

1 Begriffsdefinition

Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie bezieht sich auf Menschen mit

Begriffsdefinition

- Unterstützungs- und Pflegebedarf sowie
- (Früh-)Rehabilitationsbedarf

und geht über die Grundpflege hinaus und ist mit der Behandlungspflege nicht zu vergleichen.

Unter Beachtung der vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie aktueller gesundheitlicher Einschränkungen stehen insbesondere das (Wieder-)Erlangen und Erhalten von Alltagskompetenz im Mittelpunkt.

Ziel ist,

Ziel

- die individuell optimal erreichbare Mobilität des Menschen,
- die Selbständigkeit und
- Teilhabe in der Form, wie diese vor der aktuellen Verschlechterung bestanden haben, wieder zu erreichen.

Dies beinhaltet, den alten, multimorbiden Patienten mit multiplen Funktionseinschränkungen trotz und mit seiner aktuellen oder chronifizierten Einschränkung die Möglichkeiten seines Handelns selbst erfahren zu lassen und dahingehend zu motivieren, mit pflegerischer Unterstützung Aktivitäten wieder zu erlernen und einzuüben.

Aktivierend-therapeutische Pflege greift auch die Arbeit der Therapeuten auf, setzt diese im interdisziplinären Behandlungskonzept fort und gibt Impulse zur Zieldefinition des Behandlungsteams.

Die Zielformulierung und Bestimmung der erforderlichen Interventionen im Rahmen der Aktivierend-therapeutischen Pflege werden

- gemeinsam mit dem Betroffenen,
- im interdisziplinären geriatrischen Team und
- ggf. mit den Angehörigen

erarbeitet, umgesetzt und evaluiert.

Die Aktivierend-therapeutische Pflege wird somit und demnach geprägt von einem Beziehungsprozess mit

- zielgerichteten Maßnahmen und
- aktivierend-trainierenden Aktivitäten

mit dem Betroffenen.



Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie sowie der Bundesverband Geriatrie haben den geriatrischen Patienten definiert durch (► Abb. 1):

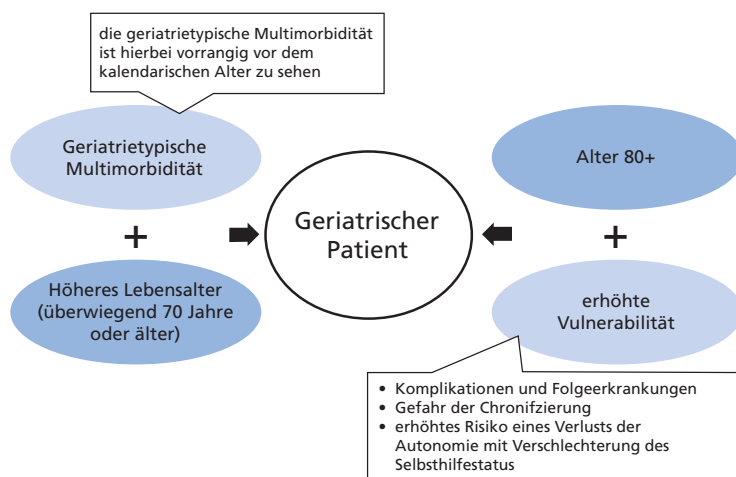
- geriatrietypische Multimorbidität und
- höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter);

Die geriatrietypische Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen.

Oder durch das Alter 80+ aufgrund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z. B. wegen

- des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen,
- der Gefahr der Chronifizierung sowie
- des erhöhten Risikos eines Verlusts der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

Abb. 1:
Definition des geriatrischen Patienten



Mit Blick auf diese Definition ergeben sich Besonderheiten hinsichtlich der Bedarfe, Risiken und Verbindlichkeiten bei der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie, bspw. die Beachtung eines erhöhten Sturz- und Dekubitusrisikos, die in der individuellen Pflege der Betroffenen ihren Niederschlag finden.

2 Beschreibungen

Die Begriffsbestimmung bildet die Grundlage für eine Beschreibung der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie. Den in Kapitel 1 dargestellten Zielen folgend, beschäftigte sich die Arbeitsgruppe zur Beschreibung der ATP-G mit Pflegetheorien und -modellen sowie verschiedenen Leistungserfassungs- und Klassifikationssystemen.

Die in den einzelnen Pflegemodellen bzw. -theorien aufgeführten Bereiche wurden durch die Arbeitsgruppe analysiert. Hierbei wurde ausgehend vom Pflegemodell nach Krohwinkel ein Vergleich der aufgeführten Teilbereiche dahingehend vorgenommen, ob sich diese in den ausgewählten Pflegemodellen/-theorien wiederfinden (► Tab. 1).

Ebenso wurde die Pflegepersonalregelung (PPR), die in vielen Krankenhäusern sowie in Rehabilitationseinrichtungen weiterhin angewendet wird, dahingehend analysiert, ob die Leistungen der ATP-G mittels dieses Leistungserfassungsinstruments vollumfänglich abgebildet werden kann. Es zeigte sich, dass die in der PPR verwendeten drei Einstufungsmöglichkeiten für die Allgemeine Pflege für eine Beschreibung der geriatricspezifischen Pflegetätigkeiten nicht differenziert genug sind.

Des Weiteren wurden der »Katalog der therapeutischen Leistungen«, maßgeblich für die Rehabilitationskliniken, Functional Independence Measure (FIM; Funktionaler Selbständigkeitsindex) und International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF; Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit) einer Analyse unterzogen. Die darin enthaltenen Bereiche (► Tab. 2) wurden einander zugeordnet, gegenübergestellt und geprüft, ob sowohl in Akut- als auch in Rehabilitationseinrichtungen damit gearbeitet werden kann.

Tab. 1:
Pflegetheorien (Übersicht)
(Uta Stenger)

Nr.	M. Krohwinkel AEDL = Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens	N. Roper LA = Lebensaktivitäten	J. Juchli ATL = Aktivitäten des tgl. Lebens	D. Orem USPE = Universelle Selbstpflegerfordernisse
1.	Kommunizieren	Für eine sichere Umgebung sorgen	Wach sein und schlafen	Gleichgewicht zwischen Einsamkeit und sozialer Interaktion
2.	Sich bewegen	Kommunizieren	Sich bewegen	Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitszufuhr
3.	Vitale Funktionen	Atmen	Sich waschen und kleiden	Ausscheidung
4.	Sich pflegen	Essen und trinken	Essen und trinken	Atmung
5.	Essen und trinken	Ausscheiden	Ausscheiden	Gleichgewicht von Ruhe und Aktivität
6.	Ausscheiden	Sich sauber halten/kleiden	Körpertemperatur regulieren	Vorbeugen von Gefahren Aktivitäten und Entwicklung innerhalb der sozialen Gruppen
7.	Sich kleiden	Körpertemperatur regeln	Atmen	Bedürfnis nach Normalität
8.	Ruhen und schlafen	Sich bewegen	Für Sicherheit sorgen	
9.	Sich beschäftigen	Arbeiten und spielen	Raum/Zeit gestalten, arbeiten und spielen	
10.	Sich als Mann/Frau fühlen	Sich als Mann/Frau fühlen/verhalten	Kommunizieren	
11.	Für eine sichere Umgebung sorgen	Schlafen	Kind, Frau, Mann sein	
12.	Soziale Bereiche des Lebens sichern	Sterben	Sich finden im Werden, Sein und Vergehen	

Kategorien nach M. Krohwinkel	N. Roper zugeordnet	J. Juchli zugeordnet
1. Kommunizieren	2. Kommunizieren	10. Kommunizieren
2. Sich bewegen	8. Sich bewegen	2. Sich bewegen
3. Vitale Funktionen	3./7. Atmen/Körpertemperatur regeln	6./7. Körpertemperatur regulieren/atmen
4. Sich pflegen	6. Sich sauber halten und kleiden	3. Sich waschen und kleiden
5. Essen und trinken	4. Essen und trinken	4. Essen und trinken
6. Ausscheiden	5. Ausscheiden	5. Ausscheiden
7. Sich kleiden	6. Sich sauber halten und kleiden	3. Sich waschen und kleiden
8. Ruhen und schlafen	11. Schlafen	1. Wach sein und schlafen
9. Sich beschäftigen	9. Arbeiten und spielen	9. Raum und Zeit gestalten, arbeiten und spielen
10. Sich als Mann und Frau fühlen	10. Sich als Mann und Frau fühlen und verhalten	11. Kind, Frau, Mann sein
11. Für einen sicheren Umgang sorgen	1. Für eine sichere Umgebung sorgen	8. Für Sicherheit sorgen
12. Soziale Bereiche des Lebens sichern		
13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen	12. Sterben	12. Sinn finden im Werden, Sein und vergehen

Tab. 2:
Zuordnung der Pflegemodelle/-theorien (Beispiel) (Uta Stenger)

Tab. 3: Zuordnung von Leistungserfassungs-/Klassifikationssystemen

System	Grad der Selbständigkeit		Grad der Selbständigkeit	
PPR	selbständig nimmt nur minimale Pflege und Serviceleistungen in Anspruch	weitgehend selbständig benötigt Pflegeleistungen im Sinne von Hilfe oder Unterstützung	unselbständig vollständig auf Pflege durch andere angewiesen oder es erfordert zeitaufwendige Unterstützung	
KTL	gering	mittel	Hoch	
ICF-Co- dierung	selbständig	Beaufsichtigung	Anleitung	Unterstützung
				teilweise Übernahme
				vollständige Übernahme
FIM	völlige Selbständigkeit ohne Hilfsperson <ul style="list-style-type: none"> für die Aktivität wir keine andere Person benötigt alle als Element der Fähigkeit beschriebenen Aufgaben werden in typischer Weise, sicher, ohne Einschränkungen, Hilfsvorrichtung oder Hilfen und in angemessener Zeit ausgeführt 	eingeschränkte Selbständigkeit <ul style="list-style-type: none"> die Ausführung der Tätigkeit erfordert ein Hilfsmittel bzw. -gerät oder der für die Aktivität erforderliche Zeitaufwand ist überdurchschnittlich hoch, d. h. der Patient benötigt erheblich mehr Zeit als ein gesunder Mensch gleichen Alters oder 	Beaufsichtigung mit Hilfsperson <ul style="list-style-type: none"> der Patient benötigt eine Hilfsperson entweder zur Beaufsichtigung, zur Anleitung, zur Vorbereitung oder zur körperlichen Hilfestellung, da sonst die Aktivität nicht ausgeführt werden kann die Hilfsperson legt erforderliche Dinge bereit bzw. entsorgt sie 	Kontakthilfe geringe Hilfe <ul style="list-style-type: none"> geringe Hilfestellung mit Körperberührung die von dem Patienten benötigte Hilfe beschränkt sich auf Berührung der Patient führt die Aktivität zu mehr als 75 % selbst aus
			Beaufsichtigung mit Hilfsperson <ul style="list-style-type: none"> der Patient benötigt eine Hilfsperson entweder zur Beaufsichtigung, zur Anleitung, zur Vorbereitung oder zur körperlichen Hilfestellung, da sonst die Aktivität nicht ausgeführt werden kann die Hilfsperson legt erforderliche Dinge bereit bzw. entsorgt sie 	mäßige Hilfe <ul style="list-style-type: none"> die von dem Patienten benötigte Hilfe geht über Berührung hinaus der Patient führt die Aktivität jedoch zu mehr als 50 % selbst aus
			ausgeprägte Hilfestellung <ul style="list-style-type: none"> der Patient führt die Aktivität bei ausgeprägter Hilfestellung noch zu mehr als 25 % jedoch zu weniger als 50 % aus 	vollständige Unselbständigkeit <ul style="list-style-type: none"> der Patient ist an der Ausführung der Aktivität zu weniger als 25 % beteiligt es sind zwei Hilfspersonen erforderlich die Tätigkeit kann nicht eingeschätzt werden (z. B. Sicherheitsbedenken), wird nicht durchgeführt

Tab. 3: Zuordnung von Leistungserfassungs-/Klassifikationssystemen – Fortsetzung

System	Grad der Selbständigkeit
	<ul style="list-style-type: none"> • geringfügige Bedenken hinsichtlich der Sicherheit bzw. des Risikos bestehen, die der Patient von sich aus beachten kann • das Anlegen von Orthesen/Prothesen durch die Betreuungsperson wird ebenfalls in diese Stufe aufgenommen • die Sicherheitsbedenken erfordern eine ständige Beaufsichtigung der Ausführung der beschriebenen Aktivitäten

Bedarfsgruppen, Handlungs- und Pflegeschwerpunkte

Bedarfsgruppen Die geriatrischen Patienten werden vier Bedarfsgruppen zugeordnet, je nach Umfang der vorhandenen Ressourcen, Fähigkeiten und Fertigkeiten und einem sich daraus ergebenden Bedarf an zu leistenden aktivierend-therapeutischen Pflegemaßnahmen. Der aktivierend-therapeutische Pflegebedarf richtet sich dabei nach den durch die bestehenden Erkrankungen hervorgerufenen sensomotorischen, funktionellen, kognitiven und/oder psychischen Einschränkungen.

Handlungs- und Pflegeschwerpunkte Für die bekannten Begriffe der Pflegemodelle (z. B. Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens (AEDL)) wird in der Beschreibung die Bezeichnung »Handlungs- und Pflegeschwerpunkte« verwendet. Für die abzubildende Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie, als Rückgrat des Gesamtkonzepts der Pflege in der Geriatrie, bilden die Handlungs- und Pflegeschwerpunkte der Beziehungsarbeit, der Bewegung und der Selbstversorgung die Kernbereiche.



Ein wesentlicher Bestandteil für die Handlungsabläufe ist die Motivationsförderung. Diese geht jeder Maßnahme voraus. Jede Durchführung ist immer ein fließendes Zusammenspiel von vorhandenen Ressourcen des Patienten und der darauf angepassten und abgestimmten Unterstützung durch die Pflegenden. (So viel Hilfe wie nötig, so wenig wie möglich.)

In den weiteren Auflistungen der Handlungs- und Pflegeschwerpunkte sind die Besonderheiten der Selbstversorgung und der Bewegung beschrieben. Sie sind immer im Kontext der Bedarfe des einzelnen Patienten (vgl. Bedarfsgruppen) zu sehen. Es ist empfehlenswert, dass Kliniken für den Fachbereich der Geriatrie anhand dieser Übersichten ihr eigenes, an hausinterne Dokumentationsvorgaben angepasstes Pflegekonzept der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie erstellen und die in ihrem Haus angewendete Leistungserfassung umsetzen.

2.1 Bedarfsgruppen

Pflege- und Unterstützungsbedarf Der Pflege- und Unterstützungsbedarf eines geriatrischen Patienten ist abhängig von den durch die bestehenden Erkrankungen hervorgerufenen sensomotorischen (z. B. Paresen), funktionellen (z. B. nach Schenkelhalsfraktur), kognitiven (z. B. Demenz, Delir) und/oder psychischen (z. B. Depression) Einschränkungen, sodass eine Einteilung der geriatrischen Patienten in vier Bedarfsgruppen, je nach Ausmaß der notwendigen zu leistenden Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie, erfolgt (► Tab. 4).

Tab. 4: Bedarfsgruppen

Merkmale	Bedarfsgruppe 1	Bedarfsgruppe 2	Bedarfsgruppe 3	Bedarfsgruppe 4
Ressourcen: sensomotorisch/funktionell, kognitiv, psychisch	Patient kann Ressourcen automatisiert nutzen. Ressourcen werden genutzt und gefestigt.	Patient kann mit Einschränkungen Ressourcen automatisiert nutzen. Ressourcen werden aktiviert, genutzt und gefestigt.	Patient kann sich in geringem Umfang mit Ressourcen automatisiert beteiligen. Ressourcen werden aktiviert, genutzt und gefestigt.	Patient kann seine Ressourcen nicht selbständig abrufen, Ressourcen werden angebahnt. Angebahnte Ressourcen werden aktiviert, genutzt und gefestigt.
Ausmaß der Einschränkungen und Defizite	Leicht	Mäßig	Schwer	Schwerst
Unterstützungsbedarf/Förderumfang	Geringfügige Hilfestellung bei Einzeltätigkeiten	Teilweise Hilfestellung bei Einzeltätigkeiten	Umfangreiche Hilfestellung bei komplexen Tätigkeiten	Überwiegende Hilfestellung bei komplexen Tätigkeiten
Schwerpunkte der Aktivierend-therapeutischen Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • Training • Vor- und Nachbereitung 	<ul style="list-style-type: none"> • Anleitung • Fazilitation • Führung • Hilfestellung im Umgang mit Hilfsmitteln 	<ul style="list-style-type: none"> • Anleitung • Fazilitation • Führung • Hilfestellung beim Einsatz von Hilfsmitteln 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazilitation • Führung ist bei Einzeltätigkeit möglich • Einsatz von Hilfsmitteln zur Aktivierung von Ressourcen
Besonderheiten/Merkmale der einzelnen Bedarfsgruppen	Geringfügige Bedenken hinsichtlich der Sicherheit bzw. Risiken bestehen, die der Patient von sich aus beachten kann.	Sicherheitsbedenken erfordern eine zeitweise Aufsichtung bei der Ausführung der Aktivitäten.	Sicherheitsbedenken erfordern eine ständige Aufsichtung bei der Ausführung der Aktivitäten.	Sicherheitsbedenken erfordern eine überwiegende Aufsichtung bei der Ausführung der geringfügigen Aktivitäten.
Zusätzliche Aspekte	Patient benötigt erheblich mehr Zeit, als ein gesunder Mensch gleichen Alters.			Einzelne Tätigkeiten können nur mit Unterstützung durch zwei Pflegenden ausgeführt werden.

2.2 Drei Handlungs- und Pflegeschwerpunkte



Drei Handlungs- und Pflegeschwerpunkte

1. Aspekte der Beziehungsarbeit
2. Bewegung
3. Selbstversorgung

(► Tab. 5)

Der Unterstützungsumfang in den Maßnahmen der drei Handlungs- und Pflegeschwerpunkte ist immer im Kontext der Bedarfe (► Kap. 2.1 Bedarfsgruppen) des einzelnen Patienten zu sehen.

Im Rahmen *aller* aktivierend-therapeutischen Pflegemaßnahmen bilden die Beachtung sowie die Umsetzung der Aspekte der Beziehungsarbeit und die Realisierung von strukturierten Bewegungsabläufen wesentliche Voraussetzungen für das Erreichen des individuell vereinbarten Ziels. Für die Festigung und somit das Anhalten des Therapieerfolgs ist die Beratung/Anleitung des Patienten sowie seiner Angehörigen bzw. Bezugspersonen unerlässliche Voraussetzung.

Alle Maßnahmen sind strukturiert vorzunehmen:

- Motivation
- Bedarfsanalyse und Absprache des Ablaufs
- Vorbereitung
- Durchführung
- Nachbereitung



Dabei sind grundsätzlich die individuellen Bedürfnisse, Ressourcen, Bewegungsmuster und Einschränkungen, die sich auf die Aktivität und Partizipation auswirken können, zu berücksichtigen. Die Unterstützung muss immer interaktiv sein und ist gemeinsam mit dem Patienten in einer dialogischen Vorgehensweise zu entwickeln.