf?
- Spürt der alte Mensch Harndrang? Äußert er diesen? Führt er Toilettengänge selbstständig durch?
- Kommt es zu Auffälligkeiten wie verunreinigte Wäsche, Uringeruch, Verstecken von verunreinigter Wäsche, Nutzung von Inkontinenzhilfsmitteln?
- Treten Schmerzen im Zusammenhang mit der Urinausscheidung auf?
- Gibt es Hautveränderungen im Intimbereich?
- Was verrät das Miktionsprotokoll?

8.1.6 Hormonsystem

An dieser Stelle wird auf den Diabetes mellitus eingegangen, da er die bekannteste Stoffwechselerkrankung aufgrund hormoneller Veränderungen ist. Auch andere **Erkrankungen des Hormonsystems** wie z. B. Schilddrüsenüber- und -unterfunktion treten im Alter auf, sind jedoch oft bereits aus früheren Lebensphasen bekannt.

Diabetes mellitus

DEFINITION

Diabetes mellitus *(griech. diabainein = hindurchfließen; lat. mellitus = honigsüß):* Chronische Stoffwechselerkrankung, gekennzeichnet durch eine Zuckerverwertungsstörung und den dadurch entstehenden erhöhten Blutzuckerspiegel. Trotz eines hohen Blutzuckerspiegels haben die Zellen einen Mangel am grundlegenden Ausgangsstoff für ihren Stoffwechsel (vor allem den Energiestoffwechsel).

Formen

Es gibt verschiedene **Formen** des Diabetes mellitus: Die im Alter am häufigsten auftretende Form ist der Typ-2-Diabetes.

- **Diabetes mellitus Typ 1:** Diese Form der Erkrankung beginnt meist sehr früh, bereits bei Kindern und Jugendlichen. Meist ist sie die Auswirkung einer Autoimmunerkrankung, die zur Zerstörung der Insulin produzierenden Zellen führt **(absoluter Insulinmangel)** oder Folge einer Virusinfektion in der Kindheit ist. Es wird dadurch viel zu wenig oder kein Insulin produziert.
- **Diabetes mellitus Typ 2:** Diese Form betrifft **vor allem ältere Menschen** oberhalb des 40. Lebensjahrs. Es besteht entweder eine Insulinresistenz, d. h., die Membranen der Zellen reagieren nicht mehr auf das Insulin, das noch gebildet wird. Dadurch kann der Zucker *(Glukose)* aus dem Blut nicht mehr in die Zellen aufgenommen werden. Oder die B-Zellen der Bauchspeicheldrüse produzieren zu wenig Insulin. In beiden Fällen liegt ein **relativer Insulinmangel** vor. Heute sind die Hauptursache dieses Diabetes-mellitus-Typs Übergewicht und Überernährung, weil sich bei kontinuierlicher Überernährung die Zahl der Insulinrezeptoren auf der Oberfläche der Körperzellen vermindert oder die Insulinproduktion nicht mehr ausreicht. Daneben existiert wahrscheinlich noch eine erbliche Disposition für Diabetes mellitus.
- **Weitere Diabetes-mellitus-Formen:** Diese entstehen aus anderen Gründen. Dazu gehören u. a. der Schwangerschaftsdiabetes *(Gestationsdiabetes)*, Entzündungen des Pankreas (Bauchspeicheldrüse) und Stoffwechselstörungen, die zu einer Störung im Kohlenhydratstoffwechsel führen.

Regulation des Blutzuckerspiegels

Hyperglykämie (hoher Blutzuckerspiegel)
Die Glukoserezeptoren der Insulin produzierenden Langerhans-Insel-B-Zellen der Bauchspeicheldrüse reagieren auf einen hohen Blutzuckerspiegel, und die Zellen setzen daraufhin verstärkt **Insulin** frei. Insulin macht die Zellmembranen durchlässig für Glukose, dadurch kann diese verstärkt aus dem Blut aufgenommen werden. Damit sinkt der Blutzuckerspiegel. Leberzellen bilden aus der aufgenommenen Glukose die Speicherform Glykogen, u.a. Muskelzellen benötigen Glukose für die Energieproduktion.

Hypoglykämie (niedriger Blutzuckerspiegel)
Die Rezeptoren mehrerer Organe signalisieren Glukosemangel im Blut. Dadurch werden etwa **fünf verschiedene Hormone** ausgeschüttet. Sie bewirken den Abbau von Glykogen in der Leber, sodass die Leberzellen Glukose ins Blut abgeben. Dadurch steigt der Blutzuckerspiegel wieder an.

Fazit
Mehrere Hormone können also den Blutzuckerspiegel ansteigen lassen. Fällt eines davon aus, wird seine Wirkung von den anderen mit übernommen. Aber nur ein einziges Hormon, das Insulin, ist in der Lage, den Blutzuckerspiegel zu senken. Wenn es ausfällt, ist die hormonelle Absenkung des Blutzuckerspiegels nicht mehr möglich.

Verlauf und Symptome

Der Diabetes mellitus Typ 2 verläuft zu Beginn häufig völlig **beschwerdefrei,** sodass er oftmals nur zufällig bei Routineuntersuchungen diagnostiziert wird. Viele Typ-2-Diabetiker haben so geringe Beschwerden, dass sie lange keine Veranlassung sehen, einen Arzt aufzusuchen. Die Ausprägung der Symptome ist davon abhängig, wie weit die Erkrankung bereits vorangeschritten ist.

Unspezifische Symptome können sein:

- Starker Durst
- Mattigkeit
- Abgeschlagenheit
- Vermehrtes Wasserlassen *(Polyurie)*
- Juckreiz *(Pruritus)*
- Heißhunger
- Sehstörungen
- Infektanfälligkeit

Die Glucosurie (Glukosenachweis im Urin) ist keine sichere Diabetesdiagnose, da auch andere Ursachen dafür vorliegen können.

Normalwerte des Blutzuckerspiegels sind ein **Nüchternblutzuckerspiegel** von 4,4 bis 5,6 mmol/l (79 bis 100 mg/dl). Werden davon abweichende Werte festgestellt, besonders wenn sie über

6 mmol/l (110 mg/dl) liegen, sollte das Risiko einer Erkrankung ärztlicherseits weiter abgeklärt werden, z. B. über den HbA1c-Wert, der über die mittleren Blutzuckerwerte der letzten zehn bis zwölf Wochen Auskunft gibt.

Pflege

Für die **Pflege** und Betreuung von Diabetikern ist ein Komplex von speziellen Kenntnissen und Maßnahmen vorgesehen. Hier wird schwerpunktmäßig auf die Risiken der **diabetischen Spätschäden** hingewiesen, weil diese für Pflege, Betreuung und Krankenbeobachtung von besonderer Bedeutung sind.

- **Veränderungen der größeren Blutgefäße** *(diabetische Makroangiopathie):*
  - Ausgeprägte **Arteriosklerose,** daraus resultierend ein früh einsetzendes Risiko von Herzerkrankungen bis hin zum Herzinfarkt
  - **Vorübergehende ischämische Attacken** (örtliche Blutleere im Gehirn), erhöhtes Schlaganfallrisiko *(Hirninfarkt)*
  - **Periphere arterielle Durchblutungsstörungen** (*diabetisches Fußsyndrom,* ähnlich dem „Raucherbein")
- **Veränderungen der kleinen arteriellen Blutgefäße** *(diabetische Mikroangiopathie):*
  - Diabetische **Retinopathie** (Netzhautveränderungen und Netzhautschäden)
  - Diabetische **Nephropathie** (Schädigung der kleinen Nierengefäße bis hin zur Dialysepflichtigkeit)
  - **Schädigung der Blutgefäße, die die peripheren Nerven versorgen** *(diabetische Neuropathie/Polyneuropathie)*: Durch den Verlust der Vibrationsempfindung und/oder der Schmerzempfindung an den Extremitäten und/oder Sensibilitätsstörungen bleiben oft kleine Verletzungen unbemerkt, die sehr schlecht heilen. Diese Schädigungen entstehen meist infolge solcher scheinbar harmlosen Infektionen der Hautverletzung, die auch durch Druckstellen des Schuhwerks hervorgerufen werden. Daraus können sich schwerwiegende Komplikationen entwickeln, z.B.:
    - **Diabetisches Gangrän:** Absterben von Gewebeteilen und Gewebszersetzungsprozesse mit Flüssigkeitsabsonderungen und Farbveränderungen
    - **Mal perforans:** Oft sehr tief reichende, lochförmige Hautgeschwüre bzw. die Entstehung eines **Ulcus cruris** *(Unterschenkelgeschwür)*
- **Diabetischer Fuß:** Schädigung der kleinen Hautgefäße besonders im Bereich der Zehen und der Ferse. Durch Mikroangiopathien und hohe Blutzuckerwerte werden häufig die kleinen Blutgefäße besonders im Bereich der Zehen, Fersen oder an anderen hohem Druck ausgesetzten Stellen geschädigt, sodass es zu einer zunehmenden Mangeldurchblutung kommen kann, die zum allmählichen Absterben des Gewebes führen kann *(Nekrose)*.
- **Diabetische Fettleber:** Die Beeinträchtigung des Fettstoffwechsels durch den Insulinmangel kann zu einer verstärkten Fettbildung in den Leberzellen und damit zu einer Fettleber führen.
- **Veränderungen der Haut:** Häufig haben Diabetiker eine juckende, trockene Haut, weil durch den hohen Blutzuckerspiegel dem Gewebe Wasser entzogen wird. Der hohe Blutzuckerspiegel und die eingeschränkte Durchblutung beeinträchtigt die Wundheilung erheblich. Damit dauert es deutlich länger, bis Hautverletzungen verheilt sind.

8.1.7 Sinnessystem

Im Alter lassen allgemein die **Funktion der Sinnesorgane** nach. Dies hängt mit einem Rückgang der funktionierenden Sinneszellen zusammen. Gezielt wird hier auf Erkrankungen der Augen, Ohren und der Haut eingegangen.

Augenerkrankungen

Altersweitsichtigkeit

DEFINITION

Altersweitsichtigkeit *(Presbyopie, Alterssichtigkeit):* Nachlassendes Scharfsehen in der Nähe aufgrund der mit zunehmendem Alter abnehmenden Elastizität der Augenlinse. Dadurch kann sich diese nicht mehr ausreichend krümmen, was für scharfes Nahsehen notwendig ist.

Die **Altersweitsichtigkeit** ist keine krankhafte Veränderung, sondern die Folge eines ganz **normalen Alterungsvorgangs** im Auge. Betroffene können nahe Gegenstände nicht mehr scharf sehen, beim Lesen z. B. wird der Text weiter vom Auge weggehalten, um ihn entziffern zu können.

Die Altersweitsichtigkeit kann mit einer Brille (Lese- oder Gleitsichtbrille) oder Kontaktlinsen korrigiert werden. Bei der Betreuung von Brillenträgern sollte darauf geachtet werden, dass die Brille benutzt und regelmäßig gereinigt wird. Hilfreich ist immer eine gute und blendfreie Beleuchtung am Sitzplatz.

Grauer Star

DEFINITION

Grauer Star *(die Katarakt):* Trübung der Augenlinse, bei der im fortgeschrittenen Stadium eine graue Färbung hinter der Pupille zu erkennen ist. Die Hell-dunkel-Adaption des Auges ist verlangsamt, und die Fähigkeit, räumlich zu sehen, kann beeinträchtigt sein.

Der **graue Star** ist die häufigste Augenerkrankung im Alter. Die Veränderungen in der Linse gestalten sich als langsamer und schmerzloser Prozess des Sehschärfenverlusts. Betroffene berichten über verschwommenes Sehen und zunehmende Blendungsempfindlichkeit und dass sie alles „wie im Nebel" sehen.

Eine erfolgreiche **Behandlung** ist nur durch eine Operation möglich. In den meisten Fällen wird die getrübte Linse durch eine künstliche Linse ersetzt. Die Operation kann in den meisten Fällen ambulant erfolgen. In der anschließenden Betreuung muss die Applikation der Medikamente (Augentropfen) zuverlässig gesichert sein.

Der Verzicht auf eine Kataraktoperation trotz der Einschränkung der Sehfähigkeit senkt die Lebensqualität ganz erheblich. Dazu kommen vermehrte Risiken bei täglichen Verrichtungen (z. B. bei ABEDL®), Fehler bei der Medikamenteneinnahme und Stürze.

VORSICHT!

Grauer versus grüner Star

Der graue Star *(Katarakt)* ist **nicht** mit dem grünen Star *(Glaukom),* einer Gruppe von Augenerkrankungen unterschiedlicher Ursache, zu **verwechseln.**

Altersbedingte Makuladegeneration (AMD)

DEFINITION

Makuladegeneration *(lat. macula = Fleck; degenerare = entarten):* Chronische Augenerkrankung, bei der die Sehzellen in der *Macula lutea* (gelber Fleck) zunehmend abgebaut werden, sodass die Fähigkeit zum Scharfsehen zunehmend verloren geht (➢ Abb. 8.11).

Die **altersbedingte Makuladegeneration** tritt gewöhnlich erst im höheren Alter auf. Sie äußert sich dadurch, dass die Mitte des Sehbereichs zunehmend unschärfer erscheint. Die Sehleistung in den Randbereichen des Gesichtsfelds ist dagegen nicht beeinträchtigt. Die Betroffenen können noch Umrisse erkennen und sich in ihrer Umgebung orientieren, doch beim genaueren Betrachten eines Gegenstands erscheint dieser unscharf, verschwommen oder verzerrt. Feine Einzelheiten können nicht mehr wahrgenommen werden, das Farbensehen ist stark eingeschränkt.

Es werden **zwei Formen** unterschieden: Die **trockene Makuladegeneration** schreitet langsam, die **feuchte altersbedingte Makuladegeneration** dagegen schnell fort. Für die trockene altersbedingte Makuladegeneration steht bislang keine wirksame **Therapie** zur Verfügung. Die feuchte Form der altersbedingten Makuladegeneration lässt sich zwar nicht heilen, aber mit einer medikamentösen Therapie verlangsamen.

Die **Ursachen** der Makuladegeneration sind nicht eindeutig geklärt. Es ist davon auszugehen, dass Stoffwechselstörungen und Veränderungen der feinen Blutgefäße eine Rolle spielen.

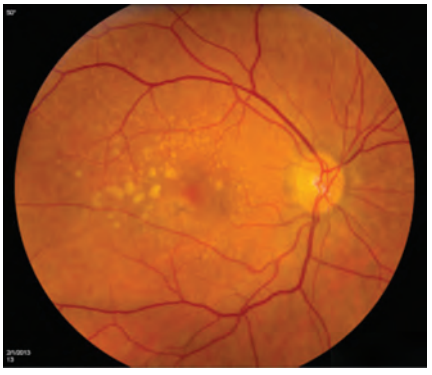

Abb. 8.11 Abbildung einer durch Makuladegeneration geschädigten Netzhaut. [G901]

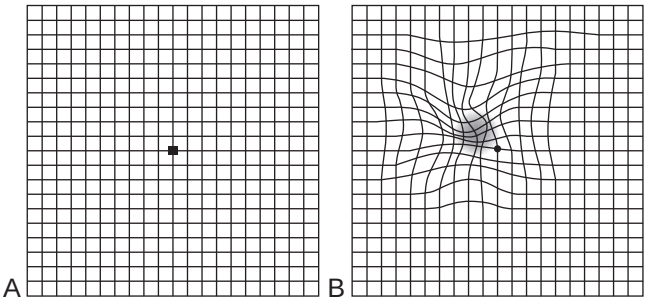

Abb. 8.12 Amsler-Gitter-Test zur Feststellung einer Makuladegeneration. Wenn die Linien verzerrt oder wellig erscheinen, während der Punkt fixiert wird, deutet dies möglicherweise auf eine Degeneration der Makula hin. [G900]

Schreitet die Makuladegeneration fort, werden Lesen, Schreiben, Handarbeiten und viele andere Alltagsaktivitäten immer weniger möglich. Ein aktives, selbstständiges Leben mit vielfältigen sozialen Kontakten ist praktisch nicht mehr möglich. Die Folge können sich entwickelnde Ängste, Unsicherheiten, Pessimismus und Depressionen sein. Die Makuladegeneration führt nicht zur vollständigen Erblindung, doch das restliche **Sehvermögen** ist bei vielen Menschen so gering, dass sie als **blind** gelten **(funktionelle Blindheit)** und Anspruch auf Blindengeld beziehungsweise Blindenhilfe haben.

Die sicherste Möglichkeit der **Früherkennung** einer altersbedingten Makuladegeneration ist die ab 60 Jahre regelmäßig erfolgende Augenkontrolle durch den Augenarzt. Der Amsler-Gitter-Test (➢ Abb. 8.12) kann auf eine Makuladegeneration hinweisen.

Ohrenerkrankungen

Altersschwerhörigkeit

DEFINITION

Altersschwerhörigkeit *(Presbyakusis):* Schwerhörigkeit im Alter, bei der andere krankhafte Ursachen ausgeschlossen werden können.

Betroffene bemerken eine meist beidseitige und zunehmende symmetrische Abnahme der Hörfähigkeit, die anfangs in den höheren Frequenzen festgestellt wird. Später erfolgt die **Gehörabnahme** auch im mittleren und tieftönigen Hörbereich. In lauter Umgebung ist ein eingeschränktes Wortverständnis bei Gesprächen zu verzeichnen. Dadurch können die Schwerhörigen irgendwann nicht mehr an Gesprächen teilnehmen bzw. Gesprächen folgen und angemessen kommunizieren. Eine **Altersschwerhörigkeit** wird durch einen Hals-Nasen-Ohren-Arzt festgestellt.

Einzelne Silben werden häufig besser verstanden als ganze Sätze. Aus diesen Gründen fühlen sich schwerhörige Menschen in einer lauten Umgebung unwohl und unsicher. Schwerhörige sprechen laut, klagen über undeutliche Sprache der Gesprächspartner und stellen Fernseher oder Radio sehr laut. Ihre Antworten auf Fragen sind häufig unpassend oder abwegig.

Heute ist es möglich, die Altersschwerhörigkeit durch Hörgeräte oder Implantate zu **lindern** oder zu **beheben.** Daran schließt sich

ein gezieltes Hörtraining an, mit dem Schwerhörige lernen, mit dem Hörgerät bzw. Implantat zurechtzukommen und so die einzelnen Geräusche und Töne richtig zu verarbeiten.

Pflege

Pflegende beachten folgende Regeln beim Umgang mit Schwerhörigen:

- Nicht von hinten annähern, um Erschrecken zu vermeiden
- Aufmerksamkeit durch den Einsatz von Berührung herstellen
- Kurze, deutliche und klare Sätze ohne schwierige Wörter bilden und dabei Blickkontakt herstellen
- Nicht brüllen, geduldig bleiben, langsam sprechen, Gesprochenes wiederholen
- Mit ruhiger, tiefer, deutlicher Stimme kommunizieren
- Hilfsmittel wie Notizzettel, Symbole usw. nutzen
- Während des Gesprächs Nebengeräusche (z. B. Radio, Fernseher) ausschalten
- Zum Fernsehen Kopfhörer anbieten (besonders wenn noch kein Hörgerät vorhanden ist)
- Lichtsignale statt akustische Signale einsetzen (z. B. Lichtklingel, Lichtwecker)

Altersbedingte Veränderungen der Haut

Im Verlauf des natürlichen **Alterungsprozesses** kommt es zu strukturellen und dadurch nachlassenden funktionellen Veränderungen der Haut. Der Prozess verläuft individuell unterschiedlich und ist von verschiedenen **Einflussfaktoren** abhängig:

- Lebensweise
- Ernährung
- Körperpflege
- Erblichen Faktoren
- Schadstoffexposition
- Klima- und Wetterexpositionen
- Sonnenexposition

Folgende **altersbedingte Hautveränderungen** können beobachtet werden:

- Die verstärkte **Tendenz zu Faltenbildung** wird hervorgerufen durch Veränderungen des Bindegewebes der Lederhaut. Die Wasserbindungsfähigkeit sinkt, dadurch nehmen Spannung und Elastizität der Haut ab, Falten entstehen.
- Die Anzahl der Zellen der Oberhaut nimmt ab, es werden weniger Zellschichten gebildet. Die Haut wird **dünner** und **verletzlicher,** und die **Heilung** auch kleinerer Wunden ist **verzögert.** Außerdem reagiert die Haut empfindlicher auf Druck durch andere Körperteile, Scheuern von Kleidungsstücken oder Verletzungen bei der Körperpflege.
- Die Haut wird **trockener,** weil der Wassergehalt abnimmt, die Talgproduktion und die Leistung der Schweißdrüsen vermindert sind. Sie wird schuppig, rissig und neigt zu Juckreiz, die Keimabwehr ist vermindert.
- Die **Pigmentbildung lässt nach,** was besonders durch ergrauende Haare sichtbar wird. Aber auch die Empfindlichkeit der Haut gegenüber ultravioletter Strahlung erhöht sich.
- Die Funktion verschiedener **Sensoren** der Haut **lässt nach,** dadurch werden Berührungsempfindung und Tastsinn beeinträchtigt.

Pflege

Aus den genannten Hautveränderungen resultiert, dass in der **Pflege** und Betreuung alter Menschen die Hautbeobachtung besondere Bedeutung erlangt und der **Hautpflege** größere Bedeutung beizumessen ist (➢ 7.4.1).

Auf die Aufnahme einer **ausreichenden Flüssigkeitsmenge** (ca. 2 Liter/Tag) muss geachtet werden, um die Hautspannung zu erhalten bzw. zu verbessern.

Die **Hautreinigung** soll neben Wasser mit pH-neutralen, parfümfreien und rückfettenden Waschsubstanzen erfolgen. Dazu kommt ein gründliches **Nachfetten** mit Lotionen oder Cremes (Wasser-in-Öl-Emulsionen mit bis zu 30 % Wasseranteil). Feuchtigkeitscremes sind luftdurchlässig und behindern den Wärmeaustausch über die Haut nicht. Der Ölanteil bildet einen Fettfilm auf der Haut, der die Verdunstung reduziert, die Geschmeidigkeit der Haut wird verbessert und der Säureschutzmantel *(Hydrolipidfilm)* erhalten.

Zu beachten ist, dass Hautpflegemittel, besonders wenn sie nach Wunsch oder Gewohnheit der zu Pflegenden oder über Angehörige beschafft werden, das Risiko allergischer Reaktionen haben können. Deshalb ist bei Hautirritationen auch daran zu denken.

Häufige Alterserscheinungen der Haut

Im Alter lässt die Kontrolle der Zellteilung durch das Immunsystem langsam nach, sodass **Abweichungen von der normalen Zellstruktur** häufiger auftreten:

- **Altersflecken** *(Lentigo senilis)* treten verstärkt an lichtexponierten Körperstellen auf (Hände, Gesicht), sind aber harmlose Pigmentvermehrungen. Die Färbung kann von hellem bis tief dunklem Braun auftreten, meist liegen sie im Hautniveau, können aber auch etwas erhaben sein (➢ Abb. 8.13).
- **Seborrhoische Warzen** *(Verrucae senilis, Alterswarzen)* sind gelblich bis schwarz gefärbt. Meist ist die Oberfläche warzentypisch rau-rissig und stark pigmentiert (➢ Abb. 8.14). *Seborrhoisch* bedeutet, dass die Ursache der Hautbildung in einer starken lokalen Vermehrung von Fettanteilen (z. B. Talg) liegt im Gegensatz zu von Viren ausgelösten Warzen. Alterswarzen sind harmlose Hautgebilde.

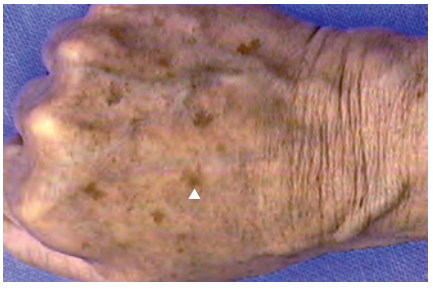

Abb. 8.13 Altersflecken. [E730-004]

Abb. 8.14 Seborrhoische Warzen (Alterswarzen). [R240]

- Bei der Hautpflege lassen sich manchmal kleinste punktförmige Haut- oder **Schleimhautblutungen** (Kapillarblutungen, *Petechien*) feststellen, die bei vereinzeltem Auftreten ebenfalls harmlos sind.
- Dauerhafte Lichtungsausweitungen kleinster Blutgefäße werden als **Ektasien** (Besenreiser) bezeichnet. Das Blut ist in den kleinsten Hautblutgefäßen durch die Haut hindurch zu sehen. Bei den besonders in der Gesichtshaut, im Wangen- und Nasenbereich festzustellenden kleinen, deutlich rot gefärbten Blutgefäßgeflechten handelt es sich um **Teleangiektasien** (➢ Abb. 8.15), die sich besonders bei Personen entwickeln, die viel Wind und Wetter ausgesetzt waren.
- Vor allem an den Beinen, im Unterschenkel- und Knöchelbereich werden **Venektasien** (➢ Abb. 8.16) sichtbar. Wenn keine Venen- oder Lymphbahnerkrankungen vorliegen, sind diese Hautveränderungen harmlos.
- **Fibrome** sind gutartige, meist rundlich-kugelige Geschwulste aus faser- oder zellreichem Bindegewebe, hautfarben, weich oder derb mit faltiger Oberfläche (➢ Abb. 8.17). Weiche Fibrome sind nicht selten gestielt. Fibrome sind an sich harmlos, sollten aber bei Notwendigkeit nur von einem Arzt entfernt werden.
- Harmlose, scharf begrenzte Fetteinlagerungen in der Haut, die meist flach, selten erhaben sind, werden als **Xanthelasmen** bezeichnet (➢ Abb. 8.18). Sie treten am häufigsten an den Augenlidern auf, vor allem am inneren Augenwinkel, und sind manchmal Symptom einer Stoffwechselstörung wie Hypercholesterinämie oder Diabetes mellitus.
- **Aktinische Keratosen** wurden früher als *senile Keratosen* bezeichnet, weil sie in der Regel erst im Alter auftreten. Bevorzugte Stellen sind Gesichtshaut (besonders Stirn und Nasenrücken), haarlose Kopfhaut, Hände und Unterarme. Aktinische Keratosen fühlen sich sehr hart an. Sie lassen sich relativ leicht entfernen, jedoch bluten die betroffenen Stellen (➢ Abb. 8.19). Es bildet sich eine Schorfkruste, die immer wieder aufreißt und zu leichten Blutungen

Abb. 8.15 Teleangiektasien. [R415]

Abb. 8.16 Venektasien. [R415]

Abb. 8.17 Fibrom. [G902]

Abb. 8.18 Xanthelasmen. [E931]

Abb. 8.19 Aktinische Keratosen. [R240]

neigt. Die gut tastbaren Hautrauigkeiten breiten sich im Verlauf von Monaten bis Jahren aus und können dabei immer wieder aufbrechen. Eine **Präkanzerose** ist als Folge möglich. Dabei handelt es sich um Krebsvorstufen, die sich zu einem überdurchschnittlichen Prozentsatz zu Hautkrebserkrankungen entwickeln können.

Hinweise auf bösartige Hautveränderungen

Wenn auf Hautveränderungen eines oder mehrere der folgenden Kriterien zutreffen, sollte unbedingt eine (Haut-)Ärztin konsultiert werden, auch im Zweifelsfall:

- Juckreiz und Blutungen an Pigmentflecken, dunkle Verfärbung dieser Stellen
- Langsam zunehmender Durchmesser oder ein Durchmesser von > 5 mm der Hautveränderung
- Asymmetrisches Wachstum der Hautveränderung, unscharfe, zackige und unregelmäßige Begrenzung
- In sich uneinheitliche Färbung der Hautveränderung
- Halbkugelförmige, immer weiter über das Hautniveau hinauswachsende Hautveränderung

8.1.8 Nervensystem

Viele ältere Menschen zeigen **neurologische Symptome** oder sind **von neurologischen Krankheitsbildern** betroffen. Die meisten dieser Krankheitsbilder sind keine typischen Alterserkrankungen, jedoch nimmt die Häufigkeit des Auftretens der meisten neurologischen Erkrankungen im Alter zu. Exemplarisch werden hier Morbus Parkinson und Lähmungen, z.B. aufgrund eines Schlaganfalls (➔ 9.3) oder als Langzeitkomplikation bei Diabetes mellitus (➔ 8.1.6) vorgestellt.

Morbus Parkinson

DEFINITION

Morbus Parkinson *(Parkinson-Syndrom):* Erkrankung des extrapyramidal-motorischen Systems mit dem Symptomkomplex aus Hypo- bzw. Akinese (Bewegungsarmut), Rigor (Muskelsteifigkeit) und Ruhetremor (Zitterbewegung) [7].

Morbus Parkinson ist das am häufigsten auftretende neurologische Krankheitsbild. Etwa 1,5 % der über 60-Jährigen und 3 % der über 70-Jährigen sind betroffen. Die Bezeichnung **Parkinson-Syndrom** erklärt, dass es sich bei dem Krankheitsbild um eine Kombination spezieller Symptome handelt. Der Abbau der dopaminbildenden Nervenzellen im Gehirn führt zu massiven **Veränderungen der Beweglichkeit,** die Bewegungsfähigkeit nimmt im Verlauf der Erkrankung immer weiter ab. Neben körperlichen Symptomen kommt es oft zu Depressionen, und auch demenzielle Symptome sind im späten Verlauf erkennbar.

Formen

Grundsätzlich werden **drei verschiedene Formen** des Parkinson-Syndroms unterschieden:

- **Morbus Parkinson** *(primäres* oder *idiopathisches Parkinson-Syndrom):* Folge des Untergangs dopaminbildender Zellen im Mittelhirn ohne erkennbare Ursache
- **Symptomatisches Parkinson-Syndrom** *(sekundäres Parkinson-Syndrom):* Aufgrund einer erkennbaren Ursache, z.B. Vergiftungen oder Gehirnentzündungen
- **Parkinson-Syndrome** aufgrund anderer degenerativer Erkrankungen des ZNS

Symptome und Diagnostik

Am auffälligsten sind die **Bewegungsveränderungen** aufgrund des auch im Blut nachweisbaren Dopaminmangels, die auch als Diagnosekriterien herangezogen werden:

- **Hypo- oder Akinese:** allgemeine Bewegungsarmut mit starrer Mimik (Maskengesicht), Fehlen der normalen Mitbewegungen (z.B. Schwingen der Arme beim Laufen)
- **Rigor:** unkontrollierte Versteifung während der gesamten Bewegung
- **Ruhetremor:** ständige, nicht kontrollierbare Bewegungen besonders der Hände (Pillendreherphänomen)

Weitere **typische Symptome** sind:

- Haltungsinstabilität
- Kleinschrittiger Gang mit Tippelschritten
- Zahnradphänomen (Ausbleiben abgerundeter, flüssiger Bewegungsabläufe)
- Leise, monotone Sprache
- Kleiner werdende Schrift beim Schreiben
- Vegetative Störungen wie Speichelfluss, Schwitzen, Salbengesicht, Temperaturregulationsstörungen, Obstipation
- Stimmungsschwankungen
- Verlangsamtes Denken

Neben der Blutuntersuchung (Dopaminkonzentration) und einer Reaktionsprobe mit L-Dopa (positiv, wenn zeitweise verbesserte Beweglichkeit) gibt es die Möglichkeit der bildlichen Diagnostik (CT, MRT).

Therapie

Eine Heilung ist derzeit nicht möglich. Ausnahme ist das medikamenteninduzierte Parkinson-Syndrom, das nach Absetzen der Medikamente verschwindet. Die **Behandlung** fußt auf:

- Medikamentöser Therapie
- Physio- und Bewegungstherapie
- Psychosozialer Begleitung

Bei Erkrankten über 70 Jahren ist die Medikation mit L-Dopa die erste Wahl. Nach anfänglich großem Erfolg lässt die Wirkung mit der Zeit immer mehr nach, und die Dosis muss erhöht werden, bis nach etwa 5 bis 10 Jahren bei vielen keine Wirkung mehr feststellbar ist.

Pflege

Die **Pflege** ist je nach Ausmaß der Erkrankung auf Unterstützung bis hin zur Übernahme der ABEDL® ausgelegt. Folgende Schwerpunkte sind möglich:

- Therapie- und Symptomkontrolle bei gleichzeitiger Medikation mit L-Dopa
- Aktivierende Pflege mit viel Zeit und der Übernahme nur der nötigen pflegerischen Tätigkeiten
- Gezielte Unterstützung bei der Bewegung, z.B. durch Überbrückung des Freezing-Phänomens *(kurzzeitige Bewegungshemmung)* durch Zeichnen von Linien, lautes Zählen o. Ä.
- Schaffen einer sicheren Umgebung
- Anpassung der Kostform bei häufigem Verschlucken
- Atemübungen und Maßnahmen der Pneumonieprophylaxe
- Unterstützung bei der Kommunikation
- Kontaktherstellung zu Angehörigen, Fachärzten und Selbsthilfegruppen

Lähmungen

DEFINITION

Lähmung: Teilweise oder vollständig ausgeprägter Ausfall der Muskelfunktion. Dabei werden **Parese** *(teilweise Lähmung)* und **Paralyse** *(vollständige Lähmung)* unterschieden.

Lähmungen treten im Alter gehäuft auf und können sehr vielfältige Ursachen haben. Sie stellen kein Krankheitsbild, sondern ein Symptom dar.

Formen

Lähmungen lassen sich nach verschiedenen Gesichtspunkten unterscheiden.

- Einteilung der Lähmungen nach der **Lokalisation** der Störung:
  - Zentrale Lähmung: Das ZNS ist betroffen.
  - Periphere Lähmung: Fehlende Impulsleitung zu den Muskeln im peripheren Nervensystem.
  - Myogene Lähmung: Das Muskelgewebe ist unfähig, Bewegungen auszuführen.
- Einteilung nach **Körperabschnitten:**
  - Fazialisparese: Gesichtslähmung.
  - Monoparese/-plegie: Eine Gliedmaße ist betroffen.
  - Hemiparese/-plegie: Eine Körperseite ist betroffen.
  - Paraparese/-plegie: Beide Arme oder Beine sind betroffen.
  - Tetraparese/-plegie: Vollständige Lähmung aller Gliedmaßen.

Pflege

Die **Pflege** bei Lähmungen gestaltet sich je nach Art, Ausprägung und Ort der Lähmung sehr vielfältig. Grundsätzlich ist jede Lähmung individuell zu betrachten und der betroffene alte Mensch in die Pflege so weit wie möglich einzubeziehen.

Folgende pflegerische Maßnahmen sind möglich:

- Unterstützung je nach Bedarf bei alltäglichen Verrichtungen
- Unterstützung bei der Mobilisation
- Anleiten zur Nutzung von Hilfsmitteln (z.B. Rollator, Gehbock, Dreipunktfuß)
- Augentropfengabe und Augenverband bei fehlendem Lidschluss aufgrund einer Fazialisparese
- Vorsichtiges Reichen von Nahrung und Verabreichen von Medikamenten bei Lähmungen im Mund und Halsbereich
- **Facio-orale-Trakt-Therapie** (F.O.T.T.)**:** 24-Stunden-Konzept zum Wiedererlernen von Funktionen in Alltagssituationen, Koordinierung von Atmung, Schlucken und Sprechen
- Unterstützung beim Sprechen
- Unterstützung beim Schreiben
- Basale Stimulation® (➔ 12.2)
- Bobath-Konzept (➔ 12.3)

8.2 Pflegeaspekte bei Multimorbidität

DEFINITION

Multimorbidität *(lat. multi = viel; morbus = Krankheit; Polypathie, Mehrfacherkrankung):* Gleichzeitiges Vorhandensein chronisch werdender bzw. primär chronischer Krankheiten oder Leiden bei einer Person. Das kann dazu führen, dass ein Krankheitssymptom nicht einer einzelnen Ursache als Auslöser zugeordnet werden kann, sondern Krankheitsfolgen, damit verbundene Funktionseinschränkungen und erforderliche Arzneimitteltherapien greifen vielmehr in komplexer Weise ineinander.

Die Wahrscheinlichkeit einer **Multimorbidität** nimmt mit ansteigendem Alter zu. Mit Erhöhung der Anzahl der Erkrankungen (➔ Abb. 8.20) kommt es zu einer Abnahme der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Dafür sind häufig auch die damit verbundenen Beschwerden wie Schmerz, Schlafstörungen, Zustände nach Stürzen oder Inkontinenz und Mangelernährung verantwortlich.

Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen

Die **Erhaltung der Gesundheit und der Unabhängigkeit** wird von alten Menschen als eines der wichtigsten **Lebensziele** genannt. Daraus ergibt sich, dass das Ziel der Prävention im Alter eine verbesserte Vitalität und Lebensqualität sowie der weitgehende Erhalt der Autonomie sein muss. Es steht fest, dass durch Prävention und Gesundheitsförderung (➔ Kap. 11) eine Verhinderung, zumindest aber Verzögerung chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit erreicht werden kann.

Das betrifft besonders Maßnahmen, die sich auf das **persönliche Gesundheitsverhalten** beziehen. **Regelmäßige Aktivitäten** wie

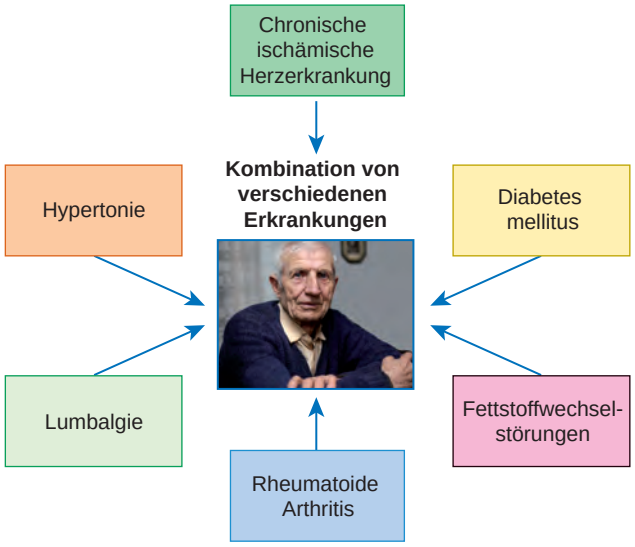

Abb. 8.20 Typische Krankheitskombinationen bei Multimorbidität. [L143, J787-092]

z. B. Radio hören, Zeitung lesen, Museen besuchen etc. beeinflussen stark positiv die kognitive Leistungsfähigkeit. Soziales Engagement hat z.B. positive Auswirkungen auf die Entwicklung kognitiver Funktionen im Alter. Je höher das Engagement eines alten Menschen ist, desto größer sind seine Möglichkeiten, altersbedingte Veränderungen hinauszuzögern. Eine erhöhte **körperliche Aktivität** kann zu einer spontanen Verbesserung der Gedächtnisleistungen führen. Zum Beispiel kann bereits das Gehen über drei und mehr Kilometer pro Tag die Lebenserwartung deutlich verlängern. Zügiges Gehen vermindert das Herzinfarktrisiko. Eine moderate körperliche Aktivität trägt bei älteren Menschen signifikant zur Verringerung von Spätfolgen und Folgeerkrankungen eines Myokardinfarkts und der Gesamtmorbidität in den letzten Lebensjahren bei.

Einen positiven Effekt auf die Gesunderhaltung in den höheren Lebensjahren haben außerdem eine fettarme **Ernährung** sowie der reichliche Verzehr von Obst und Gemüse. Durch eine fettarme Ernährung wird die Häufigkeit von koronaren Erkrankungen reduziert. Der Verzehr von Obst und Gemüse senkt die Häufigkeit von Darm- und Blasenkrebs.

Personen, die mit 65 Jahren aufgehört haben zu rauchen, haben gegenüber Personen, die weiterhin rauchen, eine höhere Lebenserwartung.

Maßnahmen, die eine **frühzeitige Entdeckung von Erkrankungen und Funktionsverlusten** ermöglichen oder den Wiedereintritt von Krankheitsereignissen und krisenhaften Zuspitzungen verhindern, bilden einen zentralen Aufgabenbereich bei multimorbiden Personen mit Pflegebedarf. Regelmäßige **Augenuntersuchungen** bei alten Menschen sowie Langzeitpflegebedürftigen sind hier zu nennen. Diese helfen, Zustände akuter Verwirrtheit zu vermeiden oder dienen der Sturzprophylaxe. **Hörtests** sind ebenfalls bedeutsam, da eine reduzierte Hörfähigkeit bei alten Menschen zu großen Problemen im affektiven, zwischenmenschlichen sowie kognitiven Bereich führen kann. Präventive Hörtests dienen nicht nur dem Erkennen eines drohenden Hörverlusts und einer Beeinträchtigung der Kommunikation, sondern auch der Vermeidung von Depressionen sowie der Reduktion von kognitiven Leistungen. Die regelmäßige **Untersuchung des Zahn- und Mundstatus** gilt gerade bei alten Menschen als erforderlich, deren Selbstständigkeit im Bereich der persönlichen Hygiene und der Bewegung beeinträchtigt ist oder die sensorische bzw. kognitive Defizite zeigen.

Die Prävention für hilfe- und pflegebedürftige alte Menschen umschließt auch die Vorbeugung einer **akuten Verwirrtheit.** Gefährdet sind alte Menschen, die an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden, viele Medikamente einnehmen und sich verschiedenen Behandlungen unterziehen müssen. Vorbeugende Maßnahmen umfassen in diesem Fall die Bereitstellung einer angemessenen Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, die Berücksichtigung einer Infektions- und Unfallprophylaxe, die Schaffung bzw. Beibehaltung des vertrauten Milieus durch die Vermeidung des Wechsels von Bezugspersonen und des Orts, aber auch schlafhygienische Maßnahmen oder den Verzicht auf nicht dringend indizierte Krankenhauseinweisungen.

8.3 Pflegeaspekte bei Abhängigkeits- und Missbrauchserkrankungen

DEFINITION

Abhängigkeit: Psychischer und eventuell auch körperlicher Zustand, bei dem ein dringendes Verlangen oder unbezwingbares Bedürfnis besteht, sich die entsprechende Substanz fortgesetzt und periodisch zuzuführen. Es beginnt mit einer zunehmenden Gewöhnung, dann folgt der Drang nach mehr Erleben der Wirkung der Substanz oder dem Vermeiden von Entzugssymptomen durch Dosissteigerung bei Toleranzentwicklung.

Durch die steigende Lebenserwartung steigt auch die Zahl der **Abhängigkeitserkrankungen** im Alter. Bei Medikamentenabhängigkeit ist es schwierig, zwischen medizinisch erforderlichem und erhöhtem Verbrauch zu unterscheiden. Missbrauch besteht gegenüber Alkohol oder Nikotin.

8.3.1 Medikamentenabhängigkeit

Die **Medikamentenabhängigkeit** besteht bei Einnahme einer höheren Dosis oder über einen längeren Zeitraum als verordnet oder wenn Medikamente nicht zur Behandlung von Erkrankungen, sondern zu Erzielung von Wirkungen (z. B. Beruhigung) eingesetzt werden. Auch wenn Medikamente wegen der auf die Psyche als positiv erlebten Wirkung eingenommen werden oder die Medikamenteneinnahme nicht mehr kontrolliert und reguliert werden kann, liegt eine Abhängigkeit vor.

Medikamentengruppen, bei deren unkontrollierter Einnahme es zu einer Abhängigkeit kommen kann (➔ Abb. 8.21):

- **Tranquilizer** (z. B. *Benzodiazepine*) wirken je nach Dosis beruhigend (somit auch schlafanbahnend), angst- und spannungslösend, vermindern Zwangsvorstellungen und sind auch muskelentspannend und krampflösend. Die Wirkung kann durch Alkohol ganz erheblich verstärkt werden. Bei Einnahme von

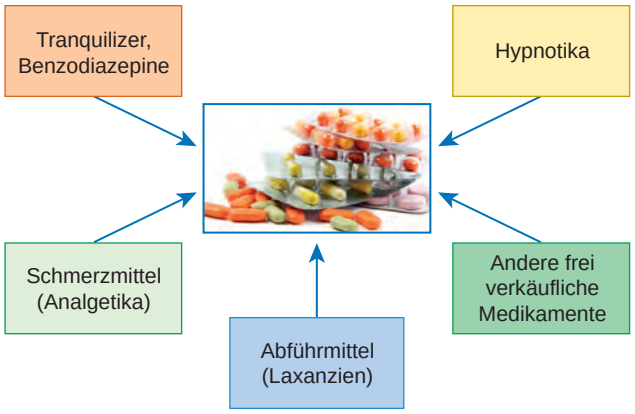

Abb. 8.21 Typische Medikamentenabhängigkeiten. [L143, J787-093]

Tranquilizern besteht eine hohe Tendenz zur Toleranzentwicklung und Abhängigkeit, sowohl psychisch wie auch körperlich mit starken Entzugserscheinungen.

- **Hypnotika** (z. B. *Barbiturate*) wirken in geringen Dosen beruhigend, bei hoher Dosierung betäubend. Sie werden normalerweise sehr eingeschränkt und vorübergehend bei Schlafstörungen verordnet, weil eine hohe Gefahr der Gewöhnung und suchtähnlichen Abhängigkeit besteht.
- **Abführmittel**
- **Schmerzmittel**
- **Einschlaffördernde Medikamente** bergen bei dauerhafter Einnahme das Risiko einer Abhängigkeit, gerade weil alte Menschen häufig an Schlafstörungen leiden. Es kann auch zu einer Niedrigdosisabhängigkeit kommen, wenn diese Medikamente über einen längeren Zeitraum nach ärztlicher Verordnung eingenommen werden.

Probleme und Risiken

Folgende **Abhängigkeitsprobleme** und daraus resultierende **Risiken** können sich in stationären Pflegeeinrichtungen entwickeln:

- Schon vor dem Einzug in die Einrichtung bestehende Abhängigkeit oder Missbrauch: Fall diese bzw. dieser nicht bekannt ist, kann es zu Entzugserscheinungen mit den entsprechenden Symptomen kommen.
- Medikamente, die bei einem Klinikaufenthalt verabreicht wurden (z. B. Beruhigungs- oder Schlafmittel) werden ohne Notwendigkeit nach der Klinikentlassung weiter eingenommen. Auch ein langer Klinikaufenthalt mit regelmäßiger Verabreichung solcher Medikamente kann eine Abhängigkeit hervorrufen.
- Fehlender Informationsaustausch zwischen Klinik, Hausarzt, Pflegepersonal zu bestehender Medikamentenabhängigkeit kann zu Fehlentscheidungen bei Pflege und Betreuung führen.
- Unter der Wirkung solcher Medikamente besteht ein deutlich erhöhtes Sturzrisiko.

Notfälle

Akute Notfälle können u.a. durch **Entzugssyndrome** oder einer **Überdosierung** von Medikamenten entstehen, was sich durch auffälliges, aggressives und herausforderndes Verhalten äußern kann. In solchen Situationen gilt:

- Frühzeitig aktiv werden, also bereits dann, wenn sich Spannungen erkennbar aufbauen:
  - Ablenken
  - Situations- und Themenwechsel
  - Reizabschirmung
- Angstfreie Situation herstellen, z. B. durch Wechsel des Zimmers oder Hereinlassen von Sonne durch das Fenster
- Aufgeregte Begleitpersonen abschirmen
- Ruhige Ansprache, Ablenken vom Aufregungsthema, deutlicher und verbindlicher Gesprächsstil
- Konkrete Ja-/Nein-Fragen stellen, Warum-Fragen vermeiden
- Vorgehen und Maßnahmen erläutern, aber nicht diskutieren
- Nicht in die Enge drängen lassen, zurücktreten, Körperkontakt vermeiden
- Eigener Rückzug, wenn die Betroffenen dadurch nicht gefährdet sind oder werden
- Bei weiterer Eskalation geht der Eigenschutz vor: Türen versperren, in sicheren Raum zurückziehen, Flucht, Hilfe alarmieren (z. B. Polizei), flüchtende Personen nicht aufhalten

Es kann aber auch ein **hilfloser körperlicher Zustand** entstehen, z. B. durch Falsch- oder Überdosierung oder Wechselwirkung von Medikamenten. Hierbei ist ein ganz anderes Vorgehen notwendig:

- Ursachen suchen und erkennen: Welche Medikamente/neue Präparate erhalten, Alkoholmissbrauch, Schlafmittelmissbrauch, ausreichende Flüssigkeitszufuhr, Änderung in der Wohnsituation, Hinweise auf eine Infektion, Anzeichen einer schweren Erkrankung (Herzinfarkt, Schlaganfall, Lungenentzündung)?
- Verhaltensbeobachtung: Wann ist das Verhalten aufgetreten und wie?
- Abschirmen und Sichern der Umgebung
- Engmaschige Vitalzeichenkontrolle
- Ständige Betreuung und Beobachtung
- Arzt und Rettungsdienst verständigen

Entzugssymptome

Symptome eines Entzugs von Suchtmitteln (z. B. Opiaten, Alkohol) oder bei plötzlichem Absetzen von Medikamenten (z. B. Tranquilizer):

- Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle
- Krampfanfälle
- Schlaflosigkeit, Delirien, Dämmer- oder Verstimmungszustände
- Lebensbedrohliche Kreislaufstörungen (Schockzustände)

Prophylaxe

Prophylaxen gegen Medikamentenabhängigkeit sind:

- Schulungsmaßnahmen für Pflegende besonders zu Psychopharmaka
- Gute Kooperation mit den Hausärzten bei u.a. Schmerztherapie oder Schlafstörungen:
  - Einsatz von Antidepressiva als Medikamente zur Abhängigkeitsbewältigung
  - Tranquilizer nur kurzfristig, nicht regelmäßig verordnen
  - Vorrangiger Einsatz von nicht medikamentösen Therapieverfahren
- Alternative, nicht medikamentöse Pflegemaßnahmen zur Schlafförderung, Schmerzbehandlung usw. einsetzen

Laxanzienabusus

Eine häufige oder nicht verordnete Anwendung von **Abführmitteln** *(Laxanzien)* kann neben direkten **Schädigungen des Darmsystems** (z. B. chronischem Durchfall) erhebliche **körperliche Risiken** entstehen lassen, nämlich starke **Wasser- und Elektrolytverluste,** die eine Exsikkose hervorrufen können. Quellmittel (z. B. Laktulose) können den Darm verkleistern. Vom Elektrolytverlust sind besonders Natrium-, Kalium- und Kalziumionen betroffen, was allgemein eine Muskelschwäche und Herzrhythmusstörungen zur Folge hat. Ein Mangel an Kalziumionen fördert die Ausprägung von Osteoporose. Der starke Verlust von Kaliumionen fördert dazu noch die Obstipation (Verstopfung). Das induziert den Einsatz von mehr Laxanzien, wodurch die Elektrolytverluste (vor allem auch Kaliumionen) weiter steigen und so ein sich immer weiter verschlimmernder gefährlicher Kreislauf entstehen kann.

Maßnahmen

Wichtig ist die einleitende Gesprächsführung zum Vertrauensaufbau, um offen über das Problem sprechen zu können und ein Verständnis zur **Umstellung der Lebens- und Ernährungsweise** zu erreichen. Das betrifft vor allem:

- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr (ca. 2 l/Tag)
- Schrittweise Umstellung auf ballaststoffreiche Kost
- Auf stopfende Nahrungsmittel wie Schwarztee, Bitterschokolade, Weißmehlprodukte verzichten
- Nach dem Aufstehen ein Glas warmes Wasser oder Gemüsesaft trinken (fördert die reaktive Darmentleerung)
- Ausreichend Bewegung, Spaziergänge, Gymnastik; Mobilisation bei Bettlägerigkeit
- Tiefe Bauchatmung (fördert die Massage der Bauchorgane)
- Bauchmassage: Im Uhrzeigersinn langsam mit der Hand in kleinen Kreisen entlang der Lage des Dickdarms streichen

8.3.2 Alkoholmissbrauch

Alkoholmissbrauch tritt in der Altersgruppe über 60 Jahre bei 10 bis 20 % auf, dabei ist der Anteil von Männern etwa doppelt so hoch wie der von Frauen.

Symptome

Leitsymptome zur Erkennung der Alkoholabhängigkeit sind:

- Starker Zwang oder hartnäckiger Wunsch nach Alkoholkonsum
- Verminderte oder fehlende Kontrolle über Beginn, Menge und Beenden des Alkoholkonsums
- Auftreten von Entzugserscheinungen (➢ 8.3.1)
- Vernachlässigen sozialer Kontakte sowie Neigungen und Interessen zugunsten des Alkoholkonsums
- Weiterführen des Alkoholkonsums trotz des Bewusstseins eingetretener körperlicher, psychischer oder sozialer Folgeschäden

Bei Alkoholikern treten typische **körperliche Symptome** auf, vor allem:

- Verminderter Allgemeinzustand
- Gewichtsverlust
- Muskelschwund
- Gerötete Gesichtshaut
- Teleangiektasien (➢ 8.1.7)
- Störungen des Magen-Darm-Trakts in Form von Erbrechen und Durchfällen

Psychische Symptome sind:

- Angststörungen
- Gereizte und depressive Stimmungslagen
- Innere Unruhe
- Geistige Defizite

Therapie

Als **Therapiemöglichkeiten** ergeben sich:

- Gesprächsführung zum Vertrauensaufbau, um offen über die Probleme sprechen zu können und eine Motivation zur Behandlung zu erzielen
- Vermittlung zu externen Kontakt- und Beratungsstellen
- Entgiftung über eine stationäre Behandlung: Entwöhnung in Form von Kurz- oder Langzeittherapien, meist als Rehabilitationsmaßnahme
- Einbinden in soziale Netze wie Wohngruppen, Selbsthilfegruppen oder Anonyme Alkoholiker

Probleme, Risiken und Entzugssymptome ➢ 8.3.1

8.4 Pflegeaspekte bei Polypharmazie

DEFINITION

Polypharmazie *(griech. poli = viel; pharmakon: Heilmittel, Gift):* Gleichzeitiger und regelmäßiger Gebrauch von vier oder mehr rezeptfreien, rezeptpflichtigen oder traditionellen Arzneimitteln [12].

Fast die Hälfte aller über 65-Jährigen nehmen fünf oder mehr Wirkstoffe ein. Da die Verordnung von Medikamenten ausschließlich Ärzten obliegt, werden hier nur die Rahmenbedingungen, Probleme und mögliche Lösungen dargestellt, ohne Handlungsanleitungen für Pflegende zu sein.

Probleme und Risiken

Das größte **Problem** bei einer häufig notwendigen **Polypharmazie** besteht in **Wechselwirkungen** zwischen den Medikamenten. Die Art der Wechselwirkungen kann vielfältig sein.

- **Erhöhung der Wirkung** eines Medikaments, weil ein anderes Medikament den Abbau deutlich verringert.
- **Synergistische** (sehr ähnliche) **Wirkungen,** die zu einer Wirkungsverstärkung führen. Dies kann allerdings auch gewünscht sein (z. B. bei Parkinson-Medikamenten). Wenn aber die unerwünschten Wirkungen (Nebenwirkungen) verstärkt werden, ist eine solche Kombination von Medikamenten sehr nachteilig.
- Wenn der **Abbau** eines Medikaments durch ein anderes **beschleunigt** wird und somit die Wirkung erniedrigt, wird die erwünschte Wirkstoffkonzentration nicht erreicht. Die Wirkung bleibt aus.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass mit der Anzahl der verordneten Medikamente die Anzahl möglicher Wechselwirkungen exponentiell ansteigt; bei fünf Medikamenten ergeben sich 3.186 Möglichkeiten. Daher ist bei multimorbiden Patienten jede neue Medikation kritisch zu überdenken, und es sollte eine möglichst geringe Anzahl an Medikamenten verordnet werden. Dazu kommt, dass mit steigender Anzahl der verordneten Medikamente die Einnahmefehler zunehmen. Sie treten besonders häufig bei alterstypischen Störungen wie Sehstörungen und kognitive Störungen (Demenz) auf. Eine adäquate medikamentöse Therapie dagegen kann Gesundheitszustand und Lebensqualität verbessern.

Folgen einer nicht angemessenen Medikamententherapie können sein:

- Schwere unerwünschte Nebenwirkungen
- Verschlechterung des Gesundheitszustands
- Krankenhauseinweisungen
- Tod

Bei jeder Veränderung der Medikation muss mit unerwünschten Reaktionen gerechnet werden, beispielsweise mit pharmakologisch begründeten Entzugssymptomen und/oder einer psychischen Verunsicherung des alten Menschen. Ein Absetzen von Arzneimitteln kann bei älteren Menschen oder ihren Angehörigen Befürchtungen auslösen, als hoffnungsloser Fall oder aus ökonomischen Gründen aufgegeben worden zu sein.

Verschreibungskaskade

Bei der Behandlung von Krankheiten, insbesondere bei multimorbiden älteren Menschen, kommt es durch die Nebenwirkungen von verabreichten Medikamenten zur Notwendigkeit, noch weitere Medikamente einzunehmen. Dieses Phänomen wird auch als Verschreibungskaskade bezeichnet. Besonders gefährlich wird es bei der Behandlung von mehreren Fachärzten, wenn diese jeweils vorrangig ihre eigenen Symptomkontrollen und die dafür benötigten Arzneimittel im Blick haben.

Ein weiterer Aspekt ist, dass sich **Nebenwirkungen** von Medikamenten leicht mit anderen altersbedingten Symptomen verwechseln lassen wie Verwirrung, Sturzneigung und Inkontinenz. Das kann dann dazu führen, dass der Arzt noch mehr Medikamente verschreibt (Verschreibungskaskade).

Prophylaxe

Prinzipiell ist eine **vertrauensvolle Kooperation** zwischen alten Menschen, Betreuungspersonal, Angehörigen und den behandelnden Ärzten unabdingbar, um mögliche Probleme durch Multimedikation zu vermeiden. Die Hausarztpraxis ist dabei die Schlüsselstelle für das **Medikationsmanagement.** Hausärztinnen verordnen die Mehrzahl der rezeptpflichtigen Arzneimittel und haben den engsten und kontinuierlichsten Kontakt zu den Betroffenen.

Allerdings erfolgt die Erstverordnung von Medikamenten oft ohne Rücksprache mit Hausärztinnen durch Fach- und Krankenhausärzte. Das Absetzen einer solchen Anordnung durch die Hausärztin kann zu einer Vertrauenskrise zwischen ihm und dem alten Menschen oder dessen Angehörigen führen. Außerdem bestehen rechtliche Unsicherheiten, die dem Absetzen einer Facharztverordnung im Wege stehen können.

Um die Sicherheit und Qualität der Arzneitherapie zu optimieren und zu gewährleisten, sollte der **gesamte Verordnungsprozess** betrachtet werden.

- **Bestandsaufnahme:** Patientenanamnese plus Medikamentenanamnese
- **Medikationsbewertung:** kritische Prüfung und Bewertung der Medikation
- **Abstimmung** mit dem alten Menschen über seine Bedürfnisse und Vorstellungen zur Arzneitherapie
- **Verordnungsvorschlag:** Therapiemodifikation, Auslassversuche
- **Kommunikation:** Information des Betroffenen, des Pflegepersonals und ggf. der Angehörigen
- **Arzneimittelabgabe:** Menschen mit Multimedikation sollten eine Stammapotheke haben, um Informationsverluste gering zu halten und eine Apotheke als Ansprechpartner zu haben
- **Arzneimittelanwendung:** Unterstützung einer sicheren Arzneimittelanwendung durch verschiedene Berufsgruppen und Einrichtungen (Arzt, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte, Apotheke) sowie schriftliche Informationen
- **Regelmäßige Kontrolle und Rückkopplung:** Klinische und/oder Laborkontrollen in regelmäßigen Abständen mit Prüfung der Behandlungsergebnisse und Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen

Wichtig ist eine konsequente **Therapietreue.** Eine regelmäßige Einnahme der verordneten Medikamente steht in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit regelmäßigen Arztbesuchen. Liegen diese in großen zeitlichen Abständen, wird die Einnahme unregelmäßig. Zudem wird die regelmäßige morgendliche Einnahme bessere eingehalten als die abendliche.

Fehler bei der Medikamenteneinnahme

- Auslassen (Vergessen) einzelner Arzneidosen, auch bei täglicher Einmalapplikation
- (Unterdosierung häufiger als Mehreinnahme)
- Abweichen von verordneten Einnahmezeiten und Dosierungsintervallen
- Einnahmepausen mit darauffolgender Einnahme der aufgesparten Medikamente *(Drug Holidays)*
- Eigenmächtiger Abbruch von Therapie und Einnahme der verordneten Medikamente

8.5 Pflegeaspekte bei Demenz

DEFINITION

Demenz *(lat. de = von; mens = Geist, Sinn):* Krankheitsbilder, die den teilweisen oder fast vollständigen Verlust einst besessener geistiger *(intellektueller)* Fähigkeiten zeigen.

Die **Dementia senilis,** abwertend auch als Altersschwachsinn oder Senilität bekannt, ist eine relativ verbreitete Erscheinung bei alten Menschen (ungefähr ab 70 Jahren), oft verbunden mit starkem körperlichem Verfall. Die Symptome ähneln der im Alter ebenfalls gehäuft auftretenden **Alzheimer-Krankheit.** Mit zunehmender Lebenserwartung der Bevölkerung in den Industrieländern hat dieses Phänomen in den letzten Jahren sehr an Bedeutung gewonnen.

Ursachen

Ursache sind gewöhnlich fortschreitende und nicht rückgängig zu machende *(irreparable)* organische Hirnschädigungen, die durch nervlich bedingte Abbauprozesse hervorgerufen werden.

Bei **primären Demenzen** ist die Demenzerkrankung die ursprüngliche Erkrankung, bei **sekundären Demenzen** liegen die Ursachen in einer anderen Erkrankung und sind bei entsprechender Behandlung mehr oder weniger umkehrbar *(reversibel).* Diese Demenzformen werden im Zusammenhang mit der ursprünglichen Erkrankung ärztlich behandelt.

Arten

Primäre Demenzen sind Erkrankungen, bei denen ein fortschreitender *(progredienter)* Verlust von Nervenzellen im Gehirn zu verzeichnen ist *(Neurodegeneration).* In diesem Zusammenhang werden im Wesentlichen drei Demenzformen unterschieden.

- **Gefäßbedingte** *(vaskuläre)* **Demenz:** Durch gefäßbedingte Schädigungen des Gehirns, z. B. Arteriosklerose oder Schlaganfall, kommt es zu einer Mangelversorgung der Nervenzellen des Gehirns mit Sauerstoff. Der Verlauf kann schubweise sein, dabei lösen sich Phasen mit plötzlichen Stimmungsschwankungen, einem deutlichen Nachlassen der Geistesfähigkeiten und Phasen, in denen die Betroffenen so klar denken können wie vor ihrer Erkrankung oder in frühen Krankheitsstadien, ab.
- **Frontotemporale Demenz:** Dabei gehen die Nervenzellen im Stirn- und Schläfenlappen des Gehirns zugrunde. Der Verlauf dieser Demenz setzt jedoch in einem deutlich jüngerem Lebensalter ein.
- **Morbus Alzheimer:** Chronische Demenzerkrankung, die durch degenerative Prozesse im Gehirn gekennzeichnet ist und zu einem fortschreitenden Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit und des Wesens sowie der Persönlichkeit führt. Nur selten wird diese Demenzform vererbt.

Morbus Alzheimer

Mindestens 50 % aller Dementen haben eine reine Alzheimer-Demenz, daher wird hier ausführlicher auf **Morbus Alzheimer** als demenzielle Erkrankung eingegangen.

Symptome

- **Rastlosigkeit:** Die lebenslange Gewohnheit, etwas tun zu müssen, ist erhalten geblieben. Die Zielgerichtetheit und Planmäßigkeit ist verloren gegangen, weil das Kurzzeitgedächtnis nicht mehr richtig funktioniert. Dadurch kommt es zu planlosem Umherlaufen und Beginnen von Tätigkeiten, die nicht konsequent und logisch zu Ende geführt werden.
- **Orientierungsstörungen:** Die Betroffenen vergessen durch Gedächtniseinbußen bisher bekannte Orientierungspunkte, verlieren die Orientierung sowie das Wissen, wie man sich in Raum und Zeit orientiert (Erkennen der Uhrzeit, Merken des Tags und des Datums, Verlust des Zeitgefühls), und erkennen vertraute Personen nicht mehr.
- **Ängste:** Die Erkrankten merken, dass sie sich selbst verändern und ihr Umfeld sich verändert. Sie können das weder einordnen noch verstehen, was bei ihnen Angst auslöst. Zudem spüren sie, dass sie in ungewohnten Situationen nicht schnell und folgerichtig denken und entscheiden können. Deshalb haben sie vor Neuem und Unbekanntem Angst. Da sie bekannte Orientierungspunkte verloren haben, haben sie Angst, sich zu verlaufen. Auch der Straßenverkehr löst Ängste aus, weil die Geschwindigkeit der Fahrzeuge und die zum Überqueren der Straße benötigte Zeit nicht mehr sicher eingeschätzt werden kann.
- **Schlaflosigkeit, Störung des Tag-Nacht-Rhythmus:** Viele ältere Menschen schlafen nachts nicht mehr so viel, sie wachen nach wenigen Stunden auf. Manchmal gibt es Kurzschlafphasen („Nickerchen") über den Tag verteilt. Das Empfinden für Tag und Nacht kann gestört sein (besonders im Winter, wenn es früh dunkel wird, oder in klaren Vollmondnächten). Medikamente und Genussmittel können den Tag-Nacht-Rhythmus beeinflussen: Tagsüber aufgrund von Medikamenten (z. B. gegen Aggressionen) müde, nachts ausgeschlafen. Aufputschende Genussmittel (starker Kaffee oder schwarzer Tee) vor dem Schlafengehen oder am Nachmittag sowie aufregende Filme oder Fernsehsendungen sorgen für nächtliche Schlaflosigkeit.
- **Misstrauen und Feindseligkeit:** Wenn an der Alzheimer-Demenz Erkrankte nicht mehr alles verstehen, z. B. wegen Altersschwerhörigkeit, aber merken, dass gesprochen wird, glauben sie mitunter, dass sich das Gespräch um sie dreht. Unter Umständen vergessen sie auch eben gesagte Dinge, verstehen nicht mehr den Zusammenhang und betrachten das als eine Bedrohung, gegen die sie sich wehren müssen.
- **Aggressionen:** Die Betroffenen spüren, dass sie nicht mehr alles selbstständig erledigen können und auf Hilfe angewiesen sind. Das Abhängigkeitsgefühl macht sie sich selbst gegenüber unzufrieden, erzeugt ein Schuldbewusstsein und äußert sich in aggressiven Reaktionen gegenüber wohlgemeinten Zuwendungen. Die Demenzentwicklung kann die Möglichkeiten der Selbstkon-

trolle einschränken und somit aggressives Verhalten begünstigen. Ängste oder Verbitterung (Frustrationen), die sich aus der Einschränkung durch geistige und körperliche Defizite ergeben, können sich in Aggressivität äußern (➢ 9.7).

- **Depressionen:** Durch zunehmende geistige Defizite verändert sich das Verhalten der Betroffenen. Sie bemerken dies sowie ihre zunehmenden Selbstpflegedefizite, was mitunter Ängste aufkommen lässt, zur Last für andere zu werden. Dies wiederum erzeugt depressive Stimmungen. Auch die Erinnerung an verstorbene Angehörige oder negativ belastete Erinnerungen können Traurigkeit erzeugen, die sich als depressive Verstimmung äußert (➢ 8.6).
- **Wahnvorstellungen und Halluzinationen:** Durch nachlassende Gedächtnisleistungen fehlt die Verbindung zum vorangegangenen Geschehen. Der Widerspruch, der sich daraus ergibt, wird durch Erfindungen (Wahnvorstellungen) scheinbar ausgeglichen. Die Betroffenen können sehr hartnäckig an dieser Wahnvorstellung festhalten und sind manchmal auch durch offensichtliche Beweisführungen schwer davon abzubringen. Durch strukturelle oder Stoffwechselveränderungen im Gehirn können Halluzinationen ausgelöst werden, sodass Dinge gesehen werden, die nicht existent sind (z. B. Tiere, Farben, Töne, Stimmen, Geräusche).

Therapie und Pflege ➢ Kap. 3, ➢ 7.1, ➢ 12.4, ➢ 12.5

8.6 Pflegeaspekte bei Depression

DEFINITION

Depression *(lat. deprimere = niederdrücken):* Gemütszustände *(affektive Störungen),* die sich durch Schwankungen der Stimmung und des Antriebs zeigen, was vor allem durch eine gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und einem verminderter Antrieb deutlich wird. Bestehen zwei oder mehr dieser Hauptsymptome über mindestens zwei Wochen hinweg, spricht man von einer Depression.

Symptome

Die **Symptome** der Depression können ganz **unterschiedlich ausgeprägt** sein. Manche Betroffene beschreiben ein „Gefühl der inneren Leere", andere haben so wenig inneren Antrieb, dass sie das Haus nicht mehr verlassen, und bei wieder anderen steht das Gefühl der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit im Vordergrund. Dazu kommen körperliche Symptome wie Schlafstörungen, Gewichtabnahme oder Appetitstörungen. Für Außenstehende, die noch nie depressiv waren, ist es manchmal schwer nachvollziehbar, wie sich eine depressive Person fühlt.

Im Alter kommen zu den oben geschilderten Merkmalen einige weitere hinzu, die **Grenzen zu körperlichen Beschwerden verwischen.** Ältere Betroffene klagen weniger häufig, sie äußern weniger Suizidgedanken oder eigene Emotionen als jüngere. Dafür sind bei ihnen häufiger Antriebsminderungen, Schlafstörungen, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen, allgemeine Müdigkeit und Erschöpfungssymptome zu bemerken.

Ursachen und Risikofaktoren

Meist wirken verschiedene biologische (pathophysiologische, erblich bedingte) und psychosoziale Faktoren zusammen, die eine Depression auslösen. Mögliche **Risikofaktoren** sind etwa:

- **Depressionen innerhalb der Familie:** Das Risiko für eine Depression ist deutlich erhöht, wenn nahe Verwandte bereits depressiv sind oder waren.
- **Belastende Lebensereignisse:** Wenn eine Person zu Depressionen neigt, können belastende Lebensereignisse oder Lebensumstände die Erkrankung auslösen. Mögliche Auslöser sind z.B. der Tod eines geliebten Menschen, Beziehungsprobleme, Zukunftsungewissheit oder -angst. Bei jüngeren Menschen kommen lang andauernde Überforderungen, Stress im Berufsleben, Arbeitslosigkeit oder Missbrauch hinzu.
- **Lichtmangel:** Einige Personen reagieren im Herbst und Winter mit Depressionen, wenn sie zu wenig Licht ausgesetzt sind.
- **Frühere Depressionen:** Wer bereits eine oder mehrere depressive Phasen erlebt hat, hat ein höheres Risiko, erneut zu erkranken. Das Gleiche gilt für frühere Suizidversuche.
- **Belastende körperliche oder psychische Erkrankungen** wie Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall oder auch hormonelle Krankheiten wie eine Schilddrüsenunterfunktion.
- **Alkohol-, Drogen- oder Tablettenmissbrauch** (➢ 8.3) können das Risiko ebenfalls erhöhen.
- **Mangelnde soziale Unterstützung:** Menschen, die kein soziales Netz haben, das sie bei Problemen auffängt, werden eher depressiv als andere.
- **Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale**, z. B. mangelndes Selbstvertrauen.

Eine depressive Stimmung kann auch ein Symptom einer anderen psychischen oder körperlichen Erkrankung sein *(sekundäre Depression),* z. B. von Epilepsie oder einer Schilddrüsenerkrankung, oder durch Medikamente (etwa in der Krebstherapie).

Symptome

Zu den **Hauptsymptomen** können weitere Anzeichen einer Depression hinzukommen, z.B.:

- Konzentrationsstörungen
- Appetitlosigkeit → großer Gewichtsverlust
- Schlafstörungen, häufig in Form von Schlaflosigkeit
- Suizidgedanken und/oder -versuche
- Schuldgefühle
- Mangelndes Selbstwertgefühl, sinkendes Selbstvertrauen
- Pessimismus („Schwarzsehen")

Bei ausgeprägten Depressionen tritt eine lähmende **Gefühlslosigkeit** auf. Die Stimmungslage ist dann weitgehend unabhängig von äußeren Einflüssen, d.h., auch Erfolge oder angenehme Aktivitäten können die Symptome nicht bessern. Die Betroffenen wirken oft **teilnahmslos.** Manche Menschen mit einer Depression fühlen sich zudem in ihrem körperlichen Ausdruck (Bewegungen, Mimik) gehemmt. Andere kommen nur schwer zur Ruhe und müssen sich ständig bewegen. Auch starke Ängste und Reizbarkeit sind mögliche Symptome.

Viele Betroffene machen sich **Selbstvorwürfe** und fühlen sich **minderwertig.** Meist blicken sie der Zukunft pessimistisch entgegen. Wer depressiv ist, zieht sich oft aus seinem sozialen Umfeld zurück. In seltenen schweren Fällen können bei einer Depression auch Wahnvorstellungen auftreten. Mögliche Anzeichen sind dann z.B. das vermeintliche Hören von Stimmen, die sie beschimpfen. Nicht zuletzt können diverse körperliche Symptome, für die keine körperlichen Ursachen zu finden sind, Anzeichen einer Depression sein. Dazu zählen etwa:

- Schlafstörungen
- Appetitlosigkeit
- Schwindelgefühle
- Gewichtsverlust
- Kopfschmerzen
- Kreislaufprobleme
- Herzrhythmusstörungen, Herzrasen
- Kloßgefühl im Hals, Atemnot
- Antriebslosigkeit („Morgentief")

Therapie

Zur Behandlung einer Depression haben sich vor allem zwei **Therapieansätze** bewährt: die **Psychotherapie** und die **medikamentöse Therapie**. Häufig werden beide Ansätze kombiniert, um eine Depression leichter zu überwinden.

Psychotherapie

Die **psychotherapeutische Behandlung** hat zum Ziel, depressive Verhaltensweisen und Denkstrukturen abzubauen und durch positive zu ersetzen. Dies geschieht z.B. durch:

- Erarbeiten einer aktiveren Tagesstruktur:
  - Bewusst angenehme Tätigkeiten in den Tagesplan einbauen
  - Ein regelmäßiger und aktiver Tagesablauf
- Kommunikationsübungen und Rollenspiele, in denen der positive Umgang mit anderen Menschen geübt wird (soziales Kompetenztraining)
- Negative Denkmuster mit der Wirklichkeit vergleichen, überprüfen, wie sich diese Einstellungen auf das eigene Befinden auswirken, gemeinsam realistische Denkweisen entwickeln, die den depressiven Denkstrukturen entgegenwirken

Medikamentöse Therapie

Johanniskraut wirkt bei leichten Depressionen. Es kann aber zu Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten kommen und darf erst nach Beratung mit dem Arzt angewendet werden.

Antidepressiva kommen nach ärztlicher Verordnung zum Einsatz. Sie wirken jedoch nicht direkt nach der ersten Einnahme, vielmehr dauert es meist bis zu zwei Wochen, bis eine erkennbare Wirkung eintritt. Antidepressiva beeinflussen auf verschiedene Weise das Gleichgewicht der Signalstoffe im Gehirn. Dadurch wird die Stimmung aufgehellt und Ängste gelindert. Mögliche **Nebenwirkungen** der Therapie sind Herz-Kreislauf-Beschwerden, Kopfschmerzen, Übelkeit und Verdauungsprobleme.

Pflege

Für die **Pflege** und Betreuung depressiver Personen gelten folgende Maßnahmen:

- Konstante Bezugspersonen, Bezugspflege, Aufbauen von Vertrauensbeziehungen
- In der Pflegeplanung Ziele und Aufgaben in Form eines Stufenplans festhalten (in kleinen Schritten selbstständige Übernahme von ABEDL®, Abstimmung mit Alltagsgestaltern und anderen Betreuungskräften)
- Zuversicht vermitteln, Fortschritte loben und verstärken, depressives Verhalten ignorieren
- Ermuntern, Gefühle ansprechen und zulassen (Ärger, Wut, Trauer, Schmerz), geäußerte Suizidgedanken thematisieren und Ursachen herausfinden
- Für eine Integration von tagesstrukturierenden Gruppen sorgen
- Haustiere als Kommunikationspartner zulassen
- Zu Bewegung und regelmäßigen Spaziergängen an frischer Luft anregen und ermutigen
- Bei aller Zuwendung auf die notwendige Distanz achten, um nicht in den Sog der depressiven Stimmung zu geraten
- Angriffe, Kränkungen, Schuldzuweisungen dem Krankheitsbild zuordnen, professionell reagieren, nicht persönlich nehmen und darüber auch die Angehörigen aufklären
- Selbstschutz: Auf eigene Gefühle der Wut, Kränkung, Rückzugsabsichten achten
- Dokumentation von Veränderungen und Symptomen, Medikamentenwirkung und Krankheitsverlauf

Aufgaben zur Pflegesituation

Das Interview mit Herrn Peters birgt einige Überraschungen. So kann er gar nicht recht sagen, welche seiner Erkrankungen die stärksten Auswirkungen hat. Alle Krankheiten spielen in seinem Alltag eine Rolle, und ihm ist bewusst, dass sich diese Erkrankungen nicht aufhalten lassen. Bei der Herzinsuffizienz empfindet er die mangelnde Belastbarkeit bei normalen Tätigkeiten im Alltag, die Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr und die salzarmen Speisen als störend. Früher hat er sehr gerne ein heißes Vollbad genommen, was er nun nicht mehr machen darf.

- Welchem Stadium der NYHA entspricht die Beschreibung von Herrn Peters' Symptomen der Herzinsuffizienz?
- Wie kann Diabetes mellitus mit der Entstehung von Herzinsuffizienz zusammenhängen?
- Welche weiteren Symptome sind zu erwarten, wenn Herr Peters eine Rechtsherzinsuffizienz aufweist?
- Inwieweit spielt bei alterstypischen Erkrankungen das Phänomen Multimorbidität eine Rolle?
- Welche Regeln gelten im Zusammenhang mit Digitalispräparaten?

PFLEGEN Fokus Alter Mensch

PFLEGEN Fokus Alter Mensch richtet sich an alle Auszubildenden, die ihren Vertiefungseinsatz in der Altenpflege planen beziehungsweise in der generalistischen Ausbildung als Ziel den Arbeitsschwerpunkt in der Altenpflege sehen, also vor allem an diejenigen, die ihre Ausbildung in einer Altenpflegeeinrichtung beginnen. Das Buch kann ergänzend zu den generalistischen PFLEGEN-Bänden vom ersten Tag der Ausbildung an genutzt, aber auch mit jedem anderen Lehrbuch kombiniert werden.

Die generalistische Pflegeausbildung hat die Pflege aller Altersstufen zum Ziel und muss sich dabei an den Besonderheiten und Eigenarten orientieren, die die Bedürfnisse von Menschen verschiedenen Alters prägen.

Die Pflege alter Menschen jedoch braucht spezielles Wissen und eigene Kenntnisse von pflegerischen Interventionen, die besonders vertieft und ergänzt werden sollten. Dies ist für die Auszubildenden besonders relevant, die ihre Ausbildung in einer Altenpflegeinrichtung beginnen und beenden und dort jeden Tag alte Menschen pflegen.

Der Band Pflegen Fokus Alter Mensch vertieft pflegerisches Wissen für Pflegende in Altenpflegeeinrichtungen und stellt dabei die (Handlungs-)Kompetenzentwicklung im Sinne der Pflegeberufegesetze in den Mittelpunkt.

Das Buch überzeugt durch:

- Infokästen und Grafiken machen deutlich, was von Bedeutung ist. Definitionen und Notfälle sind extra gekennzeichnet.
- Schritt-für-Schritt-Fotografien und Abbildungen unterstützen bei der praktischen Umsetzung. Komplexe Informationen sind lernfreundlich in Tabellen aufbereitet.
- Pflegesituationen am Kapitelanfang veranschaulichen Lerninhalte und stellen den Bezug zur Praxis her. Am Ende des Kapitels werden die Pflegesituationen noch einmal aufgenommen und es werden Transferaufgaben dazu gestellt - ganz im Sinne von Reflexion und Transfer

PFLEGEN Fokus Alter Mensch
Böhmer-Breuer, R., Ilshofen / Herrmann, E., Görlitz (Hrsg.)
2021. 504 S., 257 farb. Abb., Klappenbroschur
ISBN 978-3-437-28521-9
€ [D] 40,– / € [A] 41,20

ELSEVIER elsevier.de
Empowering Knowledge