

Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften – Evangelische Fachhochschule
Nürnberg

Gesundheits- und Pflegepädagogik

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts B.A.

„Die Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie in Abgrenzung zur rehabilitativen Pflege -
eine systematische Übersichtsarbeit“

Katharina Schmidt

Gutachterin/Gutachter: Frau Prof. Dr. phil. Marion Schüßler

Abgabetermin: 25. Januar 2019

Abstract

Aufgrund der demographischen Entwicklung und der damit einhergehenden zunehmenden Anzahl pflegebedürftiger Personen, steigt die Relevanz pflegerischer Konzepte, daher beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie (ATP-G) und mit dem Gedanken, ob sich diese von der rehabilitativen Pflege abgrenzen lässt. Dementsprechend wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL und CareLit durchgeführt. Anhand der Ergebnisse wurden zunächst die Begriffsbestimmungen innerhalb der Thematik aufgeführt. Im Anschluss daran wurden zwei theoretische Grundlagen der Aktivierend-therapeutischen Pflege, das Bobath-Konzept und die Fördernde Prozesspflege nach Monika Krohwinkel, ausführlich beschrieben. Anschließend wurde die ATP-G detailliert behandelt. Ein Kernpunkt der Aktivierend-therapeutischen Pflege ist die aktive Bewegung des Patienten, über welche dieser langfristig, nach akuten Krankheitsereignissen wieder mehr Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe erlangen soll. Im letzten Teil der Arbeit erfolgte schließlich der Abgrenzungsversuch der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie von der rehabilitativen Pflege. Eine klare Abgrenzung ist nach Ansicht der Autorin dieser Arbeit nicht möglich, da die Aktivierend-therapeutische Pflege immanenter Bestandteil der rehabilitativen Pflege ist. Die wenigen Ergebnisse der Literatursuche lassen vermuten, dass es weiterer Forschung bezüglich der Aktivierend-therapeutischen Pflege und deren Umsetzung in den Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen bedarf.

Inhaltsverzeichnis

I. Abbildungsverzeichnis	1
II. Abkürzungsverzeichnis	2
1. Einleitung	4
2. Ziel, Forschungsfrage und Struktur dieser Arbeit	6
3. Methodisches Vorgehen	7
4. Begriffsbestimmungen	8
5. Das Bobath-Konzept als eine theoretische Grundlage der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie	16
5.1 Die Grundlagen des Bobath-Konzeptes	16
5.2 Die praktische Umsetzung des Bobath-Konzeptes in der Pflege	18
6. Die fördernde Prozesspflege von Monika Krohwinkel – ein weiterer Bezugsrahmen der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie	20
7. Die Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie	28
7.1 Die Bedarfsgruppen in der Aktivierend-therapeutischen Pflege	28
7.2 Die drei Handlungs- und Pflegeschwerpunkte der Aktivierend-therapeutischen Pflege	29
8. Der Versuch der Abgrenzung der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie zur rehabilitativen Pflege	44
9. Schlussbetrachtung	45
III. Literaturverzeichnis	48
IV. Anhang	51

I. Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Literatursuche innerhalb der Datenbank CINAHL8
- Abb. 2: Literatursuche innerhalb der Datenbank CareLit8
- Abb. 3: Geriatrischer Patient und adaptiertes Behandlungskonzept (Bundesverband Geriatrie e.V., 2010, S. 14)10
- Abb. 4: Prinzipien im Bobath-Konzept (Quelle: Modifiziert übernommen aus: Viebrock; Forst, 2008, S. 27, 56 -59)17
- Abb. 5: Die Ziele des Bobath-Konzeptes (Quelle: Modifiziert übernommen aus: Urbas, 2016, S. 13)18
- Abb. 6: Theoretische Bausteine des konzeptuellen Systems der fördernden Prozesspflege (Krohwinkel, 2013, S. 36)22
- Abb. 7: Grundlegende Erkenntnisse zu den Aktivitäten des Lebens (Quelle: Modifiziert übernommen aus Krohwinkel, 2013, S. 88)24
- Abb. 8: Grundlegende Erkenntnisse zu sozialen Beziehungen (Quelle: Modifiziert übernommen aus Krohwinkel, 2013, S. 206)25
- Abb. 9: Grundlegende Erkenntnisse zu existenziellen Erfahrungen (Quelle: Modifiziert übernommen aus Krohwinkel, 2013, S. 217)26
- Abb. 10: Grundlegende Erkenntnisse zu sozialen Bereichen (Quelle: Modifiziert übernommen aus Krohwinkel, 2013, S. 228)27
- Abb. 11: Fünf Schritte der Planung und Durchführung der Aktivierend-therapeutischen Pflege (Quelle: Modifiziert übernommen aus Bartels et al., 2016, S. 25)30
- Abb. 12: Planung und Durchführung der Bewegungsabläufe (Quelle: Modifiziert übernommen aus: Bartels et al., 2016, S. 35)34
- Abb. 13: Planung und Durchführung der Körperpflege und des Kleidens (Quelle: Modifiziert übernommen aus: Bartels et al., 2016, S. 43 - 44)38
- Abb. 14: Planung und Durchführung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ohne Kau- oder Schluckstörung (Quelle: Modifiziert übernommen aus: Bartels et al., 2016, S. 46)40
- Abb. 15: Planung und Durchführung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme mit Kau- oder Schluckstörung (Quelle: Modifiziert übernommen aus: Bartels et al., 2016, S. 47)41
- Abb. 16: Planung und Durchführung der Ausscheidungen (Quelle: Modifiziert übernommen aus: Bartels et al., 2016, S. 50)42

II. Abkürzungsverzeichnis

ABEDLs = Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrung des Lebens

Abb. = Abbildung

Abs. = Absatz

ATP = Aktivierend-therapeutische Pflege

ATP-G = Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie

bspw. = beispielsweise

bzw. = beziehungsweise

DGATP = Deutschen Fachgesellschaft Aktivierend-therapeutische Pflege e.V.

d.h. = das heißt

etc. = et cetera

e.V. = eingetragener Verein

ggf. = gegebenenfalls

ICN = International Council of Nurses

inkl. = inklusive

lt. = laut

o. J. = ohne Jahresangabe

OPS = Operationen- und Prozedurenschlüssel

o. S. = ohne Seitenangabe

Pat. = Patient

S. = Seite

ZNS = zentrales Nervensystem

1. Einleitung

Aufgrund der demographischen Entwicklung in Deutschland und der damit einhergehenden steigenden Anzahl an pflegebedürftigen Personen ist es wichtig, Konzepte der Pflege zu entwickeln und weiterzuentwickeln. Die vorliegende Arbeit befasst sich daher mit der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie und der Frage, ob sich diese von der rehabilitativen Pflege abgrenzen lässt.

Im Jahr 2013 lag der Anteil der über 65-jährigen Menschen in Deutschland bei 21%, im Jahr 2060 wird aller Voraussicht nach bereits jeder Dritte Deutsche¹ zu dieser Altersgruppe gehören. Auch die Zahl der Hochbetagten, d.h. Menschen, die 80 Jahre und älter sind, wird von 5,4% der Bevölkerung im Jahr 2013 auf etwa 13% bis 2060 ansteigen (Statistisches Bundesamt, 2015, S. 6). Mit dem höheren Lebensalter geht aber auch eine höhere Gefahr der Pflegebedürftigkeit einher, welche aufgrund von physiologischen Veränderungen des alternden Organismus verbunden ist. Die körperliche Leistungsfähigkeit lässt nach, es besteht aufgrund von Erkrankungen zusätzlich die Gefahr von Funktionseinschränkungen. Damit in Verbindung steht ein vollständiger oder teilweiser Verlust der Selbstständigkeit, der gezwungenermaßen zu einer Pflegebedürftigkeit führen wird (Bundesverband Geriatrie e.V., 2010, S.12). Diese Gefahren lassen sich unter dem Begriff „*Frailty*“ (Robert Koch-Institut, 2016, S. 1) zusammenfassen. Unter diesem Begriff, zu Deutsch Gebrechlichkeit, wird das Auftreten verschiedener Einschränkungen verstanden, welche bei älteren Menschen zu einer geringeren Belastbarkeit führen, was eine steigende Anfälligkeit für Erkrankungen oder Stürze nach sich zieht. Frailty wird anhand von fünf Kriterien bestimmt. Diese Kriterien setzen sich zusammen aus einem unfreiwilligen Gewichtsverlust, einer objektivierbaren Muskelschwäche, dem Bericht des Patienten über eine leichte Erschöpfbarkeit, langsamen Gehen und schließlich einer geringen körperliche Aktivität. Mögliche Folgen hiervon können wiederholte Krankenhausaufenthalte, Pflegebedürftigkeit oder erhöhte Mortalität sein (Robert Koch-Institut, 2016, S. 1).

Laut dem Statistischen Bundesamt steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland stetig an. Während im Dezember 2011 2,5 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des XI. Sozialgesetzbuches waren (Statistisches Bundesamt, 2013, S. 6), erhöhte sich die Zahl bis

¹ In der vorliegenden Arbeit wird die männliche Form verwendet, die aufgrund der historisch-sprachlichen Entwicklung der Gesellschaft in der Regel eine leichtere Lesbarkeit von Texten ermöglicht. Dennoch sollen sich alle Geschlechter angesprochen fühlen.

zum Dezember 2015 bereits auf knapp 2,9 Millionen Menschen (Statistisches Bundesamt, 2017, S. 7). Die Definition von Pflegebedürftigkeit ergibt sich aus dem elften Sozialgesetzbuch:

„(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.“ (§ 14 SGB XI Abs. 1)

In Absatz 2 des oben genannten Paragraphen werden des Weiteren die Kriterien beschrieben, welche mit einer Pflegebedürftigkeit in Zusammenhang stehen. Diese sind die Mobilität, die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, die Selbstversorgung, die Bewältigung bzw. der selbstständige Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen und abschließend die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (§ 14 SGB XI Abs. 2).

Die erforderliche medizinische und pflegerische Betreuung von pflegebedürftigen Personen richtet sich an ihren individuellen Bedarfen, bezogen auf Erkrankungs- und Lebenssituationen, aus. Dementsprechend gilt es, den Patienten dabei zu helfen, ein größtmögliches Maß an Autonomie wiederzuerlangen oder aufrechtzuerhalten (Bartels, voraussichtliche Erscheinung 2019, S. 14). Um dies in der professionellen Pflege umsetzen zu können, wurden unterschiedliche Konzepte entwickelt. So zum Beispiel die Basale Stimulation oder die Aktivierend-therapeutische Pflege (im Folgenden ATP genannt).

Die basale Stimulation hilft schwer beeinträchtigten Menschen dabei, deren Gesundheit und Wohlbefinden, deren Partizipation und Selbstbestimmung zu fördern, zu erhalten und zu unterstützen. Dies soll geschehen, indem es für Menschen, die ihre Umwelt als verwirrend erleben, eine Kommunikationsform gibt, die diese als sinnvoll erleben (Mohr, o.J., S. 3). Die Aktivierend-therapeutischen Pflege, welche nicht nur ein Konzept der Hilfe zur Selbsthilfe darstellt, sondern sich auch in weiteren Bereichen wie der Sekundärprävention fortsetzt, wird Thema dieser Arbeit sein (Bartels, voraussichtliche Erscheinung 2019, S. 15).

Zugang zu diesem Thema erhielt die Autorin dieser Arbeit, als diese für die Deutsche Fachgesellschaft Aktivierend-therapeutische Pflege e.V. (DGATP) von Juni bis August 2017 eine Literatursuche zum Thema der ATP durchführen durfte und im Anschluss im November desselben Jahres

daran arbeitete, wissenschaftliche Definitionen der aktivierenden, der rehabilitativen und der therapeutischen Pflege zu finden.

2. Ziel, Forschungsfrage und Struktur dieser Arbeit

Die Ziele der vorliegenden Arbeit sind es, zum einen herauszufinden, ob sich die Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie von der rehabilitativen Pflege abgrenzen lässt. Daher müssen die Begrifflichkeiten zunächst genauestens definiert werden. Zum anderen beschäftigt sich diese Arbeit im Detail mit der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie (ATP-G) und damit was es bedeutet, aktivierend-therapeutisch zu pflegen, worauf im Folgenden eingegangen wird. Demzufolge wurde eine systematische Literaturrecherche zum Thema durchgeführt, um einen Überblick zu erhalten, welche Fachbücher, wissenschaftlichen Artikel oder Studien zur Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie bereits veröffentlicht wurden.

Im dritten Kapitel der Arbeit wird über das methodische Vorgehen bei der Literatursuche berichtet. Da die Aktivierend-therapeutische Pflege noch ein recht junges Themenfeld ist - die Fachgesellschaft wurde erst im Jahr 2016 gegründet (Deutsche Fachgesellschaft Aktivierend-therapeutische Pflege e.V., 2016, o. S.) - war über die üblichen Suchmaschinen zunächst kaum Literatur zu finden. Daher musste über vorhandene Artikel eine direkte Literatursuche mit der angegebenen Originalliteratur erfolgen.

Das vierte Kapitel beschäftigt sich mit den Ergebnissen der Literatursuche hinsichtlich der Begrifflichkeiten, welche unterteilt werden in die detaillierten Begriffsbestimmungen des geriatrischen Patienten, der Pflege, der therapeutischen Pflege, der aktivierenden Pflege, der rehabilitativen und der Aktivierend-therapeutischen Pflege.

Im Anschluss daran erfolgt eine Auseinandersetzung mit den theoretischen Bezugsrahmen der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie (ATP-G), daher wird in Kapitel 5 das Bobath-Konzept beschrieben. Das Bobath-Konzept beinhaltet einen neurologisch begründeten, interdisziplinär anwendbaren Ansatz zur Befunderhebung, Therapie und Hilfe für die Bewältigung des Alltags bei Menschen, deren Fähigkeit zur Teilhabe am täglichen Leben eingeschränkt ist (Viebrock; Forst, 2008, S. 25).

In Kapitel 6 erfolgt eine Beschreibung eines weiteren Bezugsrahmens, des Konzeptes der fördernden Prozesspflege von Monika Krohwinkel, anhand welchem die Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie strukturiert ist (Bartels et al., 2016, S. 27). Innerhalb dieses Konzeptes

beschreibt Krohwinkel die Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrung des Lebens (ABEDLs) und unterscheidet mehrere Teilkonzepte, die ausführlich beschrieben werden (Krohwinkel, 2013, S. 39 - 41).

Hierauf erfolgt in Kapitel 7 eine detaillierte Darstellung der ATP-G, deren Bedarfsgruppen und Handlungs- und Pflegeschwerpunkte. Dabei lassen sich vier Bedarfsgruppen unterscheiden, durch welche der Unterstützungsumfang der Patienten durch die Pflegekräfte definiert wird (Bartels et al., 2016, S. 23). Die drei Handlungs- und Pflegeschwerpunkte der ATP-G sind die Beziehungsarbeit, die Bewegung und die Selbstversorgung (Bartels et al., 2016, S. 24)

Abschließend wird in Kapitel 8 der Versuch der Abgrenzung der ATP-G von der rehabilitativen Pflege unternommen. Schlussendlich erfolgt im letzten Kapitel der Bachelorarbeit eine kritische Betrachtung des Konzeptes der ATP-G mit Überlegungen für die zukünftige Forschung.

3. Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine systematische Literatursuche durchgeführt. Hierzu war geplant, die Datenbanken CINAHL, CareLit, PubMed, GeroLit und Cochrane Library zu verwenden. Bei der Recherche der ersten Datenbank, CINAHL, ergab sich, dass es für die ATP-G kaum relevante Ergebnisse gab. Die Abbildung 1 auf Seite 8 verdeutlicht die Ergebnisse der Suche innerhalb CINAHL.

Im zweiten Schritt wurde die Datenbank CareLit aufgerufen. Auch hier ergaben sich nur sehr wenige relevante Ergebnisse, welche sich bei den unterschiedlichen Suchbegriffen zudem wiederholten. Die Abbildung 2 auf Seite 8 stellt die Literatursuche auf CareLit dar. Die relevanten Treffer aus den Suchbegriffen „Aktivierend-therapeutische Pflege“, „ATP“ und „ATP-G“ wurden, mit Ausnahme eines Artikels, bereits durch die Literatursuche mit der Datenbank CINAHL erfasst.

Aufgrund dieser Ergebnisse wurde die Recherche innerhalb der wissenschaftlichen Datenbanken eingestellt. Die weitere Suche erfolgte im Folgenden anhand der Originalliteratur der wenigen, bereits gefundenen Quellen.

Suchbegriff innerhalb CINAHL	Ergebnisse
activating-therapeutic care AND geriatrics OR older adults OR elderly	0
activating-therapeutic care	0
activating-therapeutic nursing AND geriatrics OR older adults OR elderly	0
activating-therapeutic nursing	0
activating AND therapeutic AND care	106
Friedhilde Bartels (Author)	0
Bartels (Author) AND ATP	0
Bartels (Author) AND activating	4
Lautenschläger (Author)	35
Roes (Author)	1521
Roes, Martina (Author)	7
Acklau, Stefanie (Author)	0

Abb. 1: Literatursuche innerhalb der Datenbank CINAHL

Suchbegriff innerhalb CareLit	Ergebnisse
Aktivierend-therapeutische Pflege	5
ATP	25
ATP-G	25
Friedhilde Bartels (Autor)	0
Bartels F. (Autor)	13
Lautenschläger (Autor)	31

Abb. 2: Literatursuche innerhalb der Datenbank CareLit

4. Begriffsbestimmungen

Um herausfinden zu können, ob sich die ATP-G von der rehabilitativen Pflege abgrenzen lässt, ist es zunächst erforderlich, eine detaillierte Begriffsbestimmung des Gegenstandsbereichs vorzunehmen, auf die theoretischen Grundlagen der ATP-G einzugehen und das Konzept der ATP-G genau zu beschreiben, um im letzten Schritt den Versuch einer klaren Abgrenzung durchführen zu können. Daher werden im Vorfeld zunächst die Begriffe Pflege, therapeutische Pflege, aktivierende Pflege, Aktivierend-therapeutische Pflege und rehabilitative Pflege definiert, da dies zur Abgrenzung und zum Verständnis notwendig ist, um die einzelnen Begrifflichkeiten in einen Zusammenhang zu setzen.

Da sich diese Arbeit vorrangig mit der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie beschäftigt, ist es angebracht, im ersten Schritt den geriatrischen Patienten zu definieren. Die gemeinsame Arbeitsgruppe, bestehend aus Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V.,

der deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. und des Bundesverbandes Geriatrie e.V. hat eine Definition des geriatrischen Patienten vorgenommen. Laut dieser Definition zeichnet den geriatrischen Patienten zum einen ein höheres Lebensalter von 70 Jahren und älter und eine vorrangige geriatritypische Multimorbidität aus (Bundesverband Geriatrie e.V., 2010, S. 13 - 15). Von einer geriatritypischen Multimorbidität spricht man, wenn neben einer Kombination aus mindestens zwei Erkrankungen bei einem Patienten geriatritypische Befunde oder Sachverhalte gegeben sind. Das heißt, er weist strukturelle oder funktionale Schädigungen bei mindestens zwei behandlungsbedürftigen Erkrankungen auf. Damit eine Multimorbidität geriatritypisch ist, muss eine Kombination aus den ersten beiden, ggf. in Addition mit einem dritten Merkmalkomplex, gegeben sein. Diese Merkmalkomplexe sind erstens das Vorhandensein von Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivität im Sinne eines geriatrischen Syndroms und zweitens ein relativ hohes Risiko der Einschränkung der Selbstständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegebedürftigkeit. Drittes Merkmal ist ein relativ hohes Risiko von Krankheitskomplikationen, wie zum Beispiel Thrombosen oder verzögerte Rekonvaleszenz² (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2008, S. 25 - 28). Schädigungen und Einschränkungen im Sinne eines geriatrischen Syndroms können sich in Form von Immobilität, Sturzneigungen, kognitiven Defiziten, Inkontinenz, Dekubitalulcera, Fehl- und Mangelernährung, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Depressionen und Angststörungen, chronischen Schmerzen, Sensibilitätsstörungen, herabgesetzter körperlicher Belastbarkeit oder einer starken Seh- oder Hörbeeinträchtigung niederschlagen. Hinzu kommen für das geriatrische Syndrom relevante Sachverhalte, wie eine Polypharmazie, eine herabgesetzte Medikamententoleranz und häufige Krankenhausbehandlungen bei den Patienten (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2008, S. 25 - 26).

Demnach tritt ein geriatrischer Behandlungsbedarf auch und vor allem bei Hochbetagten zutage, welche 80 Jahre und älter sind. Bei diesen sind eine alterstypische Vulnerabilität³ aufgrund des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen, eine Gefahr der Chronifizierung und ein erhöhtes Risiko eines Verlustes der Autonomie gegeben. Demzufolge ist die am Bedarf orientierte Versorgung eines solchen Patienten nicht als Abgrenzung zu anderen Fachdisziplinen zu verstehen, sondern mit Hilfe der Definition einen geriatrischen Patienten zu identifizieren und dem besonderen Behandlungsbedarf eines solchen gerecht zu werden. Nur so kann den älteren Menschen mit geriatrischem Versorgungsbedarf die richtige Versorgungsstruktur zugänglich gemacht werden, um eine bedarfsgerechte Behandlung zu gewährleisten. Die Abbildung 3 auf Seite 10

² Unter Rekonvaleszenz versteht man die letzte Phase einer Erkrankung mit abklingenden Krankheitsercheinungen bis zur Wiederherstellung der Gesundheit (de Gruyter Verlag, 2011, S. 1114).

³ Vulnerabilität bedeutet Anfälligkeit bzw. Verletzbarkeit (de Gruyter Verlag, 2011, S. 2239).

zeigt, dass sich aus den besonderen Eigenschaften eines geriatrischen Patienten ein spezifischer Behandlungsbedarf ergibt, welcher nur mit einem geriatrischen Behandlungskonzept erfüllt werden kann (Bundesverband Geriatrie e.V., 2010, S. 13 - 15).



„Charakteristika des geriatrischen Patienten	
	Altersbedingte strukturelle und funktionelle Veränderungen von Organen und Geweben
	Funktionseinschränkungen mit reduzierten Reservekapazitäten
	Erhöhte Vulnerabilität
	Multimorbidität ⁴
	Drohende oder manifeste Einschränkung der selbständigen Lebensführung
Spezifischer Behandlungsbedarf	
	Umfassende Berücksichtigung des medizinischen, funktionellen und sozialen Status
	Einbeziehung persönlicher und externer Kontextfaktoren
	Transsektoraler/Interdisziplinärer/Multiprofessioneller Behandlungsansatz
	Behandlungsfokussierung auf Lebensqualität, Teilhabe und Selbständigkeit
	Kontinuität des Behandlungsprozesses
Geriatrisches Behandlungskonzept	
	Identifikation des spezifischen Behandlungsbedarfs (z.B. Screening, Assessment)
	Generalistische Behandlungsplanung und -durchführung
	Steuerung der transsektoralen, interdisziplinären und multiprofessionellen Therapie
	Einbeziehung des Patienten und des sozialen Umfeldes“

Abb. 3: Geriatrischer Patient und adaptiertes Behandlungskonzept (Bundesverband Geriatrie e.V., 2010, S. 14)

Wie die Abbildung 3 auf darlegt, leidet ein geriatrischer Patient unter einer drohenden oder bereits manifesten Einschränkung der selbstständigen Lebensführung. Dieser Umstand macht Pflege

⁴ Unter einer Multimorbidität versteht man das gleichzeitige Bestehen von mehreren Krankheiten (de Gruyter Verlag, 2011, S. 1361).

notwendig und aufgrund dessen gilt es, im Folgenden den Begriff Pflege zu erläutern. Der International Council of Nurses (ICN) definiert Pflege wie folgt:

"Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung." (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, o. J., o. S.)

Ein im Jahr 2006 erschienener Artikel von Elisabeth Spichiger et al. setzt sich ebenso mit der Frage auseinander, was Pflege bzw. professionelle Pflege eigentlich ist. Das Forscherteam kam dabei zu dem Schluss, dass es keine allgemeingültige Definition gibt, und sollte daher im Auftrag der Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaft eine solche erstellen. Das Ergebnis gliedert sich in zwei Kernsätze, die durch acht weitere Paragraphen ergänzt werden. Um den Textfluss nicht zu unterbrechen, werden an dieser Stelle nur die beiden Kernsätze dargestellt. Die komplette Definition professioneller Pflege findet sich im Anhang dieser Arbeit (Spichiger et al., 2006, S. 46 - 47).

„Professionelle Pflege fördert und erhält Gesundheit, beugt gesundheitlichen Schäden vor und unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien. Dies mit dem Ziel, für betreute Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen.“ (Spichiger et al., 2006, S. 51)

Unter anderem ist die Aufgabe der Pflege infolgedessen laut der Definition des ICN, Betroffene bei Aktivitäten zu unterstützen, die zur Genesung beitragen, oder, wenn dies nicht möglich ist, so schnell wie möglich wieder zu einer Teilunabhängigkeit zu kommen (International Council of Nurses, 2002, o. S.). Ähnliches sagt auch die Definition von Spichiger et al. aus (Spichiger et al., 2006, S. 51). An dieser Stelle setzt die Aktivierend-therapeutische Pflege an, da diese ressourcenorientiert die Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe einer Person fördert (Schumann, 2018, S. 2). Um sich detailliert mit der ATP auseinander setzen zu können, müssen nun im nächsten Schritt die Begriffe aktivierende Pflege und therapeutische Pflege definiert werden. Sindy Lautenschläger et al. versteht den Begriff der therapeutischen Pflege als

Interaktionsprozess zwischen den Pflegenden, dem Patienten und seinen Angehörigen. Hierbei wird die Individualität des Patienten in den Mittelpunkt gerückt.

„Die therapeutische Pflege ist integraler Bestandteil des multiprofessionellen Teams. Pflege-therapeutische Maßnahmen werden geleitet von Beobachtungen des Pflegebedürftigen und dessen Reaktionen. Pflege-therapeuten kommunizieren sowohl verbal als auch nonverbal mit den Pflegebedürftigen und passen die Durchführung der therapeutischen Handlungen an die Reaktionen des Betroffenen an. Dabei führen Pflegend therapeutische Handlungen so durch, dass der Pflegebedürftige die Handlungen selbst spüren kann und führen ihn in die Handlung hinein, mit dem Ziel, die Aktivitäten des täglichen Lebens so zu trainieren, dass seine Fähigkeiten sich weiter verbessern oder zumindest erhalten werden, um eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.“
(Lautenschläger et al., 2012, S. 8)

Wie die folgende Definition zeigt, steht bei der aktivierenden Pflege die größtmögliche Selbstständigkeit, ebenso wie bei der therapeutischen Pflege, im Mittelpunkt. Denn nur darüber ist eine Teilhabe an der Gesellschaft möglich.

Martina Roes definiert die aktivierende Pflege wie folgt:

„Unter aktivierender Pflege wird die Pflege verstanden, die dem Betroffenen Handlungs-, Teilnahmemöglichkeiten anbietet und aktives Tun bewirkt. Zur aktivierenden Pflege gehört es, zur Selbstständigkeit anzuregen. Aktivierende Pflege hat in den Richtlinien des Spitzenverbandes der Medizinischen Dienste Vorrang. Bei der aktivierenden Pflege werden die körperlichen, geistigen, emotionalen und sozialen Fähigkeiten gefördert. Ziel ist die weitgehende Unabhängigkeit von der professionellen Pflege. Die Kernaufgabe besteht darin, die Ressourcen der noch vorhandenen Fähigkeiten auszuschöpfen. Aktivierende Pflege stärkt das Selbstvertrauen in die eigene Kompetenz, fördert die Fein- und Grobmotorik durch gezielte Übungen, stimuliert die sinnliche Wahrnehmung und bietet Programme, welche die geistigen Fähigkeiten aktivieren.“ (Roes, 2009, S. 17)

Beide Definitionen lassen darauf schließen, dass eine Förderung des pflegebedürftigen Menschen darauf abzielt, Ressourcen zu erkennen, diese zu nutzen und auszubauen, um die Aktivitäten des täglichen Lebens so weit als möglich autonom durchführen zu können. Unter Ressourcen versteht man dabei Fähigkeiten und Fertigkeiten, im Sinne von Kompetenzen und individuellen Stärken, um Aufgaben erledigen und bewältigen zu können (Bartels, voraussichtliche Erscheinung 2019, S. 20). Hierbei unterscheidet man zwischen internen Ressourcen, z.B. sozialen, personalen Ressourcen, und externen Ressourcen, wie z.B. materiellen Ressourcen oder sozialen Beziehungen (Bartels, voraussichtliche Erscheinung 2019, S. 21). Um dies erreichen zu können,

ist es, vor allem nach einem akuten Ereignis, wie beispielsweise einem Apoplex⁵ oder einer anderen Schädigung des ZNS, angezeigt, eine lt. dem neunten Sozialgesetzbuch angezeigte Rehabilitation zu durchlaufen, die nun im Folgenden beschrieben werden soll (§ 31 SGB XI Abs. 1).

Im § 5 des elften Sozialgesetzbuches ist festgelegt, dass eine Rehabilitation Vorrang vor Pflege haben soll. Präzisiert wird dies im § 31 des elften Sozialgesetzbuches – Vorrang der Rehabilitation vor Pflege. An dieser Stelle soll zunächst geprüft werden, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet sind, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten (§ 31 SGB XI Abs. 1).

Die Rehabilitation im Detail wiederum regelt das neunte Sozialgesetzbuch. Im § 1 Selbstbestimmung und Teilhabe im Leben in der Gesellschaft, wird vorgeschrieben, dass Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohten Menschen bestimmte Leistungen erhalten. Diese Leistungen sollen ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördern, Benachteiligungen vermeiden oder ihnen entgegenwirken (§ 1 SGB IX). Leistungen zur Teilhabe sind demnach unter anderem Sozialleistungen, welche Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit vermeiden, überwinden oder eine Verschlimmerung verhüten sollen (§ 4 SGB IX Abs. 1 Satz 2). Dazu gehört lt. § 5 SGB IX auch die Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Im Rahmen der Rehabilitation erhält also die Pflege einen hohen Stellenwert, weshalb es nun zunächst gilt, die rehabilitative Pflege zu definieren.

*„Sie zielt darauf ab, die Selbstpflegefähigkeit von Patienten zu erhalten bzw. eine funktionelle und psychosoziale Anpassung an verbliebene Möglichkeiten zu erreichen. Sie ist dabei ganzheitlich, individuell, therapeutisch, ressourcenorientiert und unterstützend bei der Krankheitsbewältigung.“
(Müller, 2000, S. 23)*

Weitere wichtige Merkmale der rehabilitativen Pflege sind die Partizipation der Betroffenen und die enge Zusammenarbeit im interdisziplinären Team bei der Formulierung der Rehabilitationsziele, der Abstimmung des Behandlungskonzeptes und der Verlaufskontrolle (Müller, 2000, S. 23).

⁵ Unter einem Apoplex versteht man ein akut einsetzendes fokal-neurologisches Defizit bei zerebraler Durchblutungsstörung oder intrazerebraler Blutung (de Gruyter Verlag, 2011, S. 1870)

Pflege sollte immer aktivierend sein, insbesondere die geriatrisch-rehabilitative Pflege, welche interdisziplinäre Aufgaben im Rahmen therapeutischer Konzepte innerhalb des interdisziplinären Teams plant und durchführt. Aufgabe der Pflegenden ist es hier, ein Umfeld zu schaffen, indem die Patienten gefördert und gefordert werden. Professionelle Pflege, d.h. Pflege, die von ausgebildeten Fachkräften durchgeführt wird, soll rehabilitationsfördernd wirken. Dies bedeutet, dass soviel Pflege wie nötig erbracht werden soll, aber auch so wenig als möglich, um den Patienten die Möglichkeit einzuräumen, dass sie lernen, ihren Alltag wieder weitestgehend autonom zu gestalten. Demzufolge sind die Aufgaben der geriatrisch-rehabilitativen Pflege unter anderem die Aktivierung des älteren Menschen, mit dem Ziel, alle Aktivitäten des täglichen Lebens so früh und soweit es realisierbar ist, selbst zu übernehmen. Bei der geriatrisch-rehabilitativen Pflege handelt es sich um interdisziplinäre Aufgaben im Rahmen spezieller therapeutischer Konzepte, z.B. das Bobath-Konzept. Sie geht über die übliche Grund- und Behandlungspflege hinaus und wird mit dem interdisziplinären Team geplant und durchgeführt. Dabei soll der Patient vor Überforderung geschützt werden, welche jeweils individuell und subjektbezogen betrachtet werden muss (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2008, S. 49 - 50).

Die Ziele der Rehabilitation und demnach der rehabilitativen Pflege leiten sich aus den Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe ab und können beispielsweise die vollständige bzw. größtmögliche Wiederherstellung des ursprünglichen Niveaus der Aktivitäten/Teilhabe sein. Ist dies nicht möglich, sollte die Kompensation der Einschränkung mit Hilfe von Ersatzstrategien und der Nutzung verbliebener Aktivitäten oder der Teilhabe angestrebt werden und/oder die Umweltbedingungen an die bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe angepasst werden (MDS, 2012, S. 18). Ersatzstrategien können Möglichkeiten sein, um Einschränkungen auszugleichen. So erlernt der Patient mit einer Hemiplegie beispielsweise sich nur mithilfe des gesunden oder weniger betroffenen Armes und ggf. unter Einsatz von Hilfsmitteln selbstständig zu kleiden. Um diese Ziele erreichen zu können, bedient sich die rehabilitative Pflege unter anderem der Aktivierend-therapeutischen Pflege. Diese wird durch den Operationen- und Prozedurenschlüssel gefordert. Der Operationen- und Prozedurenschlüssel, kurz OPS, ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen. Innerhalb des OPS ist die frührehabilitative Komplexbehandlung unter der Nummern 8-55 geregelt. Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung ist unter der Nummer OPS 8-550 gesetzlich geregelt (DIMDI, o.J., o. S.). Deren Mindestmerkmale sind unter anderem, die Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung, die Verwendung standardisierter geriatrischer Assessments und die Aktivierend-therapeutische Pflege

durch ein besonders geschultes Pflegepersonal. Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams muss eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden, sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen (DIMDI, 2018, o. S.). Da es aber bis dato keine Definition der Aktivierend-therapeutischen Pflege gab, arbeitete die im Oktober 2016 gegründete DGATP an einer solchen. Diese wurde am 29. Oktober 2018, im Beisein der Autorin dieser Arbeit, im Rahmen der Mitgliederversammlung in Nürnberg verabschiedet.

„Aktivierend-therapeutische Pflege (ATP) ist ein sektorenübergreifendes, alters-unabhängiges, pflegerisches Angebot von dazu qualifizierten Pflegenden. ATP fördert ressourcenorientiert die Selbstständigkeit, die Selbstbestimmung und die Teilhabe einer Person und ist an deren Lebenssituation und Lebensumfeld angepasst.“ (Schumann, 2018, S. 2)

Das bedeutet, die ATP richtet sich an alle Personen, unabhängig von deren Lebensalter, welche Unterstützungs-, Entwicklungs- und Pflegebedarf haben. Die Ziele werden durch die Pflegepersonen und die Pflegebedürftigen gemeinsam definiert, orientieren sich an den individuellen Fähigkeiten der Betroffenen und fördern deren Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe, um ihre größtmögliche Autonomie zu erreichen. ATP geht über die bloße Grund- und Behandlungspflege hinaus, da sie zur Nutzung aller möglichen Ressourcen, sowohl körperlicher, geistiger, sozialer, als auch emotionaler, spiritueller und ethischer, anregt. ATP bildet die Basis für eine Beziehungsebene zwischen den betroffenen Personen, ihren Angehörigen und den professionell Pflegenden. Um Aktivierend-therapeutisch zu handeln, ist qualifiziertes, fachliches Wissen von Nöten (Schumann, 2018, S.2).

Laut der DGATP kann die Aktivierend-therapeutische Pflege in fünf unterschiedliche Sektionen eingeteilt werden. Diese sind die Aktivierend-therapeutische Pflege in der fachübergreifenden Frührehabilitation, die Aktivierend-therapeutische Pflege in der Neurologie und der Neurochirurgie, die Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie, die Aktivierend-therapeutische Pflege in der Altenhilfe und die Aktivierend-therapeutische Pflege in der Behindertenhilfe (Deutsche Fachgesellschaft für Aktivierend-therapeutische Pflege e.V., 2015, o. S.).

5. Das Bobath-Konzept als eine theoretische Grundlage der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie

Die ATP-G basiert zum Teil auf den Prinzipien, Methoden und Techniken des Bobath-Konzeptes (Bartels, voraussichtliche Erscheinung 2019, S. 27). Die Gemeinsame Konferenz der deutschen Bobath-Kurse definiert das Bobath-Konzept wie folgt:

„Das Bobath-Konzept beinhaltet einen neurologisch begründeten, interdisziplinär anwendbaren Ansatz zur Befunderhebung, Therapie und Hilfe für die Bewältigung des Alltags bei Menschen, deren Fähigkeit zur Teilhabe am täglichen Leben durch eine neurologische oder Entwicklungsstörung eingeschränkt ist. Dabei werden motorische, perzeptive, kognitive und soziale Funktionen in ihrer Wechselwirksamkeit berücksichtigt und therapeutisch einbezogen.“ (Viebrock; Forst, 2008, S. 25)

5.1 Die Grundlagen des Bobath-Konzeptes

Seine Anfänge nahm das Bobath-Konzept bereits 1943, als Dr. Berta Bobath einen Patienten mit Hemiplegie behandeln sollte. Sie stellte fest, dass die Bewegung eines Körperteils Einfluss auf pathologische Haltungs- und Bewegungsmuster anderer Körperteile haben kann (Viebrock, Forst, 2008, S. 9). Das Konzept findet Einsatz bei der Therapie von Patienten mit zerebralen Bewegungsstörungen jeden Alters, deren Ursachen unterschiedlicher Natur sein können, angeboren oder erworben, aufgrund neurologischer oder neuromuskulärer Erkrankungen. Der Einsatz des Konzeptes ist unabhängig von der kognitiven Leistungsfähigkeit der Patienten und wird interdisziplinär eingesetzt, so zum Beispiel in der Physio- und Ergotherapie oder in der Logopädie. Das Bobath-Konzept wurde als bewegungstherapeutisches Konzept entwickelt, dessen theoretischen Grundlagen in der Medizin liegen. Es ist also ein Konzept, welches sowohl bei Kindern, als auch bei Erwachsenen angewendet werden kann. Dieses interdisziplinäre Konzept richtet sich ganz klar an den Kompetenzen der betroffenen Patienten und deren individueller Lebenswelt aus. Es stellt die Fazilitation⁶ als Methode und Technik zur Verfügung und bedient sich insgesamt zehn unterschiedlicher Prinzipien. In der Abbildung 4 auf Seite 17 werden die zehn geltenden Prinzipien des Bobath-Konzeptes abgebildet und beschrieben. Prinzipien sind Leitbilder der Praxis und repräsentieren die Ideen ihrer Entwickler zur Gestaltung von Therapien (Viebrock; Forst, 2008, S. 56 - 59).

⁶ Fazilitation wird laut der BIKA als eine Technik definiert, die dem interaktiven Lernprozess zur Erleichterung und Ermöglichung einer neuromuskulären Funktion bzw. Alltagsaktivität dient (BIKA, 2015, o. S.)

Die zehn Prinzipien im Bobath-Konzept	
Prinzip der Komplexität der Bewegungsgestaltung	Dieses Prinzip sagt aus, dass zum einen individuelle Bewegungs- und Handlungsmöglichkeiten in der Lebenswelt des Patienten berücksichtigt werden sollen und zum anderen fragt es nach der möglichen Bedeutung des therapeutischen Vorgehens für den Betroffenen.
Prinzip der Selbstorganisation des Patienten in seiner Bewegungsmittgestaltung	Mit dem Prinzip der Selbstorganisation des Patienten wird von einem Menschenbild ausgegangen, in dem er autonom handelt und aus sich selbst heraus aktiv an der Gestaltung seines Alltages teilnimmt.
Prinzip der Anpassungsentwicklung des Subjekts an Umwelтанforderungen	Das Prinzip der Anpassungsentwicklung an Umwelтанforderungen geht davon aus, dass einerseits die Bewegungsentwicklung immer mit anderen Entwicklungsbereichen verknüpft ist, so zum Beispiel mit der kognitiven und sozialen Entwicklung, und dass andererseits die Veränderung von Bewegungsentwicklung durch Anpassungsprozesse stattfindet und neue Strukturen schafft.
Prinzip des Bewegungslernens	Das Prinzip des Bewegungslernens will klarmachen, dass der Mensch eine Vielzahl von Möglichkeiten hat, sich bewegungsmäßig zu entfalten und so im besten Fall selbsttätig Problemlösungsstrategien entwickelt.
Prinzip der Individualisierung in der Bewegungstherapie	Das Prinzip der Individualisierung in der Bewegungstherapie zeigt auf, dass jeder Mensch und dessen Entwicklung individuell ist und dementsprechend eine individuelle Vorgehensweise nötig macht.
Prinzip der Lebensweltorientierung	Dieses Prinzip will alle Elemente der Therapie, von der Befundaufnahme über den Behandlungsplan bis hin zur therapeutischen Vorgehensweise, genau untersuchen. So soll die Therapie eine Bedeutung für den Alltag gewinnen, indem diese von dem Betroffenen und dessen Bezugspersonen mitbestimmt wird.
Prinzip der konzeptuellen Beziehung zwischen Befundung (als Prozess) und Therapiepraxis	Das Prinzip der konzeptuellen Beziehung zwischen Befundung und Therapiepraxis vereint zwei Aspekte. Zum einen soll in kontinuierlicher Wechselwirkung zwischen Befund und Therapie die Problemlage des Betroffenen in seiner Lebenswelt erfasst und bewertet werden, zum anderen soll in dem, was und wie beobachtet wird, das Bobath-Konzept erkennbar werden.
Prinzip der Integrierung von Bewegungs- und Handlungsziel	Das Prinzip der Integrierung von Bewegungs- und Handlungsziel bedeutet, dass die Bewegung so ausgerichtet sein soll, dass damit spezifische Handlungen vollzogen werden können und so für den Patienten sinnvoll werden.
Prinzip des kooperativen Bewegungshandelns	Das Prinzip der kooperativen Bewegungsgestaltung handelt von der Therapiedurchführung im Hinblick auf die kooperative Beziehung zwischen Therapeuten und Betroffenen zur gemeinsamen Zielerreichung.
Prinzip der interdisziplinären Koordination und interprofessionellen Zusammenarbeit	Das Prinzip der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit weist auf die unterschiedlichen Bezugswissenschaften des Bobath-Konzeptes hin, nämlich die Medizin, aber auch geisteswissenschaftliche Disziplinen wie die Pädagogik und die Psychologie, und will die interprofessionelle Zusammenarbeit von allen beteiligten Berufsgruppen verdeutlichen

Abb. 4: Prinzipien im Bobath-Konzept (Quelle: Modifiziert übernommen aus: Viebrock; Forst, 2008, S. 27, 56 -59)

Die Hauptprobleme von Personen mit Schädigungen des zentralen Nervensystems sind vollständige oder teilweise Lähmungen von Körperabschnitten, Haltungs-, Gleichgewichts- oder Bewegungsstörungen und ein zu hoher bzw. zu niedriger Muskeltonus. Daraus resultierende Folgen sind ein Mangel an Stabilität, zumeist des Rumpfes, Störungen des Körperschemas oder Fehlstellungen bzw. die fehlende Selbstorganisation der Stellung bestimmter Körperbereiche. Hieraus ergeben sich die Ziele des Bobath-Konzeptes, welche in der Abbildung 5 auf dieser Seite aufgezeigt werden (Urbas, 2016, S. 12 - 13).

Ziele des Bobath-Konzeptes
Das Wiedererlernen der automatischen, unwillkürlichen Kontrolle eines an die Aufgabe angepassten Muskeltonus.
Erleichterung und Wiedererlernen normaler, automatischer, selektiver Bewegung.
Vermeidung kompensatorischer Bewegungsstrategien mit großer Anstrengung und unkontrollierten Muskeltonuserhöhungen
Wiedererfahren des eigenen Körpers, der eigenen Bewegung und der Umwelt
Anbahnung normaler Gesichts-, Mund-, Zungen- und Schlundmotorik
Selbstständigkeit in den ATL auf möglichst normalem Niveau

Abb. 5: Die Ziele des Bobath-Konzeptes (Quelle: Modifiziert übernommen aus Urbas, 2016, S. 13)

5.2 Die praktische Umsetzung des Bobath-Konzeptes in der Pflege

Pflegende und Therapeuten entwickeln gemeinsam mit dem Patienten, der von einer Erkrankung oder Verletzung des zentralen Nervensystems betroffen ist, Strategien, anhand deren er sich aus ungünstigen, unphysiologischen Positionen herausbewegen kann. Das erfordert, wie im Prinzip der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit beschrieben, eine Kooperation aller beteiligten Personen, nämlich dem Patienten selbst, den Pflegenden, Ärzten, Therapeuten und seinen Angehörigen. Hierzu werden gemeinsame Ziele formuliert, die an der Lebenswelt des Patienten ausgerichtet sind (Jacobs; Kohl, 2012, S. 16).

Durch Aktivierung und Förderung von Wahrnehmung und Haltungskontrolle werden normale Bewegungsabläufe im Pflegealltag gezielt angebahnt. Dabei wird davon ausgegangen, dass das Gehirn lebenslang lernfähig ist und sich nach einem Insult neu organisieren kann. Zentrale Aspekte hierbei sind, dass aktive und selbstinitiierte Bewegungen das Gehirn dazu anregen, neue Nervenzellen zu bilden und eine anregende Umgebung für den Erhalt dieser Neuronen sorgt. Eine gelenkte Aufmerksamkeit wiederum verfestigt die synaptischen Verbindungen, die daraus

entstehen, wenn Nervenzellen gleichzeitig aktiv sind. Eine stetige Wiederholung alltagstypischer Bewegungsabläufe, die bei der Körperpflege und auch allen anderen Verrichtungen des täglichen Lebens zum Tragen kommen, verbessert den Bewegungsfluss. Diese neu erlernten Bewegungsübergänge werden in den Alltag integriert, wobei eine Überanstrengung des Patienten, welche zu einem erhöhten Muskeltonus und langfristig zu Kontrakturen führen würde, vermieden werden muss. Prinzipiell gilt es, normale Bewegungen anzubahnen, die Muskeltonus zu normalisieren und die Körperwahrnehmung zu fördern. Im Einzelnen bedeutet das für den Pflegealltag beispielsweise, dass das Ziel bei der Lagerung nach Bobath ist, den Muskeltonus so zu beeinflussen, dass der Patient sich möglichst leicht, ökonomisch und ohne Kompensation bewegen kann. Das Lagerungsmaterial soll eine Unterstützungsfläche bieten, welche bei den Bewegungen hilft und diese nicht behindert (Jacobs; Kohl, 2012, S. 16 - 18).

Ein weiterer Ansatz für die Pflege nach Bobath ist es, die Hände der betroffenen Person, soweit es möglich ist, in die Aktivitäten des täglichen Lebens zu integrieren. Die Hände besitzen sehr viele Rezeptoren, welche sich zu Netzwerken des zentralen Nervensystems ausbilden. Werden diese nicht durch regelmäßige sensorische Reize aktiviert, degenerieren sie. Dies gilt es beispielsweise durch intensives Waschen, Trocknen und Eincremen der Hände zu vermeiden. Wird so die Aufmerksamkeit bewusst auf die von einer Hemiplegie betroffene Hand gelenkt, ist auf Dauer die Chance für ein aktives Bewegen viel höher (Friedhoff; Jacobs, 2015, S. 14).

Schließlich geht es bei dem Einsatz des Bobath-Konzeptes darum, Bewegungen zu erleichtern, zu ermöglichen und herauszufordern. Hierbei wird zunächst durch die Pflegekraft anteilig Gewicht übernommen, bis letztendlich durch stetiges Üben die Bewegung selbstständig vom Betroffenen ausgeführt werden kann. So werden möglicherweise beim Bewegungsübergang vom Liegen in das Sitzen an der Bettkante zunächst die Beine durch die Pflegeperson aus dem Bett bewegt, um das Aufrichten zu erleichtern. Durch häufiges Wiederholen dieses Bewegungsablaufs kann mit der Zeit die Hilfe so weit verringert werden, dass der Transfer bestenfalls autonom vom Patienten durchgeführt werden kann (Friedhoff; Jacobs, 2015, S. 15).

Im Zentrum des Bobath-Konzeptes steht also die Bewegung, welche durch unterschiedliche Faktoren aufgrund einer Verletzung oder Erkrankung des zentralen Nervensystems beeinträchtigt ist und damit ist das wesentlichste Lernangebot die Gestaltung des Übergangs von einer Ausgangsposition zu einer anderen Körperposition durch Führen und Bewegen des Körpers in normalen, nichtkompensatorischen, situationsangepassten Bewegungen. Die Erleichterung der normalen Bewegung, trotz einer teilweisen Lähmung bzw. Einschränkung des Patienten, wird als Fazilitation

bezeichnet. Die Fazilitation ist ein Lernprozess, der dem Betroffenen ermöglichen soll, weitestgehend normale Bewegungen auszuführen. Voraussetzungen für normale Bewegungen sind zum einen, dass die Stellung des Körpers und die Stellung einzelner Körperteile zueinander stimmen, und zum anderen, dass die einzelnen Körperabschnitte gegeneinander beweglich sind. Diese Beweglichkeit ist allerdings bei Schädigungen des zentralen Nervensystems oftmals aufgrund eines erhöhten Muskeltonus nicht gegeben, was nahelegt, dass diese Einschränkungen im Vorfeld durch gezieltes Bewegen gelöst werden müssen. Das Nervensystem greift bei einer Bewegung auf Bewegungsprogramme und Erfahrungen zurück und moduliert diese nach dem aktuellen Bedarf, d.h. dass das Bewegungsmuster, das bei den Aktivitäten des täglichen Lebens benötigt wird, z.B. zum Ankleiden oder zum Haare Kämmen, noch aus der Zeit vor dem hirnschädigenden Ereignis bekannt ist. Diese Tatsache macht sich das Bobath-Konzept zu Nutze, indem durch die Unterstützung durch die Pflegekraft solche Bewegungsmuster aktiviert werden. Wird eine Bewegung immer wieder eingeübt, reduziert die Pflegeperson schließlich die Hilfe zur Bewegung immer weiter, um so den Patienten schrittweise zu mehr Aktivität zu bringen. Die erlernten Bewegungsübergänge sind von den professionell Pflegenden ständig zu evaluieren und zu reflektieren hinsichtlich sichtbarer Muskeltonusveränderungen, normaler Bewegungsstrategien und dauerhaft erfolgreicher Durchführung durch den Patienten (Urbas, 2016, S.14 - 15).

Zusammenfassend kann man also sagen, dass das Bobath-Konzept eine Möglichkeit darstellt, Personen mit Schädigungen des zentralen Nervensystems zu behandeln, mit dem Ziel, normale Bewegungsabläufe im Pflegealltag anzubahnen (Jacobs; Kohl, 2012, S. 16). Um die Erkenntnisse aus dem Bobath-Konzept in der Pflege nutzen zu können, ist es nötig, diese in ein pflegerisches Konzept zu integrieren. Dem wird laut Bartels Rechnung getragen, indem die ATP-G unter anderem auf dem Pflegekonzept der fördernden Prozesspflege nach Monika Krohwinkel basiert, welches im nächsten Kapitel beschrieben wird (Bartels et al., 2016, S. 27).

6. Die fördernde Prozesspflege von Monika Krohwinkel – ein weiterer Bezugsrahmen der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie

Das geriatricspezifische Pflegekonzept der ATP-G basiert zum Teil auch auf dem Pflegemodell der fördernden Prozesspflege nach Monika Krohwinkel. Demnach kann das Modell anhand der Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrung des Lebens (ABEDLs) strukturiert werden

(Bartels et al., 2016, S. 27). Krohwinkel beschreibt als die übergeordnete Zielsetzung im pflegerischen Prozess

„... der pflegebedürftigen Person und ihrer mitbetroffenen Bezugspersonen zu helfen, beim Erhalten, Erlangen oder Wiedererlangen der für sie wesentlichen Anteile von Unabhängigkeit und Wohlbefinden in ihren ABEDLs.“ (Krohwinkel, 2013, S. 62)

Dementsprechend geht es auch hier um die größtmögliche Autonomie des Menschen, die dieser in Abhängigkeit seines kognitiven, physischen und psychischen Zustandes erreichen kann. Dies schlägt sich in der Kernaussage der fördernden Prozesspflege nieder, die wie folgt beschrieben wird:

„Lebens- und Entwicklungsprozesse, Krankheits- und Gesundheitsprozesse, unter Umständen das Leben selbst, hängen von den Fähigkeiten des Menschen und von den Ressourcen seiner Umgebung ab, die es ihm ermöglichen, als Person...“

⇒ Aktivitäten des Lebens zu realisieren, soziale Beziehungen und Bereiche zu sichern und zu gestalten und hierbei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können

⇒ mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln zu können.“ (Krohwinkel, 2013, S. 39)

Das bedeutet also, dass der Mensch sowohl bestimmte Fähigkeiten wie auch eine sichere und fördernde Umgebung benötigt, um in Lebens- und Entwicklungsprozessen als individuelle Person seine Aktivitäten des Lebens zu realisieren, seine sozialen Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten und dabei mit seinen existenziellen Erfahrungen umgehen zu können. Diese Fähigkeiten zur Realisierung der Aktivitäten des Lebens beschreibt Krohwinkel in dem ABEDL-Strukturmodell, welches ein Teil des Gesamtsystems der fördernden Prozesspflege ist. Dieses Gesamtsystem wird nun kurz veranschaulicht (Krohwinkel, 2013, S. 35 - 39).

Integriert in das Gesamtsystem ist auf der einen Seite das konzeptuelle System und auf der anderen Seite das Handlungssystem, welche sich gegenseitig beeinflussen. Das konzeptuelle System wird anhand von drei Bausteinen aufgebaut, nämlich den zentralen Konzepten und Konzeptverbindungen, den Prinzipien und den Kategorien pflegerischer Praxis. Die folgende Abbildung 6 auf Seite 22 veranschaulicht die Inhalte der theoretischen Bausteine (Krohwinkel, 2013, S. 36).

„Theoretische Bausteine des konzeptuellen Systems	
Konzeptionen und Konzepte	Person und Umgebung <ul style="list-style-type: none"> • Unabhängigkeit und Wohlbefinden • Aktivitäten des Lebens, soziale Beziehungen, soziale Bereiche und existenzielle Erfahrungen
Prinzipien	Dynamische Ganzheitlichkeit <ul style="list-style-type: none"> • Offenheit, komplementäre Wechselwirksamkeit und Synergie Personen- und Beziehungsbezogenheit <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklungs- und Lebensprozessbezogenheit • Fähigkeits-Ressourcen- und Förderungsorientiertheit • Sinn- und Kontextbezogenheit • Prioritätsorientierung
Kategorien pflegerischer Praxis	<ul style="list-style-type: none"> • Defizitär-versorgende Pflege • Personenzentrierte und fähigkeitsfördernde Pflege“

Abb. 6: Theoretische Bausteine des konzeptuellen Systems der fördernden Prozesspflege (Krohwinkel, 2013, S. 36)

Zum Handlungssystem wiederum gehören unter anderem das Rahmenmodell und das Pflegeprozessmodell, mit dem das ABEDL-Strukturmodell verbunden ist. In dem Rahmenmodell definiert Krohwinkel das primär pflegerische Interesse mit den darauf bezogenen pflegerischen Zielen und Handlungen (Krohwinkel, 2013, S. 54 - 55).

Im Pflegeprozessmodell beschreibt Monika Krohwinkel die drei Ebenen des Pflegeprozesses im Kontext der fördernden Prozesspflege. Die erste Ebene ist die direkte Pflege, inklusive der Pflegebedarfserhebung, der Pflegeplanung, der Pflegedurchführung und deren Evaluation. Hier wird ein Zusammenhang von den Schritten des Pflegeprozesses zu der Pflegeperson, der pflegebedürftigen Person und dessen persönlicher Bezugsperson hergestellt. Die zweite Ebene beschreibt die Dokumentation, die zum einen nötig ist, da meist mehr als nur eine Person am Pflegeprozess beteiligt ist. Zum anderen sollen anhand der Dokumentation die Qualität und Kontinuität sichergestellt und für Transparenz gesorgt werden. Die dritte Ebene bezieht sich auf Organisation und Ressourcen, da eine bedarfsgerechte Zuordnung von personellen, zeitlichen und materiellen Ressourcen einer adäquaten Pflegeorganisation bedarf. Laut Krohwinkel läuft der gesamte Pflegeprozess zyklisch ab, die einzelnen Phasen können sich überschneiden (Krohwinkel, 2013, S. 63 – 64).

Das ABEDL-Strukturmodell, anhand dessen die Pflege einer Person geplant, durchgeführt und evaluiert werden soll, gliedert sich in vier Konzepte, die nun wie folgt beschrieben werden. Das *„Konzept I: Als Person in einer sicheren und fördernden Umgebung Aktivitäten des Lebens realisieren können und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen“* (Krohwinkel, 2013, S. 88) wird in elf Kategorien unterteilt, die zwar nicht hierarchisch aufgebaut sind, bei denen sich aber lt. Krohwinkel gezeigt hat, dass Einschränkungen in den ersten drei Kategorien Auswirkungen auf die anderen acht Kategorien haben. In Abbildung 7 werden auf Seite 24 diese elf Kategorien aufgezeigt, eine detaillierte Abbildung zu den Inhalten der einzelnen Kategorien erfolgt im Anhang, da diese aufgrund ihres Umfangs an dieser Stelle den Textfluss zu stark unterbrechen würde (Krohwinkel, 2013, S. 88 - 89).

Das *„Konzept II: Als Person in einer sicheren und fördernden Umgebung soziale Beziehungen sichern können und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen“* (Krohwinkel, 2013, S. 206) gliedert sich in zwei Kategorien. Diese werden in der Abbildung 8 auf Seite 25 dargestellt. Der Mensch ist sein Leben lang auf soziale Kontakte angewiesen. Diese haben Einfluss auf die Entwicklung, die Gesundheit und auf die Lebensqualität, weshalb es wichtig ist, diese im Rahmen des ganzheitlichen Pflegeprozesses mit zu berücksichtigen (Krohwinkel, 2013, S. 206).

Das *„Konzept III: Als Person in einer sicheren und fördernden Umgebung mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln können.“* (Krohwinkel, 2013, S. 216) wird in fünf Kategorien unterteilt, die in Abbildung 9 auf Seite 26 dargestellt werden. Der Mensch macht im Rahmen seines Lebens, also bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, beim Sichern und Gestalten von sozialen Kontakten und den sozialen Bereichen des Lebens immer wieder existenzielle Erfahrungen. Diese können fördernd sein, z.B. indem der Mensch Wertschätzung, Liebe oder Geborgenheit erfährt. Die Erfahrungen können aber auch belastend oder gefährdend sein, wenn der Mensch unter Angst, Scham oder gar Schmerzen leidet bzw. den Verlust eines nahestehenden Menschen verarbeiten muss. Auch diese Umstände haben Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit des Pflegebedürftigen und müssen daher im Pflegeprozess berücksichtigt werden (Krohwinkel, 2013, S. 217 - 227).

Um als Person Aktivitäten des Lebens realisieren und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können, benötigt der Mensch selbst Fähigkeiten und er benötigt Ressourcen aus seiner Umgebung, um:
Kategorien:
1. kommunizieren zu können
2. sich bewegen zu können
3. vitale Funktionen aufrecht erhalten zu können
4. sich pflegen zu können
5. sich kleiden zu können
6. ausscheiden zu können
7. essen und trinken zu können
8. ruhen, schlafen und sich entspannen zu können
9. sich beschäftigen, lernen und sich entwickeln zu können
10. die eigene Sexualität leben zu können
11. für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können

Abb. 7: Grundlegende Erkenntnisse zu den Aktivitäten des Lebens (Quelle: Modifiziert übernommen aus: Krohwinkel, 2013, S. 88)

Der Mensch benötigt Fähigkeiten und er benötigt Ressourcen seiner Umgebung, um als Person soziale Beziehungen sichern und gestalten zu können	
Kategorie	Fähigkeiten und Ressourcen
1. Im Kontakt sein und bleiben zu können und dabei mit existenziellen Erfahrungen umzugehen	<p>Hierbei geht es darum,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontakt mit sich selbst halten zu können • Kontakt zu anderen, sowohl Menschen, als auch anderen Lebewesen, aufbauen und halten zu können
2. Beziehungen eingehen, in Beziehungen bleiben zu können, Beziehungen wiedererlangen zu können und dabei mit existenziellen Erfahrungen umzugehen	<p>Diese Kategorie fragt nach Fähigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • um Beziehungen aufbauen zu können • um unterstützende Beziehungen aufrecht halten zu können • um mit Belastungen umgehen zu können • um Beziehungen wiedererlangen zu können

Abb. 8: Grundlegende Erkenntnisse zu sozialen Beziehungen (Quelle: Modifiziert übernommen aus Krohwinkel, 2013, S. 206)

Als Person mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können und sich dabei entwickeln können	
Kategorie	Fähigkeiten und Ressourcen
1. Fördernde Erfahrungen machen können	In dieser Kategorie geht es darum: <ul style="list-style-type: none"> • Unabhängigkeit zu erfahren, z.B. im Denken, Wollen und Handeln • sich wohl zu fühlen, z.B. durch Wertschätzung, Zuwendung oder Geborgenheit und Zuversicht erfahren
2. Mit belastenden Erfahrungen umgehen können	Diese Kategorie beschreibt Probleme, die entstehen, wenn Wohlbefinden und Unabhängigkeit verloren gehen <ul style="list-style-type: none"> • unter Abhängigkeit leiden im Denken, Wollen oder Handeln • sich hilflos oder machtlos fühlen, z.B. Angst haben oder unter Unruhe leiden
3. Fördernde von gefährdenden Erfahrungen unterscheiden können	Hierbei geht es um kulturgebundene Erfahrungen, wie beispielsweise Weltanschauung, Glaube oder Werte, die <ul style="list-style-type: none"> • einerseits Hoffnung und Zuversicht geben können • andererseits aber auch gefährdend für Unabhängigkeit oder Wohlbefinden sein können
4. Als Person lebensgeschichtliche Erfahrungen einbeziehen können	Diese Kategorie beschreibt fördernde oder belastende / gefährdende Erfahrungen im Zusammenhang mit <ul style="list-style-type: none"> • Aktivitäten des Lebens • kulturgebundenen Erfahrungen • soziale(n) Kontakten und Beziehungen • der Sicherung und Gestaltung sozialer Bereiche • einschneidenden Lebensereignissen
5. In den Erfahrungen Sinn finden können	Diese Kategorie stellt Fragen, ob <ul style="list-style-type: none"> • der Mensch trotz seiner Einschränkungen und Verluste Sinn finden kann oder • Einschränkungen und Verluste nicht annehmen kann, bis hin zu dem Wunsch, nicht mehr leben zu wollen

Abb. 9: Grundlegende Erkenntnisse zu existenziellen Erfahrungen (Quelle: Modifiziert übernommen aus Krohwinkel, 2013, S. 217)

Abschließend wird nun das „Konzept IV: Als Person in einer sicheren und fördernden Umgebung soziale Bereiche des Lebens sichern können und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen“ (Krohwinkel, 2013, S. 228) beschrieben. Es gliedert sich in sieben Kategorien, in denen es darum geht, ob die beschriebenen Fähigkeiten vorhanden sind oder ob Unterstützung notwendig ist. Im Rahmen dieses Konzepts gilt es für die Pflegenden, auf vorhandene Hilfebedarfe in diesem Bereich aufmerksam zu werden und zu beraten, welche Möglichkeiten der Bewältigung gegeben sind. Treten hier Einschränkungen auf, sollten weitere Berufsgruppen, wie beispielsweise Sozialarbeiter, Sozialpädagogen oder hauswirtschaftliche Dienste in die Versorgung mit eingebunden werden. In der folgenden Abbildung 10 werden die Kategorien aufgezeigt (Krohwinkel, 2013, S. 228 - 230).

Um soziale Bereiche sichern und gestalten zu können, benötigen Einzelne und Familien Fähigkeiten, und sie benötigen Ressourcen aus ihrer Umgebung, um:
Kategorie
1. den eigenen Wohnbereich selbst erhalten zu können
2. Aufgaben und Verantwortungen im Haushalt wahrnehmen und bewältigen zu können
3. mit der eigenen finanziellen Situation umgehen zu können
4. versicherungstechnische und rechtliche Fragen regeln zu können
5. mit Behörden und Amtsträgern umgehen zu können
6. am sozialen Leben teilnehmen und mitwirken zu können
7. mit der schulischen / beruflichen Situation verbundene Aufgaben wahrnehmen und bewältigen können

Abb. 10: Grundlegende Erkenntnisse zu sozialen Bereichen (Quelle: Modifiziert übernommen aus Krohwinkel, 2013, S. 228)

Wie zu Beginn dieses Kapitels beschrieben, basiert die ATP-G auf dem Pflegemodell der fördernden Prozesspflege nach Monika Krohwinkel, anhand dessen die ganzheitliche Versorgung eines pflegebedürftigen Menschen geplant, durchgeführt und evaluiert werden kann (Krohwinkel, 2013, S. 13). Da nun die Grundlagen dieses Modells und ein weiterer Bezugsrahmen der ATP-G, das

Bobath-Konzept, ausführlich beschrieben wurden, wird im nächsten Schritt die Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie näher erläutert.

7. Die Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie

Das Ziel der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie ist es, die individuell größtmögliche Mobilität des Menschen und das Maß an Selbstständigkeit und Teilhabe zu erreichen, wie es vor der aktuellen Verschlechterung war. So definiert der Bundesverband für Geriatrie die ATP-G, welche sich auf Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf bezieht und über die Grund- und Behandlungspflege hinausgeht. Demnach steht das Wiedererlangen, das Erlangen und das Erhalten von Alltagskompetenz im Mittelpunkt (Bundesverband Geriatrie e.V., zitiert nach Wieck; Langer, 2009, S. 32). Aber was bedeutet es im Einzelnen, aktivierend-therapeutisch zu pflegen? Diese Frage versuchen die folgenden Abschnitte zu beantworten.

7.1 Die Bedarfsgruppen in der Aktivierend-therapeutischen Pflege

Wie bereits in Kapitel 4 definiert, bezieht sich die Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie auf einen geriatrischen Patienten, welcher unter einer drohenden oder bereits manifesten Einschränkung der selbstständigen Lebensführung leidet (Bundesverband Geriatrie e.V., 2010, S. 14). Zeitsparende Arbeitsmethoden, bei denen die Pflegenden Handlungen übernehmen, die der Pflegebedürftige oftmals selbst unter Berücksichtigung seiner individuellen Fähigkeiten durchführen könnte, fördern eine fortschreitende Entwicklung in die Pflegeabhängigkeit. Um dies zu verhindern, gilt es den jeweiligen Hilfsbedarf der Betroffenen abzuschätzen und danach zu handeln. Je nach Ausprägung der sensomotorischen, funktionellen, kognitiven und/oder psychischen Einschränkung des Patienten unterscheidet Bartels die vier Bedarfsgruppen in der ATP-G, die im Folgenden beschrieben werden (Bartels, voraussichtliche Erscheinung 2019, S. 26).

Der Bedarfsgruppe 1 werden Patienten zugeordnet, die nur leichte Einschränkungen oder Defizite haben und eine geringfügige Hilfestellung bei einzelnen Tätigkeiten benötigen. Patienten dieser Bedarfsgruppe sind in der Lage, Ressourcen automatisiert zu nutzen, benötigen aber deutlich mehr Zeit für die Aktivitäten des täglichen Lebens als ein gesunder Mensch gleichen Alters. Schwerpunkte der Aktivierend-therapeutischen Pflege liegen in der Beratung, im Training der einzelnen Tätigkeiten und in der Hilfestellung bei der Vor- und Nachbereitung der Aktivitäten des täglichen Lebens. Patienten der Bedarfsgruppe 2 haben mäßige Einschränkungen oder Defizite und benötigen teilweise Hilfestellung bei Einzeltätigkeiten. Diese Patienten können Ressourcen mit Einschränkungen automatisiert nutzen. Die Schwerpunkte in der Aktivierend-therapeutischen

Pflege liegen hier in der Anleitung, der Fazilitation, der Führung und in der Hilfestellung im Umgang mit Hilfsmitteln. Der Bedarfsgruppe 3 werden Menschen zugeordnet, welche bereits schwere Einschränkungen und Defizite haben und die umfangreiche Hilfestellung bei komplexen Tätigkeiten benötigen. Diese Patienten können sich nur in geringem Umfang mit Ressourcen automatisiert beteiligen. Die pflegerischen Schwerpunkte im Rahmen der ATP-G liegen bei der Anleitung, der Fazilitation, der Führung und der Hilfestellung beim Einsatz von Hilfsmitteln. Abschließend werden in der Bedarfsgruppe 4 Pflegebedürftige beschrieben, die schwerste Einschränkungen und Defizite aufweisen. Sie benötigen überwiegende Hilfestellung bei komplexen Tätigkeiten und können Ressourcen nicht selbstständig abrufen. Der Schwerpunkt der Hilfe liegt bei diesen Patienten in der Fazilitation, der Führung, welche nur noch bei Einzeltätigkeiten möglich ist und dem Einsatz von Hilfsmitteln zur Aktivierung von Ressourcen (Bartels et al., 2016, S. 22 - 23).

Anhand der oben genannten Bedarfsgruppen lassen sich nun pflegerische Maßnahmen definieren, die zur Erreichung des übergeordneten Ziels der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie führen sollen. Dieses Ziel ist es, wie im ersten Absatz dieses Kapitels genannt, eine größtmögliche Mobilität, Selbstständigkeit und Teilhabe des Patienten zu erreichen (Bundesverband Geriatrie e.V., zitiert nach Wieck; Langer, 2009, S. 32). Die pflegerischen Maßnahmen lassen sich in drei Handlungs- und Pflegeschwerpunkte gliedern. Diese Schwerpunkte sind erstens die Aspekte der Beziehungsarbeit, zweitens die Bewegung und drittens die Selbstversorgung. Bartels strukturiert die Planung und die Durchführung der Aktivierend-therapeutischen Pflege in fünf Schritte, welche die folgende Abbildung 11 auf Seite 30 näher beschreibt und die für alle Maßnahmen innerhalb der drei Handlungs- und Pflegeschwerpunkte gilt (Bartels et al., 2016, S. 25). Diese werden nun in den folgenden Absätzen detailliert beschrieben.

7.2 Die drei Handlungs- und Pflegeschwerpunkte der Aktivierend-therapeutischen Pflege

Wie bereits das Kapitel 6 darlegt, sind soziale Beziehungen und soziale Bereiche des Lebens wichtige Bestandteile der ganzheitlichen Pflege. Daher ist es nur folgerichtig, dass ein Handlungs- und Pflegeschwerpunkt der Aktivierend-therapeutischen Pflege auf den Aspekten der Beziehungsarbeit liegt. Gerade im hohen Alter haben akute Ereignisse wie bspw. ein Apoplex eine massive Auswirkung auf das innere Gleichgewicht eines Menschen. Dann ist es Aufgabe der Pflegenden, trotz möglicherweise auftretender Hoffnungslosigkeit, den Betroffenen zu motivieren. Dieser Umstand erfordert sowohl Fachwissen, wie auch Gefühls- und Beziehungsarbeit, was wiederum ein hohes Maß an Empathie, also Einfühlungsvermögen, von den Pflegekräften erfordert.

Nicht selten können Betroffene Hilfe nur schwer zulassen oder schämen sich für ihre Situation. Daher kann eine adäquate Beziehungsarbeit das nötige Vertrauen aufbauen, um sich als Pfle- gende in die Lage zu bringen, den Patienten zu motivieren (Bartels, voraussichtliche Erscheinung 2019, S. 46).

Die fünf Schritte der Planung und Durchführung der Aktivierend-therapeutischen Pflege	
Motivation	Patient stimmt dem Ziel und der Notwendigkeit der Pflege- maßnahme zu. Sie wird von im gewollt.
Bedarfsanalyse und Absprache des Ablaufs unter Berücksichtigung der individuellen Bedürf- nisse	individuelle Maßnahmenplanung (Wer? Was? Wann? Wie oft? Wo? Wie)
Vorbereitung	Auswahl und Herrichten der benötigten Hilfsmittel
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • unter situativer Anwendung von Wahrnehmungs-, Be- wegungs- und/oder Kommunikationskonzepten (z.B. Bobath-Konzept, Basale Stimulation, Integrative Valida- tion) • unter Beachtung und Anwendung von Prophylaxen • unter Beachtung und Anwendung nationaler Experten- standards (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwick- lung in der Pflege, DNQP) • ggf. Einsatz der Hilfsmittel
Nachbereitung	Evaluation der Maßnahmen

Abb. 11: Fünf Schritte der Planung und Durchführung der Aktivierend-therapeutischen Pflege (Quelle: Mo- difiziert übernommen aus Bartels et al., 2016, S. 25)

Beziehungsarbeit schafft die Voraussetzungen für die aktivierend-therapeutischen Maßnahmen, indem ein ruhiges Umfeld und eine angenehme Atmosphäre geschaffen werden, die Kommuni- kation gefördert wird und der Patient selbst und ggf. seine Angehörigen beraten und angeleitet werden. Letzteres beinhaltet, dass eine Beziehung aufgebaut werden kann. Dies schafft eine emotionale Basis, sodass Sorgen des Patienten verbalisiert werden und kleinste Erfolgserleb- nisse zur weiteren Motivation genutzt werden können. Zudem ermöglicht es, dass komplexe In- formationen durch die Hilfestellung der Pflegekraft eingeordnet werden können und auf diese Art Unkenntnis durch die Besprechung des Behandlungsplanes reduziert werden kann. Aufgrund des

aufgebauten Vertrauens ist eine Unterstützung bei der Bewältigung von Krisensituationen möglich. Zudem wird eine soziale Integration gefördert und die individuelle Lebensperspektive berücksichtigt (Bartels et al., 2016, S. 28).

Des Weiteren schreibt Bartels, dass auftretende neuropsychologische Störungen im Rahmen der Beziehungsarbeit übergeordnet zu betrachten sind, da sie Einfluss auf alle Bereiche des Lebens haben können. Neuropsychologische Störungen können kognitive Einschränkungen bzw. Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens sein. Beispiele für solche Defizite können Apraxie⁷, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Körperschemastörungen oder eine Störung des Sprachverständnisses und des Sprechens sein (Bartels et al., 2016, S. 29). Um dem Rechnung zu tragen, wird nun im Folgenden auf die Beziehungsarbeit eingegangen.

Beziehungsarbeit ist die bewusste Gestaltung von Beziehungen. Dabei ist zu beachten, dass der Mensch immer sowohl verbal, als auch nonverbal, also über Mimik, Gestik und Körpersprache, kommuniziert. Beziehungsarbeit im Sinne der ATP-G heißt, gezielt auf den Pflegebedürftigen zuzugehen, Berührungspunkte zu finden und im Besonderen Gefühlsarbeit zu leisten (Bartels, voraussichtliche Erscheinung 2019, S.53). Diese wird definiert

„... als ein bewusster, gesteuerter Einsatz von Gefühlen in der Gegenwart mit dem Ziel, die Ursachen auftretenden Irritationen im Pflegekontext zu identifizieren, zu interpretieren und gemeinsam mit den Klientinnen, zu bearbeiten. Eine identifizierte Irritation ist Initial für den Einsatz von Gefühlsarbeit. Als eine Irritation wird eine wahrgenommene Abweichung eines Phänomens vom Gewohnten oder Üblichem bezeichnet.“ (Neumann-Ponesch; Höller, 2011, S. 18)

Gefühlsarbeit stellt also ein Praxiskonzept dar, welches in der Pflegepraxis zur Erreichung eines definierten Gefühlsziels dienen soll. Damit werden Gefühle bzw. Gefühlsarbeit zum Arbeitsgegenstand und sind unabdingbarer Bestandteil der pflegerischen Arbeit am Menschen, um so letztendlich Handlungsziele erreichen zu können (Neumann-Ponesch; Höller, 2011, S. 18).

Laut Bartels bestehen unterschiedliche Möglichkeiten der Umsetzung der Gefühlsarbeit im Rahmen der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie, wovon im Folgenden einige beispielhaft genannt werden. Voraussetzung ist zunächst die Fähigkeit der Selbstreflexion. Des Weiteren sollte die Regel befolgt werden, sich in Form von Ich-Aussagen auszudrücken. Zudem sollten keine Zugeständnisse getroffen werden, die nicht eingehalten werden können, da dies zu

⁷ Unter einer Apraxie versteht man eine Unfähigkeit, trotz intakten Bewegungsapparats sinnvolle und zielgerichtete Bewegungen auszuführen (Redaktion Schule und Lernen, 2002, S. 34).

negativen Gefühlen beim Patienten führen würde (Bartels, voraussichtliche Erscheinung 2019, S. 52 - 53).

Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang auf den Begriff der Motivation einzugehen, da die Motivationsarbeit ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit nach der Aktivierend-therapeutischen Pflege ist (Bartels, voraussichtliche Erscheinung 2019, S. 53). „*Motivation ist die aus beobachtbarem Verhalten erschlossene Handlungsbereitschaft, ein Bedürfnis zu befriedigen ... oder ein Ziel, das der Organismus anstrebt, zu erreichen.*“ (Redaktion Schule und Lernen, 2002, S. 255) Diese Definition lässt die Autorin dieser Arbeit also schlussfolgern, dass es Aufgabe der Pflegekräfte ist, zu erreichen, dass der Patient zu einer Handlungsbereitschaft kommt, die möglicherweise aufgrund des aktuellen kognitiven, psychischen oder physischen Zustandes nicht mehr vorhanden oder eingeschränkt ist. Demzufolge zeigt Bartels einige Möglichkeiten auf, um die Motivation des Patienten zu steigern. Beispielsweise ist es ratsam, den Betroffenen in einem sinnvollen Maß nach guten Leistungen zu loben und damit positiv zu verstärken, da positives Feedback und Erfolgserlebnisse die Motivation vergrößern. Zudem kann es hilfreich sein, dem Betroffenen Perspektiven aufzuzeigen, d.h. dass die Pflegekraft in Aussicht stellt, einzelne Tätigkeiten durch stetige Übung wieder selbstständig durchführen zu können, indem der Patient aktiv an der Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens teilnimmt. Wichtig zu erwähnen ist es an dieser Stelle, dass es im täglichen Kontakt auch und vor allem auf einen wertschätzenden Umgang mit den Patienten ankommt. Da ältere Menschen oftmals misstrauisch gegenüber fremden Personen sind, ist es sinnvoll, im Pflegeorganisationssystem der Bezugspflege zu arbeiten, um einen konstanten Kontakt der Pflegeperson zum Patienten zu gewährleisten (Bartels, voraussichtliche Erscheinung 2019, S. 56 - 57).

Neben dem Handlungs- und Pflegeschwerpunkt der Aspekte der Beziehungsarbeit wird mit der Bewegung ein zweiter Schwerpunkt des Konzeptes der Aktivierend-therapeutischen Pflege beschrieben. Dieser gliedert sich in drei Unterpunkte, welche erstens die Planung und Durchführung für alle Bewegungsabläufe, zweitens der Positionswechsel bzw. die Positionierung und drittens der Transfer, das Aufstehen, das Stehen und das Gehen sind (Bartels et al., 2016, S. 34). Die drei Unterpunkte werden nun im Folgenden genauer dargestellt.

Will man auf die Planung und Durchführung der Bewegungsabläufe eingehen, ist es zunächst sinnvoll zu klären, was normale Bewegungsabläufe eigentlich sind. Bartels beschreibt normale Bewegungsabläufe als „*motorische Fähigkeiten, die im Dienste eines alltagsrelevanten Ziels abgerufen werden.*“ (Bartels et al., 2016, S. 36) Allerdings kann es als Folge von unterschiedlichen

Erkrankungen, wie bspw. Frakturen, Amputationen oder Schädigungen des zentralen Nervensystems, zu Einschränkungen in den Bewegungsabläufen kommen. Diese wiederum führen oftmals zu Sekundärschäden, wie zum Beispiel Pneumonie, Dekubitus oder Kontrakturen, welche es im Rahmen der Aktivierend-therapeutischen Pflege zu verhindern gilt. Angelehnt an die in Abbildung 11 dargestellten fünf Schritte der Planung und Durchführung der Aktivierend-therapeutischen Pflege beschreibt nun die folgende Abbildung 12 auf Seite 34 die Planung und Durchführung für alle Bewegungsabläufe (Bartels et al., 2016, S. 36).

Bei der Positionierung bzw. dem Positionswechsel ist das Ziel, dass der Patient sich selbstständig oder zumindest teilaktiv positionieren kann. Dabei richtet sich der Umfang der Unterstützung durch die Pflegekraft danach, welche Einschränkungen oder Defizite beim Betroffenen vorhanden sind, d.h. also nach den Bedarfsgruppen, die zu Beginn dieses Kapitels bereits beschrieben wurden. Dabei können unterschiedliche Hilfsmittel, wie zum Beispiel Materialien zur Unterstützung der Positionierung wie Kissen, Decken, Frotteetücher oder Betaufrichter eingesetzt werden (Bartels et al., 2016, S. 38).

Der dritte Unterpunkt im Handlungs- und Pflegeschwerpunkt Bewegen befasst sich mit dem Transfer, dem Aufstehen, dem Stehen und dem Gehen. Hierbei ist das Ziel, dass sich der Patient selbstständig oder teilaktiv umsetzt, steht oder geht. Auch hier richtet sich der Umfang der Unterstützung an der vorher definierten Bedarfsgruppe des Patienten. Hilfsmittel wie ein Rollstuhl, ein Rollator, ein Stuhl, Rutschbretter und festes Schuhwerk dienen der Erreichung des Ziels (Bartels et al., 2016, S. 40).

Aus der Beschreibung der Bedarfsgruppen auf den Seiten 22 und 23 geht hervor, dass in den Bedarfsgruppen 2 bis 4 ein Schwerpunkt der Unterstützung auf der Fazilitation liegt. Die Fazilitation vereint drei Ziele. Diese sind erstens eine Anbahnung und motorische Kontrolle von Bewegungen für Alltagsaktivitäten und zweitens die Unterstützung des sensomotorischen⁸ Lernens durch das Angebot verschiedener Bewegungserfahrungen. Das dritte Ziel ist die Förderung und Einbindung der Bewegungsaktivität des Patienten im Rahmen pflegerischer Handlungen. Das bedeutet demnach, dass durch Fazilitation Bewegungsabläufe erlernt werden können, durch die der Patient über die Aktivierend-therapeutische Pflege zu einem Stück Selbstständigkeit gelangen kann. (Bartels, voraussichtliche Erscheinung 2019, S. 61 - 62).

⁸ Als Sensomotorik wird das Zusammenspiel von Sensorik und Bewegung auf sinnlich physischer Ebene beschrieben (Viebrock; Forst, 2008, S. 33).

Die fünf Schritte der Planung und Durchführung für alle Bewegungsabläufe	
Bewegungsabläufe sind eine individuelle Kombination aus erworbenen und angeborenen Fähigkeiten. Bewegungen finden koordiniert, angepasst, flüssig und effizient in Form von Muskelaktivität zwischen Beugung, Streckung und Rotation in Körperabschnitten statt.	
Motivation	Motivation zur Bewegung
Bedarfsanalyse und Absprache des Ablaufs unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl der Endposition (Wo soll es hingehen?) • Wie kann die Bewegung durchgeführt werden? • Wie sind die Bewegungsschritte? • Werden Hilfsmittel benötigt?
Vorbereitung	Herrichten der Hilfsmittel
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • unter Anwendung eines Bewegungskonzeptes (z.B. Bobath-Konzept, Basale Stimulation) • unter Anwendung von Prophylaxen <ul style="list-style-type: none"> ○ Ausgangslage des Pat. prüfen und ggf. korrigieren (d.h. sind die Körperabschnitte physiologisch ausgerichtet?) ○ verbale/taktile Informationen (= Fazilitation) zu den Bewegungsschritten bis hin zur überwiegenden Hilfestellung durch die Pflegekraft, bis hin zur möglichen Übernahme ○ vor Beginn der Bewegung ggf. individuelle Stabilisierung des Patienten mit Hilfe von Lagerungsmaterialien ○ ggf. Einsatz der Hilfsmittel
Nachbereitung	Stabilisierung des Patienten in der Endposition

Abb. 12: Planung und Durchführung der Bewegungsabläufe (Quelle: Modifiziert übernommen aus: Bartels et al., 2016, S. 35)

Um die Ziele der Fazilitation und somit auch der Aktivierend-therapeutischen Pflege erreichen zu können, ist der sinnvolle Einsatz von Hilfsmitteln von Nöten, wenn die Eigenaktivität der Patienten an ihre Grenzen stößt. Die Eigenaktivität fördert den Erhalt der Muskel- und Nervenzellen, was bei einer passiven Bewegung nicht oder nur in geringerem Maße gegeben ist. Daher gilt es, Hilfsmittel so einzusetzen, dass aktive Bewegung unterstützt und der Hilfsmiteinsatz nach Möglichkeit mit der Zeit abgebaut wird. Das bedeutet, dass durch den Einsatz von Hilfsmitteln die

Unterstützungsfläche so optimiert wird, dass die Selbsthilfefähigkeit der Patienten damit gefördert wird, welche für die Stabilität und Orientierung im eigenen Körper und im Raum notwendig ist. Demzufolge ist in der Geriatrie eine Grundvoraussetzung, dass ausreichend Hilfsmittel vorhanden sind, die eine Wiederherstellung von Unabhängigkeit und Selbstbestimmtheit des Patienten unterstützen. Um diese Hilfsmittel sinnvoll einsetzen zu können, ist es wichtig, die Ressourcen des Patienten individuell einzuschätzen und die Hilfsmittel bedarfsgerecht auszuwählen. Im Folgenden wird nun eine Auswahl an Hilfsmitteln vorgestellt (Bartels, voraussichtliche Erscheinung 2019, S. 70 - 71).

Einen hohen Stellenwert hat das Krankenbett, welches in allen Ebenen verstellbar sein muss, d.h. es muss zur rückschonenden Arbeitsweise der Pflegekräfte und zur individuellen Einstellung auf den Patienten höhenverstellbar sein. Dies hat besondere Wichtigkeit beispielsweise beim Aufstehen oder Hinsetzen für den Betroffenen. Zudem sollte es in beide Richtungen in die schiefe Ebene gebracht werden können, was wichtig ist z.B. zur Aspirationsprophylaxe oder zur Kopftiefelage bei Kreislaufproblemen. Abschließend muss das Rückenteil eine so große Fläche haben, dass ein physiologisches Sitzen im Bett möglich ist, ohne dass der Rumpf abgeknickt wird. Ebenfalls notwendig ist das Vorhandensein von Positionierungskissen, vor allem in den Bedarfsgruppen 3 und 4. Es sollten mehrere Kissen in unterschiedlichen Größen, z.B. 40 x 40 cm bzw. 40 x 80 cm vorhanden sein, ebenso Bettdecken und Handtücher, um eine physiologische Unterstützungsfläche modellieren zu können. Je nach Bedarf des Patienten kann der Einsatz weiterer Hilfsmittel wie beispielsweise Fußbänkchen, Sitzkissen, Therapietische, Rollstühle, Rollatoren, Rutschbretter, Gleittücher, etc. hilfreich sein (Bartels, voraussichtliche Erscheinung 2019, S. 71 - 73).

In einem 2017 erschienen Artikel beschreiben Friedhilde Bartels und Claudia Eckardt die Beschaffenheit von Positionierungskissen, die zum Einsatz in der Aktivierend-therapeutischen Pflege kommen sollten. Zudem werden dort die Gründe für die richtige Beschaffenheit der Positionierungskissen dargelegt. Wie bereits mehrfach erwähnt, ist eine physiologische Unterstützungsfläche für den Körper wichtig, um sich aktiv bewegen zu können. Dies erhält zunehmende Wichtigkeit, wenn Einschränkungen im Bewegungsapparat vorhanden sind. Ist dies nicht gegeben, kommt es zu negativen Veränderungen, d.h. die Gelenke werden steifer, es kommt zu Muskelverspannungen oder Schmerzen und es fällt dem Betroffenen immer schwerer, im Liegen Entspannung zu finden. Wird hingegen eine stabilisierend-anmodellerte Positionierung vorgenommen, bleibt die Muskulatur geschmeidiger, sodass der Patient erholt erwacht und so aktiv an der Pflege teilhaben kann. Daraus ergeben sich die Ziele der Positionierung im Rahmen der

Aktivierend-therapeutischen Pflege. Diese sind neben der Ruhe und Regeneration, ein Gefühl der Sicherheit und Stabilisierung zur Bewegungserleichterung, die Kreislaufregulierung, eine Förderung der Wahrnehmung und die Sturz-, Dekubitus-, Kontraktur-, Pneumonie- und Thromboseprophylaxe (Bartels; Eckardt, 2017, S. 74 - 75).

Um diese Ziele erreichen zu können, bedarf es Kissen mit speziellen Füllungen und Hüllen, welche Drells genannt werden. Jedes Füllmaterial, sowohl natürliche wie Daunen und Federn, als auch synthetische Materialien, bringen durch ihre unterschiedlichen Eigenschaften Vor- und Nachteile mit sich. Die Anforderungen an Positionierungskissen in der ATP-G sind zum einen, dass sie atmen und Feuchtigkeit abgeben können, weich und anschmiegsam und dennoch stabilisierend sein sollten. Zum anderen müssen sie aus hygienischen Gründen bei hohen Temperaturen waschbar sein und den Brandschutzbestimmungen entsprechen. Vor allem ein Mix aus Daunen und Federn bietet für die ATP-G zwei wichtige Eigenschaften. Solche Positionierungskissen sind anschmiegsam und stabilisierend, was die Unterstutzungsfläche optimiert. Allerdings werden sie weder den Hygieneanforderungen gerecht, noch sind sie für Allergiker geeignet. Synthetische Füllmaterialien wie Polyester-Hohlfasern, Visco-Schäume und Kaltschäume hingegen erfüllen meist die Brandnorm, die Hygienevorschriften und sind für Allergiker geeignet. Allerdings gibt es lt. Bartels und Eckardt keine Studien hinsichtlich ihrer Eignung für den Einsatz in Krankenhäusern und Altenheimen. Dennoch beschreibt der Artikel ein ATP-Kissen, welches speziell die Aktivierend-therapeutische Pflege unterstützen soll und von Frau Eckardt in einer geriatrischen Klinik positiv in der Anwendung getestet wurde. Das ATP-Kissen von Kranich soll lt. Hersteller aus einer Weiterentwicklung viskoelastischer Schäume bestehen und den fachlichen Anforderungen an Positionierungskissen für die ATP entsprechen. Demzufolge soll es ein oberflächliches Einsinken ermöglichen und den Körper stabilisieren. Ebenso soll es die Hygieneanforderungen erfüllen, temperaturneutral und bei 80°C waschbar sein. Abschließend sollte erwähnt werden, dass sowohl sogenannte Drells, als auch Kissenbezüge die positiven Eigenschaften der Füllungen unterstützen sollen. D.h. sie müssen antiallergisch und atmungsaktiv sein, dürfen dabei aber nicht zu glatt sein, was ein Herausrutschen des Patienten aus der Positionierung nach sich ziehen würde. Abwischbare und zum Desinfizieren geeignete Bezüge sind prinzipiell kontraproduktiv, da diese beim Aufschütteln bzw. Anmodellieren die Luft nicht entweichen lassen (Bartels; Eckardt, 2017, S. 75 - 76).

Im Rahmen des Handlungs- und Pflegeschwerpunktes der Bewegung ist es weiterhin sinnvoll, noch näher darauf einzugehen, wie die Positionierung praktisch durchgeführt werden kann, so dass sie aktive Bewegungen des Patienten ermöglicht. Auf die Unterstutzungsfläche, auf die

Patienten mit Einschränkungen des Bewegungsapparates angewiesen sind, wurde bereits mehrfach eingegangen. Denn aufgrund dieser Einschränkungen ist oft eine selbstständige Haltungskontrolle des Körpers in einer bestimmten Position erschwert, was eine stabilisierende Unterstützungsfläche nötig macht. So wird Körpergewicht, welches durch den eigenen Muskeltonus nicht stabil gehalten werden kann, auf den Untergrund abgegeben. Dies wiederum hat zur Folge, dass eine geringere Muskelaktivität bzw. Muskeltonus für Stabilisierung und Haltung benötigt wird. Ein zu hoher Anteil an Muskelaktivität, der zur Haltung der Position eingesetzt werden muss, verhindert aber aktive Bewegung, welche im Rahmen der ATP-G ausdrücklich erwünscht ist (Bartels, voraussichtliche Erscheinung 2019, S. 77 - 78). Daher geht der folgende Abschnitt beispielhaft auf das Handtuch als Positionshilfe ein.

Um die Position des Patienten zu stabilisieren, sind mithilfe eines Handtuchs mehrere Möglichkeiten gegeben. Pflegebedürftige, die ihre Position aufgrund einer Erkrankung oder Bewegungseinschränkung nicht selbstständig verändern können, laufen Gefahr, neben anderen Risiken, einen Dekubitus zu entwickeln. Hier muss die Liegeposition durch Pflegekräfte verändert werden, wozu ein Handtuchkeil verwendet werden kann. Dazu wird ein Handtuch faltenfrei zuerst längs und anschließend von links nach rechts zusammengelegt und auf einer Seite unter dem Patienten platziert, wobei die Position in einem dem Patienten individuell angepassten Rhythmus verändert wird. Da bei der Positionierung oftmals die Extremitäten und der Kopf vernachlässigt werden, wird nun eine weitere Möglichkeit erläutert, mit der eine Positionierung des Patienten unterstützt werden kann. Mit einer Handtuch-Doppel-Rolle können, je nach Einsatz, sowohl Extremitäten, als auch Kopf stabilisiert werden. Dabei soll ein Handtuch der Länge nach zwei- bis dreimal gefaltet und von beiden Seiten gleichmäßig aufgerollt und anschließend im Ganzen gewendet werden, worauf dann die Extremität bzw. der Kopf zum Liegen kommt. Im Falle einer nicht ausreichenden Rumpfstabilität kann eine einfache Handtuchrolle als Sitzstütze dienen, die im Sitzen um das Gesäß des Patienten gelegt wird und so Stabilität bietet, da das Kippen des Beckens nach hinten vermieden und eine größere Unterstützungsfläche geboten wird (Bartels, voraussichtliche Erscheinung 2019, S. 87 - 90).

Da bereits die Motivation im Rahmen der Beziehungsarbeit und die Bewegung thematisiert wurden, die als Voraussetzungen für eine Aktivierend-therapeutische Pflege bestehen, soll beim dritten und letzten Handlungs- und Pflegeschwerpunkt auf die Selbstversorgung eingegangen werden. Bei diesem Schwerpunkt werden in Anlehnung an das Pflegemodell von Monika Krohwinkel, wie in Kapitel 6 beschrieben, Teile der Aktivitäten des täglichen Lebens behandelt.

Die fünf Schritte der Planung und Durchführung der Körperpflege und des Kleidens		
Motivation	Motivation zur Körperpflege	Motivation zum Kleiden
Bedarfsanalyse und Absprache des Ablaufs unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse	Bewusste Auswahl der Ausgangsstellung <ul style="list-style-type: none"> • Stehende Position = freier Stand mit/ohne Unterstützung, Umgebungsorientierung • Sitzende Position = stabiler Sitz im Bett, Bettkante, Stuhl, Rollstuhl • Liegende Position = Seitenlage im Bett, Rückenlage im Bett 	Bewusste Auswahl der Ausgangsstellung <ul style="list-style-type: none"> • Stehende Position = freier Stand mit/ohne Unterstützung, Umgebungsorientierung • Sitzende Position = stabiler Sitz im Bett, Bettkante, Stuhl, Rollstuhl • Liegende Position = Seitenlage im Bett, Rückenlage im Bett
Vorbereitung	<ul style="list-style-type: none"> • Voraussetzungen schaffen für eine aktive Eigenbeteiligung. Körperhaltung/-position vorbereiten mit Hilfestellung der Hilfsmittel • Auswahl der Waschtechniken • Hilfsmittel auswählen 	<ul style="list-style-type: none"> • Voraussetzungen schaffen für eine aktive Eigenbeteiligung. Körperhaltung/-position vorbereiten mit Hilfe der Hilfsmittel • Auswahl der Kleidung • Auswahl der Unterstützungsmöglichkeiten
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Abfolge in der Durchführung von Oberkörperpflege, Unterkörperpflege, Intimpflege • Durchführung der Mundpflege, Zahn-/Prothesenpflege 	Ankleiden/Auskleiden
Nachbereitung	Bewusste Auswahl der Ausgangsstellung für die darauffolgende Aktivität, z.B. Kleiden	Bewusste Auswahl der Ausgangsstellung für die darauffolgende Aktivität, z.B. Nahrungsaufnahme

Abb. 13: Planung und Durchführung der Körperpflege und des Kleidens (Quelle: Modifiziert übernommen aus: Bartels et al., 2016, S. 43 - 44)

Speziell werden hier die Bereiche Körperpflege, Kleiden, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, sowie Ausscheidungen als vier Unterpunkte dargestellt. Um eine bessere Übersicht zu schaffen, werden diese wieder anhand Abbildungen zu den fünf Schritten der Planung und Durchführung der einzelnen Pflegehandlungen dargestellt.

Im Rahmen der Körperpflege bei der Aktivierend-therapeutischen Pflege ist es das Ziel, dass sich der Patient selbstständig oder teilweise selbstständig waschen und pflegen kann. Die vorangegangene Abbildung 13 auf Seite 38 zeigt, welche einzelnen Schritte hierzu nötig sind. Da die Aktivitäten des An- und Auskleidens in direktem Zusammenhang zu der Körperpflege stehen, wurden die fünf Schritte der Planung und Durchführung hierzu in die Abbildung 13 integriert (Bartels et al., 2016, S. 42 - 44).

Ein weiterer Bestandteil der Selbstversorgung des Patienten betrifft die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, die vor allem bei Patienten mit Störungen des zentralen Nervensystems durch Kau- oder Schluckbeschwerden beeinträchtigt sein kann. Daher gilt es in diesem Zusammenhang, ein besonderes Augenmerk auf die Aspirationsgefahr und weitere potentielle Probleme, die damit einhergehen, zu legen. Aufgrund dessen werden bei der Planung und Durchführung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme die Maßnahmen danach unterschieden, ob ein Patient unter Kau- und Schluckstörungen leidet oder nicht. Die folgende Abbildung 14 auf Seite 40 stellt die fünf Schritte der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ohne Kau- oder Schluckstörungen dar. Ziel hierbei ist es, dass der Patient selbstständig oder teilweise selbstständig Nahrung und Flüssigkeit zu sich nehmen kann und eine ausreichende Zufuhr von beidem sichergestellt ist. Der Einsatz von Hilfsmitteln, wie zum Beispiel speziellem Besteck, rutschfester Unterlagen oder einem Strohhalm, kann sinnvoll sein (Bartels et al., 2016, S. 45 - 46).

Die fünf Schritte der Planung und Durchführung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ohne Kau- und/oder Schluckstörungen	
Motivation	<ul style="list-style-type: none"> • Motivation zur Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme • Kooperation zur Kostform fördern
Bedarfsanalyse und Absprache des Ablaufs unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl des Orts zur Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme • Auswahl der Nahrung und Getränke sowie Hilfsmittel • Bewusste Auswahl der Körperhaltung/-position zur Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
Vorbereitung	<ul style="list-style-type: none"> • Voraussetzungen schaffen für eine aktive Eigenbeteiligung. Körperhaltung/-position vorbereiten Hilfe der Hilfsmittel • Anrichten der Nahrung und Getränke
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Hilfsmitteln • Nahrungsaufnahme • Flüssigkeitsaufnahme
Nachbereitung	<ul style="list-style-type: none"> • Überwachung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr • Bewusste Auswahl der Ausgangsstellung für die darauffolgende Aktivität

Abb. 14: Planung und Durchführung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ohne Kau- oder Schluckstörung (Quelle: Modifiziert übernommen aus: Bartels et al., 2016, S. 46)

Die fünf Schritte der Planung und Durchführung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme mit Kau- und/oder Schluckstörungen	
Motivation	<ul style="list-style-type: none"> • Motivation zur Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme • Kooperation zur Kostform fördern
Bedarfsanalyse und Absprache des Ablaufs unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl des Orts zur Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme • Auswahl der Nahrung und Getränke sowie Hilfsmittel • Der Rumpf wird symmetrisch und stabil in eine aufrechte Sitzposition ausgerichtet, um eine dadurch resultierende freie Armbewegung zur Eigenaktivität zu ermöglichen • Die Kopfhaltung wird stabil in eine gerade Position ausgerichtet als Voraussetzung für den physiologischen Schluckakt • Voraussetzung zur Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme schaffen
Vorbereitung	<ul style="list-style-type: none"> • Voraussetzungen schaffen für eine aktive Eigenbeteiligung. Körperhaltung/-position vorbereiten mit Hilfe der Hilfsmittel • Sitz der Zahnprothese • Anrichten der Nahrung und Getränke
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Unter Anwendung der Aspirationsprophylaxe nach Kostformvorgabe und Behandlungsschema, z.B. Stimmkontrolle, Abhusten, Nachschlucken, Räuspern • Umgang mit Hilfsmitteln • Nahrungsaufnahme • Flüssigkeitsaufnahme • Unter Anwendung weiterer Prophylaxen (z.B. Soor, entzündliche Prozesse)
Nachbereitung	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle der Mundhöhle, Mund- und Zahnpflege • Bewusste Auswahl der Ausgangsstellung für die darauffolgende Aktivität
Ggf. Nahrungsergänzung	Ernährung über eine Nahrungssonde, inkl. Versorgung der Sonde und Auswahl der Sondenkost

Abb. 15: Planung und Durchführung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme mit Kau- oder Schluckstörung (Quelle: Modifiziert übernommen aus: Bartels et al., 2016, S. 47)

Die Abbildung 15 auf der vorangegangenen Seite wiederum stellt die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme mit Kau- oder Schluckstörungen dar. Hierbei können Hilfsmittel wie beispielsweise Andickungsmittel, Tellerranderhöhungen oder spezielles Besteck sinnvoll sein. Die Ziele dieser Maßnahmen sind zum einen die Sicherung bzw. Verbesserung des Kau- und Schluckaktes und zum anderen, dass der Patient selbstständig oder teilweise selbstständig Nahrung und Flüssigkeit aufnehmen kann und damit einhergehend ausreichend isst und trinkt (Bartels et al., 2016, S. 47).

Die fünf Schritte der Planung und Durchführung der Ausscheidung	
Motivation	<ul style="list-style-type: none"> • Motivation zum Kontinenztraining
Bedarfsanalyse und Absprache des Ablaufs unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl des Orts zum Toilettentraining • Auswahl: Gang/Weg zur Toilette/Toilettenstuhl • Bewusste Auswahl der Körperhaltung zur Kontinenzförderung
Vorbereitung	<ul style="list-style-type: none"> • Voraussetzungen schaffen für eine aktive Eigenbeteiligung. Körperhaltung vorbereiten mit Hilfe der Hilfsmittel • Auswahl der Hilfsmittel • Auswahl der Pflegeartikel • Auswahl der Unterstützungsmöglichkeiten
Durchführung	Toilettengang
Nachbereitung	<ul style="list-style-type: none"> • Reinigung und Hautpflege • Bewusste Auswahl der Ausgangstellung für die darauffolgende Aktivität
Ggf. Nahrungsergänzung	Ernährung über eine Nahrungssonde, inkl. Versorgung der Sonde und Auswahl der Sondenkost

Abb. 16: Planung und Durchführung der Ausscheidungen (Quelle: Modifiziert übernommen aus: Bartels et al., 2016, S. 50)

Im vierten und damit letzten Unterpunkt der Selbstversorgung sollen die Maßnahmen bezüglich der Ausscheidungen beschrieben werden. Hierbei geht es zunächst um die Form der Kontinenz, d.h. in welchem Maß der Patient kontinent oder inkontinent ist, bzw. wie die Inkontinenz kompensiert wird. Danach richtet sich dementsprechend das Ziel der Versorgung aus, nämlich einerseits die selbstständige bzw. teilweise selbstständige Versorgung im Zusammenhang mit den Ausscheidungen und andererseits die Kontrolle der Ausscheidungen. Als Hilfsmittel können hier beispielsweise Inkontinenzmaterial, Blasenverweilkatheter oder Materialien der Stomaversorgung eingesetzt werden. In diesem Bereich, ebenso wie in den vorherigen, richtet sich der Umfang der

Unterstützung nach der Bedarfsgruppe, in welche der jeweilige Patient eingruppiert wurde. Auch im Rahmen der Ausscheidung sollen die fünf Schritte der Planung und Durchführung der Pflegemaßnahmen anhand einer Abbildung veranschaulicht werden, diese befindet sich auf Seite 42 (Bartels et al., 2016, S. 49 - 50).

Nun stellt sich die Frage, inwieweit sich das vorgestellte Konzept der ATP-G in der Praxis umsetzen lässt. 2016 erschien in der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie ein Artikel, der sich mit der Evaluation des Pflegekonzeptes der Aktivierenden-therapeutischen Pflege in der Geriatrie auseinandersetzt. Im Rahmen einer qualitativen Studie wollte die Projektgruppe folgende Forschungsfragen beantworten:

„1. Welches sind die charakteristischen Merkmale der ATP-G?

2. Welche bedeutsamen Elemente des Pflegeverständnisses professionell Pflegender in der stationären (Früh-)Rehabilitation lassen sich hieraus zur wissenschaftlich theoretischen Fundierung der ATP-G-Konzeptes ableiten?“ (Acklau et al., 2016, S. 613)

Um diese Fragen zu beantworten, wurde auf Grundlage einer internationalen Literaturrecherche ein semistrukturierter Interviewleitfaden entwickelt, welcher die Inhalte des ATP-G-Konzeptes aufgreifen sollte. Der Bundesverband Geriatrie wählte zunächst zehn Einrichtungen zur Teilnahme aus, woraus dann im Losverfahren durch die Projektgruppe drei Einrichtungen gewählt wurden, in denen jeweils vier Interviews stattfanden. Einschlusskriterien waren eine 3-jährige Berufsausbildung in der stationären geriatrischen (Früh-)Rehabilitation, in welcher aktivierend-therapeutisch gepflegt wird, mindestens zwei Jahre Berufserfahrung im genannten Setting und die freiwillige Teilnahme an der Studie. Mithilfe der Methode der qualitativen Inhaltsangabe wurden schließlich acht Oberkategorien gebildet. Diese sind der Pflegeprozess, das berufliche Selbstverständnis, die Beziehungsarbeit, die Mobilität, die Interprofessionalität, die Angehörigenarbeit, die hemmenden und fördernden Faktoren. Aus dem Diskussionsteil des Artikels geht beispielsweise hervor, dass die emotionale Unterstützung als Voraussetzung zur Durchführung jeder Maßnahme gesehen wird. So stellte sich heraus, dass die tägliche Motivation des Patienten, Erlerntes zu wiederholen und weiterzuentwickeln, den Schwerpunkt der pflegerischen Tätigkeiten ausmacht, um zu einer größtmöglichen Selbstständigkeit der Patienten zu gelangen. Weitere Voraussetzung hierzu ist die Beachtung der Ressourcen bei der Planung von Pflegemaßnahmen, was den Rückschluss auf die vier Bedarfsgruppen zulässt. Vor allem in der Bedarfsgruppe 4 kann es allerdings trotz Aktivierung zu kompensatorischer Übernahme der Mobilisation und des Positionswechsels kommen. Als weiterer Kernpunkt der ATP-G stellte sich die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit heraus, die nur effizient sein kann, wenn eine gute Kommunikation stattfindet, die im

Rahmen regelmäßiger Absprachen von unterschiedlichen Berufsgruppen geschieht. Allgemein halten die Autoren des Artikels fest, dass die im Konzept der ATP-G definierten Begriffsbestimmungen mit der jeweiligen Ausprägung der Bedarfsgruppen und der Handlungs- und Pflege-schwerpunkte mit dem Bild in der Praxis übereinstimmen. Allerdings stellte sich im Ergebnis der Studie heraus, dass den Pflegenden der theoretische Hintergrund ihres Handelns oftmals nicht bekannt ist. Zudem zeigte die Studie, dass als hindernder Faktor beispielsweise mangelnde personale oder zeitliche Ressourcen gesehen werden. Abschließend lässt sich sagen, dass zwar aufgrund der geringen Anzahl der Studienteilnehmer keine Generalisierbarkeit der Ergebnisse vorliegt, sich aber dennoch das Konzept der ATP-G in der Pflegepraxis widerspiegelt. Daher wäre eine weiterführende Forschung laut den Autoren empfehlenswert (Acklau et al., 2016, S. 612 - 613).

Zusammenfassend möchte die Autorin der vorliegenden Arbeit betonen, dass es im Rahmen der Aktivierend-therapeutischen Pflege vor allem darauf ankommt, die individuellen Ressourcen und Fähigkeiten des Patienten im Laufe der Versorgung immer wieder zu evaluieren. Nur so kann die Pflege dem spezifischen Bedarf des Betroffenen gerecht werden, um dementsprechend ein immer höheres Maß an Selbstständigkeit zu erreichen. Hierzu stehen die zu Anfang des Kapitels beschriebenen Bedarfsgruppen zur Verfügung, anhand derer die Eingruppierung immer wieder neu erfolgen sollte.

8. Der Versuch der Abgrenzung der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie zur rehabilitativen Pflege

Ausgehend von den in Kapitel 4 genannten Definitionen und Begriffsbestimmungen hinsichtlich der rehabilitativen Pflege und der Aktivierend-therapeutischen Pflege lässt sich betonen, dass eine klare Abgrenzung der ATP-G von der rehabilitativen Pflege nicht möglich ist. Geht man davon aus, dass die rehabilitative Pflege darauf abzielt, die Selbstpflegefähigkeit der Patienten zu erhalten oder zumindest eine Anpassung an die verbliebenen Möglichkeiten zu erreichen (Müller, 2000, S. 23), so findet sich eine ähnliche Aussage auch in der Definition der Aktivierend-therapeutischen Pflege wieder. Denn die Aktivierend-therapeutische Pflege fördert ressourcenorientiert die Selbstständigkeit, die Selbstbestimmung und die Teilhabe einer Person (Schumann, 2018, S. 2) und damit der Ansicht der Autorin nach auch die Selbstpflegefähigkeit. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Ressourcenorientierung der Aktivierend-therapeutischen Pflege, die sich auch in der auf Seite 10 genannten Definition der rehabilitativen Pflege wiederfindet.

In Kapitel 7 wurden die einzelnen Bedarfsgruppen beschrieben, der ein Patient im Rahmen der ATP-G zugeordnet werden kann. Im Laufe der geriatrischen Rehabilitation erfolgt regelmäßig eine Evaluation dieser Einordnung, nach denen sich die einzelnen Pflegemaßnahmen und deren Umfang definieren und, nach der Evaluation, neu planen lassen (Bartels et al., 2016, S. 23). Aufgrund dessen ist es möglich, dass der Patient schrittweise zu einer immer höheren Selbstpflegefähigkeit und damit zu mehr Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe gelangen kann. Damit wird den im neunten Sozialgesetzbuch festgelegten Zielen, wie in Kapitel 4 beschrieben, Rechnung getragen. Diese sind im Einzelnen, dass Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit vermieden, überwunden oder eine Verschlimmerung verhütet werden sollen (§ 4 SGB IX, Abs. 1 Satz 2). Des Weiteren zielt die rehabilitative Pflege auf eine Partizipation der Betroffenen ab (Müller, 2000, S. 23). Im Vergleich mit der Aktivierend-therapeutischen Pflege fällt ebenfalls auf, dass die Partizipation, oder auch Teilhabe, bereits in der Definition erscheint (Schumann, 2018, S. 2). Das Konzept der Aktivierend-therapeutischen Pflege bietet damit eine Möglichkeit, sowohl den gesetzlichen Anforderungen, die sich aus dem IX. und XI. Sozialgesetzbuch ergeben, als auch den Anforderungen an eine professionelle Pflege Genüge zu tun. Daraus lässt sich für die Autorin dieser Arbeit schlussfolgern, dass die Aktivierend-therapeutische Pflege, vor allem in der Sektion der Geriatrie, immanenter Bestandteil der rehabilitativen Pflege ist, um die übergeordneten Ziele der Rehabilitation, respektive der geriatrischen Rehabilitation, erreichen zu können.

9. Schlussbetrachtung

Wie zu Beginn dieser Arbeit erläutert, nimmt die Zahl der über 65-jährigen Menschen in Deutschland stetig zu, ebenso die Zahl der Hochbetagten, d.h. der Personen, die 80 Jahre und älter sind (Statistisches Bundesamt, 2015, S. 6). Damit einhergehend steigt auch die Zahl der pflegebedürftigen Personen permanent an, im Dezember 2015 waren es laut Statistischem Bundesamt bereits knapp 2,9 Millionen (Statistisches Bundesamt, 2017, S. 7). Aufgrund dessen ist es erforderlich, dass Konzepte in der Pflege entwickelt und weiterentwickelt werden. Aufgrund dessen beschäftigte sich diese Arbeit mit dem Konzept der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie, inwieweit sich diese von der rehabilitativen Pflege abgrenzen lässt und was es für Pflegekräfte bedeutet, aktivierend-therapeutisch zu pflegen.

Die DGATP definiert die Aktivierend-therapeutische Pflege als ein

„...sektorenübergreifendes, alters-unabhängiges, pflegerisches Angebot von dazu qualifizierten Pflegenden. ATP fördert ressourcenorientiert die Selbstständigkeit, die Selbstbestimmung und die Teilhabe einer Person und ist an deren Lebenssituation angepasst.“ (Schumann, 2018, S. 2)

Zwei theoretische Bezugsrahmen der Aktivierend-therapeutischen Pflege, das Bobath-Konzept und die fördernde Prozesspflege von Monika Krohwinkel, wurden in dieser Arbeit beschrieben. Beiden ist gemein, dass sie Konzepte in der Pflege darstellen, die der Bewegung einen hohen Stellenwert zukommen lassen (Urbas, 2016, S.13; Krohwinkel, 2013, S. 88). Diese Erkenntnis spiegelt sich auch in der Aktivierend-therapeutischen Pflege wieder, da sich einer der drei Handlungs- und Pflegeschwerpunkte auf die Bewegung bezieht (Bartels et al., 2016, S. 24).

Im Rahmen dieser Arbeit kristallisierte sich heraus, dass eine klare Abgrenzung zu der rehabilitativen Pflege nicht möglich ist, da laut den eingangs beschriebenen Definitionen die Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie immanenter Bestandteil der rehabilitativen Pflege ist. Das Ziel der ATP-G, die größtmögliche Mobilität des Menschen und das größtmögliche Maß an Selbstständigkeit und Teilhabe zu erreichen (Bundesverband Geriatrie e.V., zitiert nach Wieck; Langer, 2009, S. 32) findet sich in der Definition von Pflege wieder. Denn nach Ansicht der Autorin geht eine bestmögliche Lebensqualität (Spichiger et al., 2006, S. 51) mit einer größtmöglichen Selbstständigkeit einher. Zudem findet sich oben genanntes Ziel der ATP ebenso in der Definition der rehabilitativen Pflege wieder, die darauf abzielt, die Selbstpflegefähigkeit zu erhalten bzw. Einschränkungen zu kompensieren (Müller, 2000, S. 23). Damit ist das Ziel dieser Arbeit, herauszufinden, ob eine Abgrenzung der Aktivierend-therapeutischen Pflege zur rehabilitativen Pflege möglich ist, erreicht, auch wenn die Antwort darauf nur negativ ausfallen kann.

Zu diesem Zeitpunkt existiert nur sehr wenig Literatur, die sich mit der Aktivierend-therapeutischen Pflege beschäftigt, weshalb die Autorin das Kapitel 7 auf drei Quellen von Friedhilde Bartels und eine weitere Quelle, welche die Evaluation des Konzeptes der ATP-G thematisiert, stützt. In dieser Evaluation des Konzeptes der ATP-G, wie in Kapitel 7 erwähnt, fand das Forscherteam heraus, dass diese in der Geriatrie zwar bereits umgesetzt wird, aber an vielen Stellen der theoretische Hintergrund oftmals nicht bekannt ist. Daher stellt sich der Autorin weiter die Frage, wie es möglich ist, bereits im Rahmen der Ausbildung zur Pflegefachkraft, unabhängig vom Bereich des Einsatzes, beispielsweise Krankenhaus, Rehabilitation oder Altenheim, die theoretischen Hintergründe dieses Konzeptes zu verankern? Nach Ansicht der Autorin geht es bei dem Konzept nicht nur um das professionelle Handeln im Rahmen der Pflege, wie es diese Arbeit beschreibt. Vielmehr ist eine gewisse Haltung bei den Pflegekräften wichtig, auch tatsächlich nur ein solch geringes Maß

an Pflege zu übernehmen, wie es nötig ist, um ein größtmögliches Maß an Selbstständigkeit beim Patienten zu erlangen und diesen weitestgehend zu aktivieren. Auch wenn das, wie in der Evaluation des Konzeptes beschrieben, ein höheres Maß an personalen und zeitlichen Ressourcen erfordert. Daher erscheint es mir sinnvoll, zukünftig ein Konzept zu entwickeln, welches die Aktivierend-therapeutische Pflege nicht nur theoretisch im Rahmen eines Pflegekonzeptes in die Pflegeausbildung integriert. Sinnvoll wäre zudem, dies praktisch, sowohl in den Ausbildungseinrichtungen in Zusammenarbeit mit den Praxisanleitungen der Auszubildenden, als auch im praktischen Pflegeunterricht im Rahmen der schulischen Ausbildung, zu thematisieren.

III. Literaturverzeichnis

- Acklau, S.; Gödecker, L.; Kaden, A.; Jahn, P. (2016) Aktivierende-therapeutischen Pflege in der Geriatrie. Evaluation eines Praxiskonzepts. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 49. Jahrgang, Heft 7, S. 612 - 618, Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag
- Bartels, F.; Eckardt, C.; Wittekind, S.; Wittrich, A. (2016) Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Bartels, F. (Hrsg.). (2019) Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie. Band 2: Praktische Umsetzung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Bartels, F.; Eckhardt, C. (2017) Positionierungskissen in der ATP-G. In: Geriatrie und Gerontologische Pflege, 1. Jahrgang, Heft 2, S. 73 - 76, Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- BIKA Bobath Initiative Kranken- und Altenhilfe e.V. (2015) Definitionen. Online verfügbar unter http://www.bika.de/fileadmin/user_upload/Dateien_Instruktoren/user_upload/Definition_-_Fazilitation.pdf, abgerufen am 06.12.2018
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2008) Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Heft 6. Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation. Online verfügbar unter https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Geriatrie.pdf, abgerufen am 22.11.2018
- Bundesverband Geriatrie e.V. (2010) Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf - Status Quo und Weiterentwicklung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. 2. Auflage
- de Gruyter Verlag (Hrsg.). (2011) Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2012. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, 263. Auflage
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. (o. J.) Die Bedeutung professioneller Pflege. Online verfügbar unter <https://www.dbfk.de/de/themen/Bedeutung-professioneller-Pflege.php>, abgerufen am 12.12.2018
- Deutsche Fachgesellschaft Aktivierend-therapeutische Pflege e.V. (2016) Pressemitteilung zur Gründung der Deutschen Fachgesellschaft Aktivierend-therapeutische Pflege e.V. Online verfügbar unter <https://www.dgatp.org/pressemitteilungen>, abgerufen am 18.08.2018
- Deutsche Fachgesellschaft Aktivierend-therapeutische Pflege e.V. (2015) Sektionen. Online verfügbar unter <https://www.dgatp.org/sektionen>, abgerufen am 06.12.2018
- DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (o.J.) Klassifikationen – OPS. Online verfügbar unter <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/ops/>, abgerufen am 14.12.2018
- DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2018) OPS Version 2019. Online verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2019/block-8-55...8-60.htm>, abgerufen am 14.12.2018

- Friedhoff, M.; Jacobs, G. (2015) Ein Konzept – Kein Rezept. In: Pflegezeitschrift, 68. Jahrgang, Heft 1, S. 12 - 16, Berlin: Springer Medizin Verlag
- International Council of Nurses (2002) Nursing Definitions. Online verfügbar unter <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>, abgerufen am 12.12.2018
- Jacobs, G.; Kohl, R. (2012) Stützen, fördern, anleiten. Grundlagen des Bobath-Konzeptes. In: Pflegezeitschrift, 65. Jahrgang, Heft 1, S. 16 - 19, Berlin: Springer Medizin Verlag
- Krohwinkel, M. (2013) Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs – Forschung, Theorie und Praxis. Bern: Verlag Hans Huber
- Lautenschläger, S.; Immenschuh, U.; Wallesch, C.-W.; Behrens, J. (2012) Plädoyer für den Leistungsbereichen entsprechende Leistungskataloge in der Pflege. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 11. Jahrgang, Heft 1
- MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2012) Begutachtungs- Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation.
- Mohr, L. (o. J.) Was ist basale Stimulation. Ein Vorschlag zur Begriffsbestimmung. Online verfügbar unter <https://www.basale-stimulation.de/was-ist-basale-stimulation/>, abgerufen am 13.11.2018
- Müller, D. (2000) Pflege in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Eine explorative Untersuchung über ihre Voraussetzungen, Inhalte und Perspektiven. Frankfurt: Mabuse Verlag GmbH
- Neumann-Ponesch, S.; Höller, A. (2011) Gefühlsarbeit in Pflege und Betreuung. Sichtbarkeit und Bewertung gelungener Beziehungsarbeit. Wien: Springer-Verlag
- Redaktion Schule und Lernen (Hrsg.). (2002) Schülerduden Psychologie. Ein Lexikon zum Grundwissen der Psychologie. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag. 3. Auflage
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2016) Prävalenz von körperlicher Gebrechlichkeit (Frailty). Faktenblatt zu DEGS1: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2008 – 2011). RKI, Berlin. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/degs1/gebrechlichkeit_frailty.pdf?__blob=publicationFile, abgerufen am 13.11.2018
- Roes, M. (2009) Aktivierende und/oder rehabilitative Pflege. In: Heilberufe, 61 Jahrgang, Heft 8, S. 17 - 18, München: Springer Medizin/Urban & Vogel GmbH
- Schumann, S. (2018) Was ist Aktivierend-therapeutische Pflege. Online verfügbar unter <https://www.dgntp.org/definition-atp>, abgerufen am 29.11.2018
- Spichiger, E.; Kesselring, A.; Spirig, R.; De Geest, S. (2006) Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. In Pflege, ohne Jahrgang, Heft 19, S. 45 - 51, Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG

- Statistisches Bundesamt (2013) Pflegestatistik 2011. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeKreisvergleich.html>, abgerufen am 12.11.2018
- Statistisches Bundesamt (2015) Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204159004.pdf?__blob=publicationFile, abgerufen am 12.11.2018
- Statistisches Bundesamt (2017) Pflegestatistik 2015. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile, abgerufen am 12.11.2018
- Urbas, L. (2016) Das Bobath-Konzept. Therapieunterstützende aktivierende Pflege. In: CNE.fortbildung, ohne Jahrgang, Heft 1, S. 12 - 16, Stuttgart: Thieme Verlag
- Viebrock, H.; Forst, B. (Hrsg.). (2008) Bobath. Therapiekonzepte in der Physiotherapie. Stuttgart: Thieme Verlag
- Wieck, S.; Langer, A. (2009) Mobil im Alter. In: Heilberufe, 61 Jahrgang, Heft 10, S. 32 - 33, München: Springer Medizin/Urban & Vogel GmbH

IV. Anhang

Anhang 1 - bezogen auf Kapitel 4 Seite 8

Anhang

Definition professioneller Pflege

Professionelle Pflege fördert und erhält Gesundheit, beugt gesundheitlichen Schäden vor und unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien. Dies mit dem Ziel, für betreute Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen.

Professionelle Pflege ...

- ... richtet sich an Menschen in allen Lebensphasen, an Einzelpersonen, Familien, Gruppen und Gemeinden, an Kranke und deren Angehörige, sowie an Behinderte und Gesunde.
- ... umfasst, auf einem Kontinuum, Aufgaben zur Gesundheitserhaltung und -förderung, zur Prävention, in der Geburtsvorbereitung und Geburtshilfe, bei akuten Erkrankungen, während der Rekonvaleszenz und Rehabilitation, in der Langzeitpflege sowie in der palliativen Betreuung.
- ... beruht auf einer Beziehung zwischen betreuten Menschen und Pflegenden, die von letzteren geprägt ist durch sorgende Zuwendung, Einfühlbarkeit und Anteilnahme. Die Beziehung erlaubt die Entfaltung von Ressourcen der Beteiligten, die Offenheit für die zur Pflege nötigen Nähe und das Festlegen gemeinsamer Ziele.

- ... erfasst die Ressourcen und den Pflegebedarf der betreuten Menschen, setzt Ziele, plant Pflegeinterventionen, führt diese durch (unter Einsatz der nötigen zwischenmenschlichen und technischen Fähigkeiten) und evaluiert die Ergebnisse.
- ... basiert auf Evidenz, reflektierter Erfahrung und Präferenzen der Betreuten, bezieht physische, psychische, spirituelle, lebensweltliche sowie soziokulturelle, alters- und geschlechtsbezogene Aspekte ein und berücksichtigt ethische Richtlinien.
- ... umfasst klinische, pädagogische, wissenschaftliche sowie Führungsaufgaben, die ergänzend von Pflegenden mit einer Grundausbildung und solchen mit unterschiedlichen Weiterbildungen, von Generalisten/Generalistinnen und Spezialisten/Spezialistinnen wahrgenommen werden.
- ... erfolgt in Zusammenarbeit mit den betreuten Menschen, pflegenden Angehörigen und Mitgliedern von Assistenzberufen im multiprofessionellen Team mit Ärzten und Ärztinnen (verantwortlich für medizinische Diagnostik und Therapie) und Mitgliedern anderer Berufe im Gesundheitswesen. Dabei übernehmen Pflegenden Leitungsfunktionen oder arbeiten unter der Leitung anderer. Sie sind jedoch immer für ihre eigenen Entscheide, ihr Handeln und Verhalten verantwortlich.
- ... wird sowohl in Institutionen des Gesundheitswesens als auch außerhalb, überall wo Menschen leben, lernen und arbeiten, ausgeübt.

Entwickelt für das Projekt «Zukunft Medizin Schweiz» der SAMW (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften)

- Quelle: Spichiger, E.; Kesselring, A.; Spirig, R.; De Geest, S. (2006) Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. In Pflege, ohne Jahrgang, Heft 19, S. 45 - 51, Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG

Um als Person Aktivitäten des Lebens realisieren und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können, benötigt der Mensch selbst Fähigkeiten und er benötigt Ressourcen aus seiner Umgebung, um:	
Kategorie	Fähigkeiten und Ressourcen
1. kommunizieren zu können	<p>Hier geht es darum,</p> <ul style="list-style-type: none"> • sich seiner Umgebung bewusst sein zu können • sich und seine Umgebung wahrnehmen und verstehen zu können • sich mitteilen und sich verständlich machen zu können • sich durch Berührung wahrzunehmen und mit anderen kommunizieren zu können (Krohwinkel, 2013, S. 88)
2. sich bewegen zu können	<p>Hierbei geht es darum, sich als Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> • unabhängig und sicher bewegen zu können • koordiniert und symmetrisch zu bewegen und dabei im Gleichgewicht bleiben zu können • sich ohne Schmerzen bewegen zu können (Krohwinkel, 2013, S. 116)
3. vitale Funktionen aufrecht erhalten zu können	<p>Dies bedeutet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • atmen zu können • seine Herzätigkeit aufrecht zu erhalten • seinen arteriellen und venösen Kreislauf aufrecht zu erhalten • seinen lymphatischen Kreislauf funktionsfähig zu halten • seinen Wärmehaushalt im Gleichgewicht zu halten

	<ul style="list-style-type: none"> • seinen Flüssigkeitshaushalt bilanziert zu halten • seinen Stoffwechsel im Gleichgewicht zu halten • seinen Hormonhaushalt aufrecht zu erhalten • seine Immunfunktionen stabil zu halten • seine Zellstrukturen zu erhalten • seine nervalen Funktionen aufrecht zu erhalten (Krohwinkel, 2013, S. 135)
4. sich pflegen zu können	<p>Diese Kategorie beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sich selbst waschen und abtrocknen zu können • sich selbst duschen zu können • sich selbst baden zu können • selbst die Haut pflegen können • sich selbst rasieren/den Bart pflegen zu können • selbst die Haare pflege zu können • selbst die Nägel pflegen zu können • selbst den Mund pflegen zu können (Krohwinkel, 2013, S. 152)
5. sich kleiden zu können	<p>Hier geht es darum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kleidung auszuwählen • sich anzukleiden • sich auszukleiden • Strümpfe an- und auszuziehen • Schuhe an- und auszuziehen • Kleidung selbst zurechtzulegen / wegzuräumen (Krohwinkel, 2013, S. 163)
6. ausscheiden zu können	<p>In dieser Kategorie benötigt der Mensch Fähigkeiten und Ressourcen, um</p> <ul style="list-style-type: none"> • selbst eine Toilette aufsuchen zu können

	<ul style="list-style-type: none"> • selbst eine Toilette benutzen zu können • selbst Urin ausscheiden zu können • selbst Stuhl ausscheiden zu können (Krohwinkel, 2013, S. 165)
7. essen und trinken zu können	<p>Hierbei geht es darum,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Speisen und Getränke selbst zuzubereiten • Speisen und Getränke selbst auszuwählen • Speisen zu zerkleinern • Speisen und Getränke zum Mund zu führen • zu kauen • zu schlucken • ausreichend und mit Appetit zu essen • ausreichend zu trinken (Krohwinkel, 2013, S. 175)
8. ruhen, schlafen und sich entspannen zu können	<p>In dieser Kategorie stellen sich die Fragen nach</p> <ul style="list-style-type: none"> • gutem / erholsamen Schlaf • guter / erholsamer Ruhe und Entspannung (Krohwinkel, 2013, S. 182)
9. sich beschäftigen, lernen und sich entwickeln zu können	<p>Hierbei geht es darum, ob die Person</p> <ul style="list-style-type: none"> • sich selbst beschäftigen kann • lernen und sich entwickeln kann (Krohwinkel, 2013, S. 195)
10. die eigene Sexualität leben zu können	<p>Diese Kategorie fragt danach, ob der Mensch</p> <ul style="list-style-type: none"> • seine sexuellen Bedürfnisse befriedigen und dabei fördernde Erfahrungen machen kann (Krohwinkel, 2013, S. 196)
11. für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können	<p>Hier geht es darum, ob der Mensch</p>

	<ul style="list-style-type: none">• Gefahren erkennen und sich entsprechend verhalten kann• selbst für einer fördernde Umgebung sorgen kann (Krohwinkel, 2013, S. 204)
--	---

Abb. 17: Grundlegende Erkenntnisse zu den Aktivitäten des Lebens (Abbildung entnommen und modifiziert aus Krohwinkel, 2013, S. 88ff)

Anhang 3

Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.
2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.
3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer Autor/innen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.
4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet, dies gilt auch für Bilder, Grafiken, Kopien oder Ähnliches.
5. Im Falle empirischer Erhebungen: Für die Veröffentlichung von Daten, Fakten und Zahlen aus Einrichtungen oder über Personen, auch in Interviews, die nicht öffentlich zugänglich sind, liegt mir eine Einverständniserklärung vor. Die Rechteinhaber/innen haben der Verwertung der Daten im Rahmen der BA-Arbeit schriftlich zugestimmt.
6. Ich bin damit einverstanden / ~~nicht einverstanden~~*, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
7. Ich bin damit einverstanden / ~~nicht einverstanden~~*, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den 25.01.2019

Katharina Schmidt

* Nichtzutreffendes streichen!