

Einführung

Demografische Entwicklung

Im Jahre 2030 werden mit über 30 % rund ein Drittel der in Deutschland lebenden Menschen über 65 Jahre alt sein. Des Weiteren ist die Gruppe der Hochaltrigen (80+) die am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe in der Bundesrepublik. Während 2013 4,4 Millionen 80-Jährige und Ältere in Deutschland lebten, wird ihre Anzahl 2060 mit insgesamt 9 Millionen etwa doppelt so hoch sein wie heute (Statistisches Bundesamt, 2015). Der Bericht des Statistischen Bundesamtes belegt jedoch zugleich, dass mit zunehmendem Alter auch der Anteil jener Menschen steigt, die sich gesundheitlich beeinträchtigt fühlen. Rund 18 % der im Jahr 2013 65 bis 69-Jährigen bezeichneten sich als krank oder unfallverletzt, in der Altersgruppe ab 75 Jahren waren es 28 %. Der Anteil der Senioren an allen Behandlungen im Krankenhaus stieg in den vergangenen zehn Jahren von 38,5 auf 43,2 % (Bundesverband Geriatrie, 2015).

Im Vergleich zu jüngeren Teilen der Bevölkerung ist der Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen bei alten und hochaltrigen Patienten deutlich erhöht.

Älterer Patient und geriatrischer Patient

Ein höheres Lebensalter ist mit physiologischen Veränderungen des alternden Organismus verbunden. So kommt es beispielsweise zu Veränderungen der Anteile von Muskelmasse, Körperfett und Wasser, zu Einschränkungen von Nieren- und Leberfunktion und zu Veränderungen der Abwehrleistung. Dies bedingt u. a. Auswirkungen auf Stoffwechselprozesse oder Arzneimittelwirkungen. Durch diese Prozesse und altersbedingte Funktionseinschränkungen, begrenzte Kompensations- und Anpassungsfähigkeit und der damit einhergehenden erhöhten körperlichen, kognitiven und emotionalen Instabilität sind geriatrische Patienten bei Neuerkrankungen akut gefährdet, Komplikationen oder Folgeerkrankungen zu erleiden, ihre Alltagskompetenz zu verlieren und dauerhaft pflegebedürftig zu werden.

Die erforderliche medizinische Betreuung des geriatrischen Patienten orientiert sich stets an der individuellen Erkrankung- und Lebenssituation. Somit ist das Ziel des geriatrischen Behandlungskonzepts, den Patienten bei

Alterungsprozess

Medizinische
Betreuung

der Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung der größtmöglichen Selbstständigkeit in einem weitgehend selbstbestimmten Alltag aktiv zu unterstützen.

Ganzheitliche Betreuung und Versorgung notwendig

Für die erfolgreiche Umsetzung dieses Behandlungskonzepts bedarf es einer ganzheitlichen Betreuung und Versorgung dieser Patientengruppe innerhalb eines flächendeckenden und abgestuften Versorgungsangebots. Unabhängig davon, ob es sich um eine ambulante geriatrische, akut-geriatrische oder geriatrisch-(früh-)rehabilitative Versorgung handelt, ist die prozessorientierte multiprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Fachberufe in einem therapeutischen Team unter ärztlicher Leitung erforderlich. In diesem Team arbeiten u. a. speziell ausgebildete Ärzte, Pflegekräfte, (Neuro-)Psychologen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, aber auch Sozialarbeiter und Seelsorger zusammen. Einen wesentlichen Bestandteil des multiprofessionellen geriatrischen Teams bilden die Pflegekräfte – überwiegend examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Altenpfleger mit geriatricspezifischen Kenntnissen. Die Maßnahmen der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie (ATP-G) sind unabdingbarer Bestandteil und Grundlage des individuellen Behandlungskonzepts, da durch diese eine Vielzahl von Patienten erst in die Lage versetzt wird, weitergehende Therapieangebote erfahren und wahrnehmen zu können.

Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Pflegefachkräften und Ärzten, des Bundesverbandes Geriatrie hat sich innerhalb eines Projekts mit dem komplexen Thema »Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie« intensiv auseinandergesetzt.

Bundesverband
Geriatrie

Der Bundesverband Geriatrie ist ein Verband von Klinikträgern, die rund 320 geriatrische Kliniken bzw. Einrichtungen betreiben und über ca. 22.000 Betten/Rehaplätze verfügen. So sind unter anderem fast alle größeren Klinikverbünde und -konzerne mit ihren geriatrischen Einrichtungen Mitglieder des Bundesverbandes.

Als Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe liegen eine Begriffsbestimmung der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie und eine Beschreibung der entsprechenden Maßnahmen vor.

Bei der Erarbeitung sowohl der Begriffsbestimmung als auch der Beschreibung der ATP-G hat sich die Arbeitsgruppe ausschließlich auf die dargestellten Besonderheiten der Patienten des Fachbereichs Geriatrie beschränkt, da es sich als kompliziert erwies, eine umfassende, die Spezifika der verschiedenen Fachbereiche berücksichtigende Definition zu finden. Der alte Mensch passt in keine »Schema« oder »Raster«. Neben der bestehenden Multimorbidität macht die Beachtung seiner Individualität einschließlich seiner Lebenserfahrungen die Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie so umfangreich und komplex. Der hochaltrige Patient

kommt mit vielen Problemen – aber auch mit Ressourcen. Diese Ressourcen sind bei den Pflegemaßnahmen im Besonderen zu berücksichtigen.

Folgende Ziele wurden für die Begriffsbestimmung und für die Beschreibung der Pflegetätigkeiten in der Geriatrie verfolgt: Ziele

- bundeseinheitliche Beschreibung der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie
- anwendbar in geriatrischen Fachbereichen in Akutkrankenhäusern
- anwendbar in geriatrischen Rehabilitationsbereichen
- bisher in den Kliniken »gelebte« Pflegemodelle/Pflegetheorien sollen weitergeführt werden können
- einen Beitrag zu leisten zu einer strukturierten und fundierten Beschreibung der geriatricspezifischen Pflegeleistung
- Beachtung eingeführter Dokumentationssysteme und somit geringer zusätzlicher Dokumentationsaufwand

Beschreibung der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie (ATP-G)

Während frühere Ansätze in der Geriatrie sich hauptsächlich mit der Kompensation, dem Ausgleich oder dem Ersatz von auftretenden Defiziten im Alter befassten, stellt die ATP-G nicht nur eine »Hilfe zur Selbsthilfe« dar, sondern setzt sich gleichzeitig auch in Bereichen wie der Sekundärprävention fort. Der Patient erhält eine umfassende Beratung und Anleitung im Umgang mit Erkrankungen und Risikofaktoren sowie Hinweise zur Vermeidung von Komplikationen, z. B. Sturzprävention. Die Einbeziehung der Angehörigen ist in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung. So können Angehörige bspw. die Möglichkeit erhalten, an aktivierend-therapeutischen Leistungen der Pflege teilzunehmen. In Berufsgruppen übergreifenden Besprechungen werden die verschiedenen Therapiemaßnahmen abgesprochen, deren Effizienz überprüft und gegebenenfalls modifiziert.

Die Begriffsbestimmung und die Beschreibung der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie wurden im Rahmen einer der jährlichen Mitgliederversammlungen des Bundesverbandes Geriatrie vorgestellt, mit den im Verband vertretenen Fachdisziplinen des multiprofessionellen geriatrischen Teams diskutiert und verabschiedet.

Die bisher erarbeitete Beschreibung wurde im Rahmen eines klinischen Forschungsprojekts (Modul »Geriatrisch-gerontologische, pflegerische und therapeutische Maßnahmen«) im Studiengang Gesundheits- & Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg – Medizinische Fakultät Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft – einer Evaluation unterzogen. Dabei standen zwei Forschungsfragen im Mittelpunkt:

1. Welches sind die charakteristischen Merkmale der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie?
2. Welche bedeutsamen Elemente des Pflegeverständnisses professionell Pflegender in der stationären geriatrischen (Früh-)Rehabilitation lassen sich hieraus zur wissenschaftlich-theoretischen Fundierung des ATP-G-Konzepts ableiten?

Inwieweit die Beschreibung zu einer bundeseinheitlichen Leistungsdokumentation der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie, beispielsweise durch eine Ergänzung von entsprechenden Aufwandspunkten, etabliert werden kann, ist nach Abschluss der Evaluation noch zu beurteilen.

1 Begriffsbestimmung

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

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

und geht über die Grund- und Behandlungspflege hinaus.

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

Ziel ist,

Ziel

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

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

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

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

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

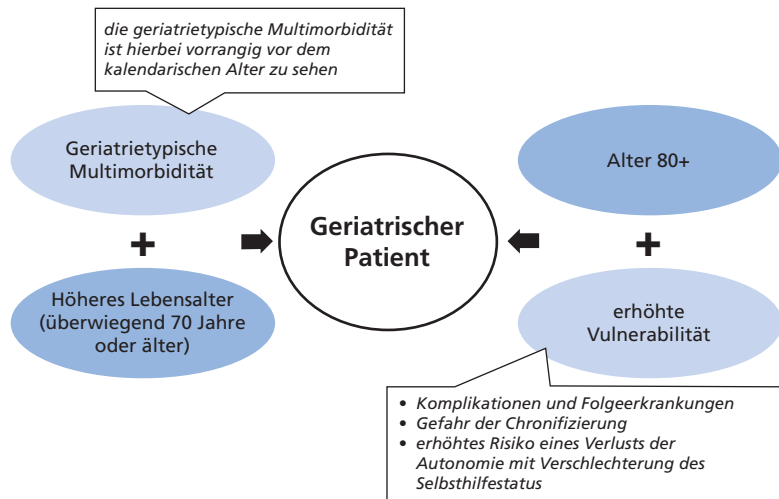
erarbeitet, umgesetzt und evaluiert.

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

- zielgerichteten Maßnahmen und
- aktivierend-trainierenden Aktivitäten

mit dem Betroffenen.

Abb. 1:
Definition des geriatrischen Patienten



Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie sowie der Bundesverband Geriatrie haben den geriatrischen Patienten definiert durch:

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

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

oder durch Alter 80+

aufgrund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z. B. wegen

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

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

2 Beschreibung

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

Die in den einzelnen Pflegemodellen bzw. -theorien aufgeführten Bereiche wurden durch die Arbeitsgruppe analysiert. Hierbei wurde ausgehend vom Pflegemodell nach Krohwinkel ein Vergleich der aufgeführten Teilbereiche dahingehend vorgenommen, ob sich diese in den ausgewählten Pflegemodellen/-theorien wiederfinden (► **Abb. 3**).

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

Des Weiteren wurden der »Katalog der therapeutischen Leistungen«, maßgeblich für die Rehabilitationskliniken, Functional Independence Measure (FIM) und International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) einer Analyse unterzogen. Die darin enthaltenen Bereiche (► **Abb. 4**) wurden einander zugeordnet, gegenüber gestellt und geprüft, ob sowohl in Akut- als auch in Rehabilitationseinrichtungen damit gearbeitet werden kann.

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

Abb. 2: Pflegemodelle/-theorien (Übersicht) (Uta Stenger)

Beispiel für Zuordnung

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

Abb. 3: Zuordnung der Pflegemodelle/-theorien (Beispiel) (Uta Stenger)