

Rehabilitationskonzepte für Menschen mit Pflegebedarf aus der Sicht der Pflegewissenschaft

Vjenka Garms-Homolová, Berlin

Einführung

Die Pflegeversicherung brachte Verbesserungen für Menschen mit Pflegebedarf mit sich, um die uns, die Deutschen, viele ausländische Experten beneiden. Sie setzte jedoch auch problematische Prämissen und Strategien fest, an deren unerwünschten Konsequenzen wir uns bis jetzt abarbeiten – nicht zuletzt auch bei dieser Tagung.

Eine solche Prämisse ist das Motto „Rehabilitation vor Pflege“. Dieses Motto ist nicht nur falsch, sondern hat gravierende negative Folgen. Es galt jedoch – und gilt vielen bis heute - als besonders fortschrittlich, weil es zeigt, dass die Gesundheitspolitik gewillt ist, den Menschen, die vom Verlust ihrer Fähigkeiten, von der Angewiesenheit auf Fremdhilfen und von einer sozialen Desintegration bedroht sind, noch eine „Besserungschance“ einzuräumen.

In Wirklichkeit ist dieses Motto falsch, vor allem deshalb, weil epidemiologische Fakten und typische Verläufe von den Erkrankungen außer Acht gelassen werden, die zu Verlusten und zum Pflegebedarf führen. Bei Menschen mit Pflegebedarf – die zum überwiegenden Teil alt sind (82% sind älter als 65 Jahre (Statistisches Bundesamt, 2010, 2011; Menning & Hoffmann, 2009) und von denen jeder Dritte hochbetagt ist (Statistisches Bundesamt, 2010 und 2011) - sind es fast ausschließlich chronische Zustände, die als Mehrfacherkrankungen auftreten. Unsere eigenen Untersuchungen an 7.505 Personen in Berliner Pflegeheimen, also den institutionalisierten Menschen mit Pflegebedarf zeigen, dass diese Personen, die im Durchschnitt 79 Jahre alt sind, durchschnittlich an 5 Erkrankungen gleichzeitig leiden. Nur 14% dieser Personen sind jünger als 65 Jahre, und 45% sind älter als 85 Jahre (Garms-Homolová et al., 2013). Diese Krankheiten führen von Zeit zu Zeit zu medizinischen Krisen, die in unserem System auch bei den hochaltrigen Menschen erstaunlich schnell überwunden werden. Doch die Betroffenen erreichen – trotz erfolgreicher Behandlungen – kaum den Zustand „Gesundheit“, und häufig auch nicht den Status, den sie vor dem akuten Ereignis hatten. Sie bleiben im „Zwischenbereich grenzwertiger Phänomene“ (Schwarz, et al., 2012) der akuten und aktuell behandlungsbedürftigen Erkrankung auf der einen Seite und „bedingten gesundheitlichen Stabilität“ auf der anderen Seite. Ihr Zustand (das heißt irgendeine von den fünf Erkrankungen) kann und wird mit großer Wahrscheinlichkeit immer wieder deteriorieren, sie werden behandelt, gepflegt, rehabilitiert und wieder gepflegt werden müssen.

Eine Schlaganfallpatientin braucht medizinische Behandlung mit Pflege, um überhaupt die gezielte Rehabilitation nach Schlaganfall bewältigen zu können, ihr Pflegebedarf verschwindet unter Umständen nicht. Sie kann aber wegen eines erneuten Schlaganfalls oder ihrer anderen Erkrankungen, die sie auch noch hat (Zur Erinnerung: Es sind im Durchschnitt fünf Erkrankungen!), eine Behandlung, Pflege, Rehabilitation und wieder Pflege benötigen.

Ihr Pflegebedarf kann anwachsen (aber auch sich reduzieren), ihre Rehabilitationsbedürftigkeit verschwindet trotzdem nicht.

Pflege kann also nicht an das Ende der Versorgungskette gestellt werden. Wenn überhaupt, müssen wir von **Rehabilitation bei Pflege reden** (Brandes, 2012), wenn das aus leistungspolitischen Gründen erforderlich ist. Noch besser wäre aber der Begriff der **kontinuierlichen und integrierten** Versorgung zu der sowohl Pflege, als auch Rehabilitation gehören, von **einer Verzahnung der Strategien und Maßnahmen mit unterschiedlichen Schwerpunkten, mit der Beteiligung verschiedener Gesundheitsberufe und mit wechselnden Intensitäten** – je nach der Situation und dem Zustand des Klienten. Die Vorstellung, dass Pflege dort greift, wo sonst keine Entwicklung möglich ist, transportiert in die Gegenwart die überwundene Tradition der Reichsversicherungsordnung. Diese hat keine Leistungen für Menschen vorgesehen, die nicht kurierbar waren und nicht mehr genesen konnten. Auf diese Weise waren Hunderttausende, ja Millionen Bundesbürger von lebenswichtigen Maßnahmen der Rehabilitation und auch Pflege abgeschnitten (Garms-Homolová & Schaeffer, 1992).

Dem Motto „Rehabilitation vor Pflege“ wohnt das „eindimensionale Missverständnis von Rehabilitation“ inne (Illhardt, 2000, S. 773). Dieser Begriff „eindimensionales Mittverständnis von Rehabilitation“ wurde von Illhardt (2000) benutzt, der darauf Bezug nahm, dass von Rehabilitation noch immer erwartet wird, dass sie der Gesellschaft ein vollständig funktionierendes Individuum zurückgibt. Das Individuum wird verpflichtet, seine gesellschaftliche Rolle zu erfüllen: Es soll „wieder eingegliedert“ werden (Brandes 2012). Das ist überwiegend ungeeignet für Menschen mit Pflegebedarf. Und es ist etwas völlig anderes als das, was die zeitgemäße Rehabilitation bei Menschen mit Behinderungen und mit Pflegebedarf heute erzielen will, nämlich

- die Befähigung zur (vielleicht einem Minimum an) Autonomie,
- Beseitigung der Benachteiligungen (Chancengleichheit)
- Bewahrung der gesellschaftlichen Teilhabe und
- Bewahrung von Lebensqualität.

Darüber hinaus wird der präventive Aspekt betont. Es geht darum, eine Verschlimmerung zu stoppen und die Restbestände der Gesundheit, der Fähigkeiten, der sozialen Einbindung und Autonomie zu erhalten. Auch noch bei Menschen mit einer mittleren bis schweren Demenz sind wir bemüht, die Alltagsautomatismen zu erhalten.

Theoretische Grundlagen des Beitrags von Pflege zur Rehabilitation beziehungsweise der „rehabilitativen Pflege“

Welche Voraussetzungen hat Pflege, um zu der Erfüllung solcher Ziele bei Menschen mit Pflegebedarf beizutragen? Pflege mangelt es nicht an theoretischen Konzepten, die mit dem heutigen Verständnis von Rehabilitation im Einklang stehen. Schon eine der ersten ihrer Theoretikerinnen, nämlich Virginia Henderson (1897-1996), sah die Aufgabe der Pflege in ihrem Beitrag zur Rückgewinnung der Autonomie des Patienten. Ganz fortschrittlich erkannte sie auch, dass sich Pflege an der Schaffung von Bedingungen beteiligen soll, die zur Autonomie notwendig sind (Umweltaspekt). In den 70er Jahren fanden die Grundsätze der

Salutogenese (Antonovsky, 1979) und die psychologischen Ressourcentheorien Eingang in die Pflgetheorien (Newman, 1979). Pflege sollte an den „gesunden“ körperlichen und psychischen beziehungsweise psychosozialen Reserven ansetzen (ressourcenorientierte Pflege). Das Handlungskonzept von Pflege (Weidner, 1995) – der Pflegeprozess – startet bei der Beurteilung des Patientenzustands und Feststellung der „Ressourcen“, um an diesen (nicht nur an den ebenfalls festgestellten Problemen) das pflegerische Eingreifen auszurichten.

Den vielleicht relevantesten Beitrag zur pflegetheoretischen Fundierung von „rehabilitativen Pflege“ leistete Dorothy Orem mit ihrem Konzept der Selbstpflege (Orem, 1985, 1991). Selbstpflege bei Orem „sind Aktivitäten, das jedes Individuum initiiert und praktiziert, um am Leben zu bleiben, seine/ihre Gesundheit und ebenso das Wohlbefinden zu erhalten Orem 1991, 117). Anders ausgedrückt: zur Selbstpflege gehören alle lebenswichtigen Aktivitäten, die selbständig bewältigt werden (können). Fremdpflege wird erst dann erforderlich, wenn ein Selbstpfledefizit auftritt, zum Beispiel, weil die individuelle Kompetenz und die (Selbstpflege)Erfordernis aus dem Gleichgewicht geraten. Das geschieht im Falle der Bevölkerung, um die es hier geht, am ehesten bei Erkrankungen oder weil das Selbstpflegeerfordernis das Maß des „Normalen“ übersteigt. Das Erfordernis Rehabilitation wird in diesem Konzept so ausgedrückt, dass jedes Individuum von Zeit zu Zeit befähigt werden muss (empowerment), um seine Selbstpflegekompetenz zu bewahren. Auch die Befähigung des Individuums dazu, sein Verhalten an die bestehenden Einschränkungen anzupassen, gehört zum Konzept der Selbstpflege. Die Fremdpflege muss nach Orem immer legitim sein: das selbstbestimmte Individuum, das die Einschränkung seiner Pflegekompetenz erfährt, ist immer an der Entscheidung beteiligt, welche Maßnahme und wie viel davon es braucht. Dieses ist die Vorstellung von Autonomie, das sich durch die gesamte Theorie von Orem durchzieht.

Rehabilitative Pflege / Pflege im Rehabilitationsverfahren

Es wird deutlich: Pflege besitzt theoretische Konzepte, die sich als Grundlagen für eine rehabilitative Pflege durchaus eignen und mit dem zeitgemäßen Verständnis von Rehabilitation im Einklang sind. So stellte Orem ihre Betrachtung der Selbstpflege in den gesellschaftlichen und umweltlichen Kontext (Lutz & Bowers, 2003) – ähnlich wie es in der erst später formulierten WHO-Definition zum Ausdruck kommt (WHO 1981). Doch bietet weder ihr Konzept noch bieten andere Pflgetheorien eine „Anleitung“ zum Handeln. Sie werden vielmehr als „Anregungen zum Reflektieren und zur Erweiterung von Handlungsspielräumen begriffen“ (in Wied & Warmbrunn, 2012, S. 650).

Katrin Theis und ich haben versucht (im Rahmen des Projekt „Gewährleistung von Aspekten persönlicher Lebensführung und Teilhabe bei Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf“), die Aufgaben der Pflegemitarbeiter/innen auf der Basis der Selbstpflege Theorie herauszuarbeiten (Eggert, Garms-Homolová & Theiss, 2005; Garms-Homolová & Theiss, 2006). Unsere Übersicht für stationäre Pflege (hier ohne Aufgaben für Leitungskräfte und für die „Organisation“) besagt, dass dazu gehören:

- Diagnostizieren der Selbstpflegekompetenz und von deren Defiziten, sowie des Pflegebedarfs (Assessment)
- Stärken von Motivation der Bewohner/innen zur Selbstpflege

- Überzeugen von Angehörige, dass die/der Bewohner/in im gegebenen Umfang zur Selbstpflege fähig ist, und dass Selbstpflege sinnvoll wäre
- Erarbeiten eines Plans aktivierender Pflege,
- Legitimität der Fremdpflege reflektieren
- Verzicht auf Maßnahmen der nichtindizierten Ruhigstellung und Schlafverlängerung
- Lernen mit Psychopharmaka und Hypnotika umzugehen
- Kooperieren mit den Bewohner/innen, statt sie „nur“ zu versorgen
- Beteiligung der Bewohner an der Pflegeplanung und laufende Aktualisierung der Pflegeplanung entsprechend der Entwicklung der Bewohner/innen
- Evaluierung der erreichten Pflegeziele und soweit möglich, Beteiligung der Bewohner/innen (und Angehörigen) an der Evaluation.

Diese von D. Orems Konzept abgeleiteten Tätigkeiten sind geeignet, die Partizipation und Selbstbestimmung zu fördern. Doch auch wir haben es nicht vermocht, zwischen der rehabilitativen Pflege und „nur Pflege“ zu unterscheiden.

Ähnlich betonen Elke Hotze und Christoph Winter (2011, S. 548), dass es keine Definition des Verhältnisses von Pflege und Rehabilitation gibt und verweisen auf die Vielzahl existierender Begrifflichkeiten: Rehabilitationspflege, rehabilitationsbezogene Pflege, rehabilitative Pflege, aktivierende Pflege. Ich selbst benutze oft „rehabilitationsorientierte Pflege“. Hotze und Winter (2011) verweisen auf die Priorisierung der medizinischen Rehabilitation und unterstreichen, dass sich Pflege derart im Schlepptau der Medizin befand, dass die Versuche, so etwas wie rehabilitative Pflege zu definieren, gar nicht stattgefunden haben.

So gibt es eine Vielzahl von ungefähren Beschreibungen der „rehabilitativen Pflege“ beziehungsweise „Pflege in der Rehabilitation“:

- Pflegerische Einflussnahmen auf die physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen der größtmöglichen Eigenaktivität und unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, mit dem Ziel, die Selbständigkeit erhalten, wiedererlangen und zwar auch in einer veränderten Situation, die sich zum Beispiel aus einer fortschreitenden Gesundheitsbeeinträchtigung ergibt.
- Andere Beschreibung lautet: Förderung eines Minimums an organisatorischen Funktionstüchtigkeit, Autonomie und Selbstbestimmung, damit dem Individuum mit Beeinträchtigungen der Zugang zu den Optionen ermöglicht wird, die auch den nicht beeinträchtigten Menschen zur Verfügung stehen.

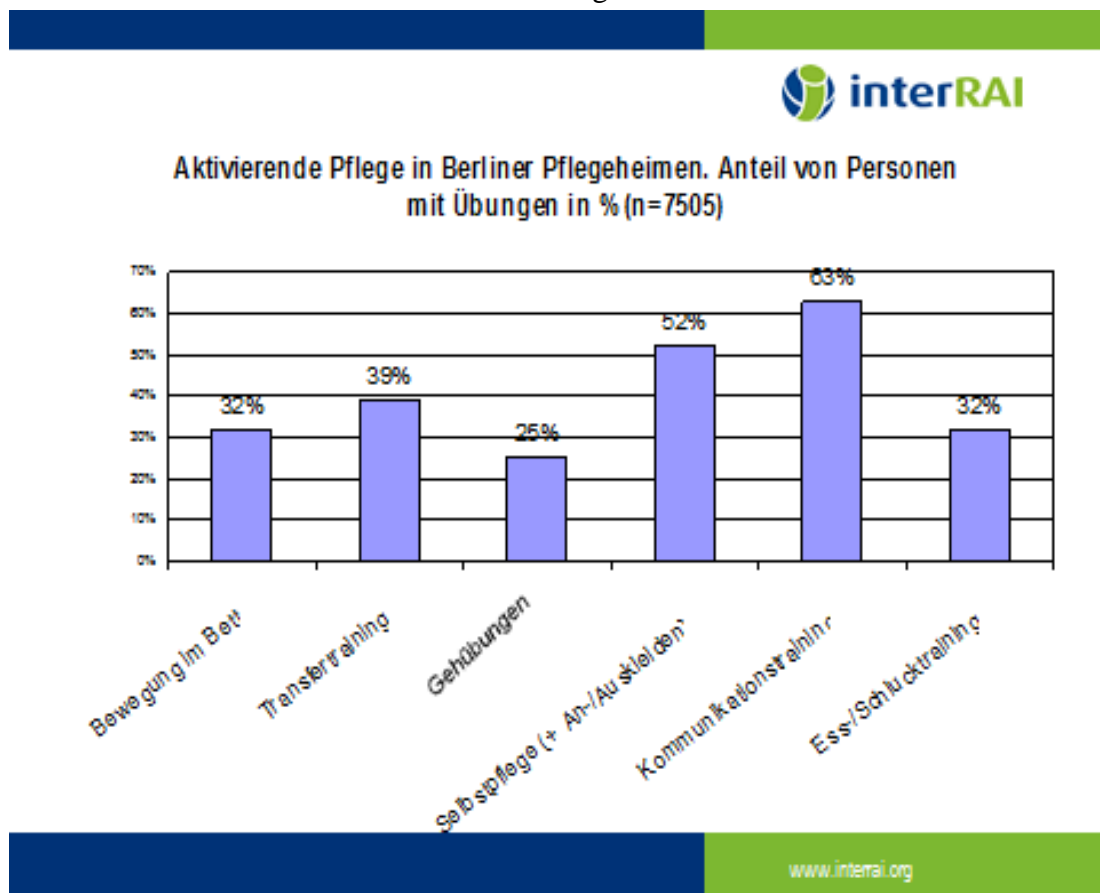
Jedoch ist offensichtlich, dass es eine herausragend wichtige Zukunftsaufgabe bleibt, die „rehabilitative Pflege“ zu definieren und ihre Zielsetzungen sowie Aufgaben zu spezifizieren. Ohne diese Definition und ohne die Spezifizierung von Aufgaben der rehabilitativen Pflege kann nicht entschieden werden, welche Qualifikation (Wissen, Kompetenzen und Fertigkeiten) werden für sie benötigt.

Konzept der aktivierenden Pflege

Aktivität und Partizipation sind spezifische Zielgrößen der Rehabilitation. In der Pflege ist der Begriff „Aktivierende Pflege“ sehr weit verbreitet. „Aktivierende Pflege“ findet sich in Gesetzen und in der Selbstdarstellung zahlreicher Pflegeanbieter. Sie ist jedoch nur ungefähr definiert. Oft wird auch vom aktivierenden, ressourcenorientierten Pflegekonzept gesprochen. Das Ziel aktivierender Pflege ist die Reduzierung der Abhängigkeit des Patienten und Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen bei jeder Pflegemaßnahme. Die Funktion der professionellen Pflege ist „weniger machen, eher anzuleiten“. Der/die Klient/in soll befähigt werden, sich an allen Handlungen (speziell der Grundpflege) zu beteiligen, ohne überfordert zu werden (Schultz et al, 2008). Obwohl implizit gehofft wird, dass dabei verlorengegangene Fähigkeiten wiedererlangt werden können, ist dieses nicht explizit intendiert. Diese Ziele sollen überprüft und wahrscheinlich auch verändert werden.

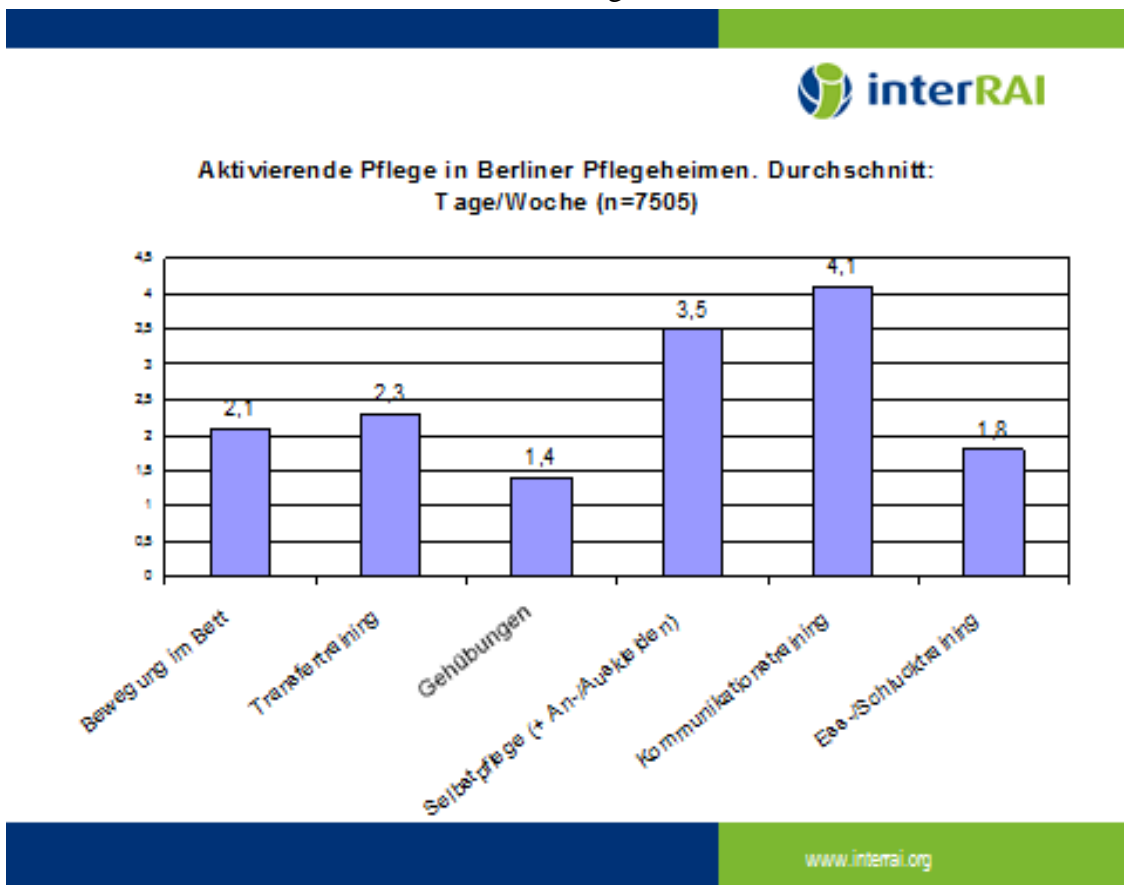
In 39 Berliner Pflegeheimen untersuchten wir über drei Jahre (von 2006 bis 2008), wie weit die aktivierende Pflege auch bei Menschen in der stationären Langzeitpflege praktiziert wird (Garms-Homolová und Theiss, im Druck). Als Methode nutzten wir das Minimum Data Set (MDS) des Resident Assessment Instrument 2.0 (RAI 2.0) in seiner deutschen Version (Garms-Homolová & Gilgen, 2000).

Abbildung 1:



Das Assessment wurde jährlich bei rund 2500 Pflegeheimbewohner/innen durchgeführt, wobei die pflegerische Aktivierung und Mobilisierung¹ an sieben Tagen einer Woche systematisch erfasst wurden, und zwar dann, wenn sie pro Tag mindestens 15 Minuten gedauert haben. Wenn keine Maßnahme stattgefunden oder ihre Dauer 15 Minuten unterschritten hat, wurde sie nicht verzeichnet. Die Ergebnisse beruhen auf den Angaben der Pflegekräfte. Die Abbildung 1 zeigt Durchschnittswerte für alle drei Jahre (n=7505). Es handelt sich um die Anteile von Bewohner/innen, bei denen die entsprechenden Übungen stattgefunden haben. Es fällt auf, dass besonders die „Gehübungen“ nur einer kleinen Gruppe von Bewohner/innen zu Gute kamen, obwohl die eigene Bewegung (das Gehen) eine ganz wichtige Voraussetzung der Selbstbestimmung ist, und zwar nicht nur in körperlicher, sondern auch in sozialer Hinsicht. Wer immobil ist, der /die kann seine/ihre Bezugspersonen nicht aufsuchen, sondern muss warten, wer zu ihm /ihr kommt. Die durchschnittlichen „Häufigkeiten“ der aktivierenden Pflege (Anzahl der Tage pro Woche - Abbildung 2) bestätigt, dass das Gehen und Essen selten, das heißt nur an einem Tag in der Woche geübt wurden.

Abbildung 2

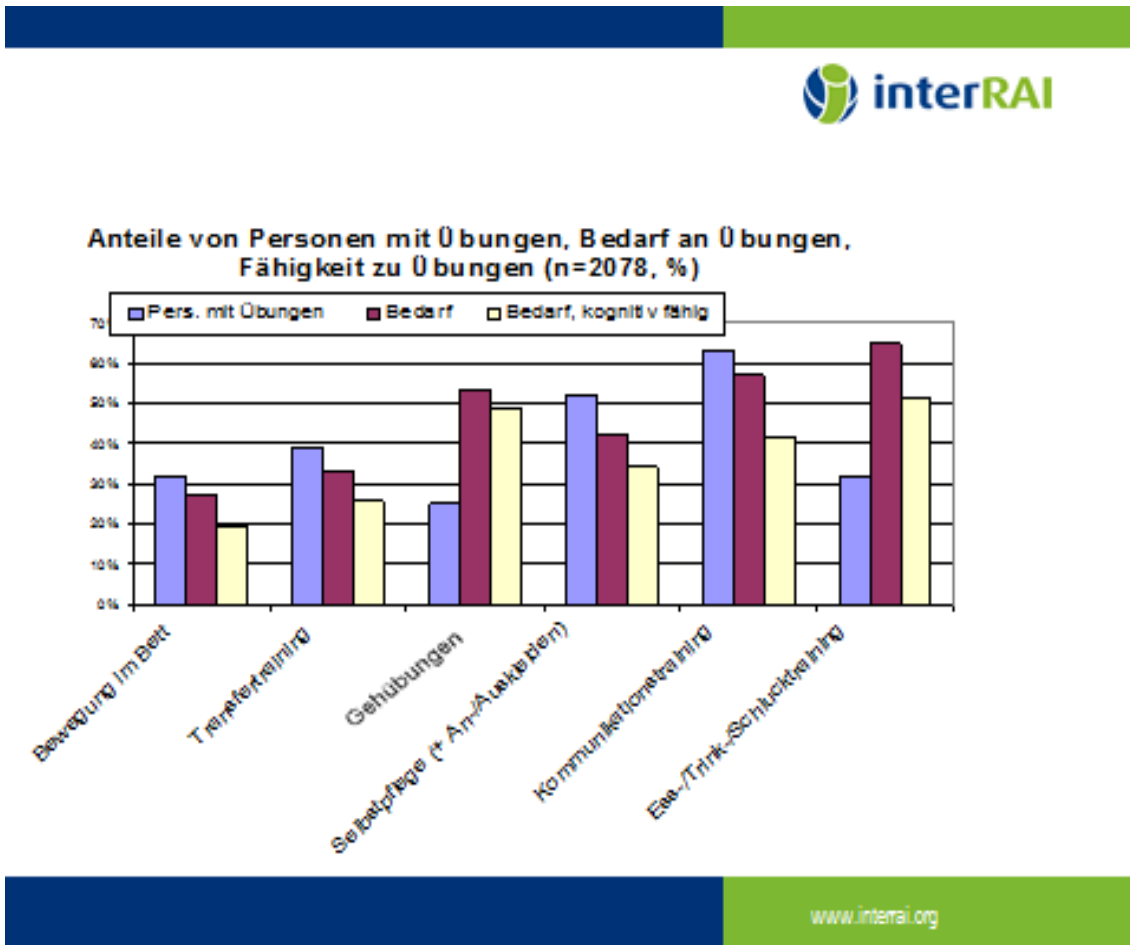


Im welchen Verhältnis stehen die geleisteten Übungen zum vorhandenen Bedarf? Um das festzustellen, analysierten wir die ADL-Fähigkeiten der Pflegeheimbewohner/innen. Als Grundlage dienten und die zum MDS des RAI 2.0 gehörenden Items des ADL-Index

¹ Diese Daten geben nur die Aktivierung und Mobilisierung durch Pflegekräfte wieder. Maßnahmen von ausgebildeten Physiotherapeuten /Ergotherapeuten wurden gesondert erfasst und bleiben in diesem Referat unberücksichtigt.

(Activity of Daily Living). Wir berücksichtigten die ADL-Fähigkeiten, die von den Pflegekräften trainiert werden: Bewegung im Bett, Transfer, Gehen, An-/Auskleiden und persönliche Hygiene. Ferner betrachteten wir die Kommunikationsitems (Verstehen anderer und sich verständlich machen). Wir identifizierten die Bewohner/innen, die in den genannten Tätigkeiten nicht unabhängig waren, aber doch fähig waren, sich an deren Ausübung zu beteiligen (wenn auch mit Hilfe) als Menschen „mit Bedarf“. „Vollständig abhängige Personen“ wurden nicht berücksichtigt.

Abbildung 3



Die mittleren, roten Säulen in der Abbildung 3 zeigen, dass bei der Bewegung im Bett, dem Transfer, der Selbstpflege und Kommunikation mehr Menschen aktiviert wurden, als unbedingt notwendig. Beim Gehen und Essen/Trinken bleibt der Bedarf jedoch ungedeckt. Danach untersuchten wir die kognitiven Fähigkeiten der Bewohner/innen „mit Bedarf“. Wir wollten sicher gehen, dass sie soweit intakt waren, dass diese Bewohner/innen den Aktivierungsaufforderungen folgen konnten. Zu dieser Untersuchung verwendeten wir die Cognitive Performance Scale (CPS) des RAI 2.0 (Morris et al., 1994; Hartmaier et al., 1995). Die Ergebnisse zeigen, dass die aktivierenden Übungen der Bewegung im Bett, des Transfers, der Selbstpflege und Kommunikation offenbar auch kognitiv beeinträchtigten Personen zu Gute kommen, aber dass die Aktivierung beim Gehen und Essen/Trinken nicht die Personen mit Bedarf und entsprechender kognitiver Fähigkeit erreicht (Abbildung 3).

Wie schon angedeutet, wird die „aktivierende Pflege“ nicht unbedingt als ein Beitrag zur Rehabilitation verstanden, sie wird eher als Prävention angesehen (z. B. Prävention von Stürzen, von Kontraktoren etc.). Hier, wie schon in den vorher dargestellten theoretischen Grundlagen zeigt sich, dass bei Menschen mit Pflegebedarf „Prävention und Rehabilitation“ kaum zu trennen sind. Ulla Walter (2008, S. 252) kritisiert in ihrer Abhandlung über die „Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter“ diese fehlende Verzahnung, die weder den lebensweltlichen Erfahrungen und Bedürfnissen der Klient/innen entspricht, noch den Anforderungen an die optimale Versorgung.

Obwohl in der gegenwärtigen Situation die „aktivierende Pflege“ fast das einzige ist, was Pflege zur Rehabilitation praktisch beiträgt, ist sie in der Rehabilitation irgendwie fehl am Platze. Sie gehört leistungsrechtlich nicht dazu. Und sie steht nicht selten im Verdacht, die Menschen mit Pflegebedarf gegen ihrem Willen nach dem gesellschaftlich erwünschten Vorbild der „fitten Alten“ zu trimmen. Die Kritiker der aktivierenden Pflege ignorieren, dass sich die Mehrheit alter Menschen mit nachlassenden Fähigkeiten wünscht, mindestens Teile ihrer Kompetenzen zu bewahren. Ebenfalls wird die Tatsache vernachlässigt, dass Aktivierung, Mobilisierung und entsprechende Strategie in vielen Fällen das einzige wirksame Mittel gegen die schlimmen Einbußen und Gesundheitsverluste im Alter sind. (Frailty, Sarkopenie, Demenzen, Vergrößerung des sozialen Radius).

Wie bei anderen Rehabilitationsmaßnahmen ist auch bei der aktivierenden Pflege die Motivation zur Mitwirkung eine durchaus schwierige Aufgabe, der viele Pflegekräfte aufgrund ihrer Qualifikation und fehlender Kompetenz nicht gewachsen sind. Weil das aktivierende Verfahren meist zeitaufwendiger ist als die herkömmliche, voll versorgende Pflege, sind Mitarbeiter/innen oft vorschnell geneigt, auf sie zu verzichten. Sie sagen: „Sie will das eh nicht“. Sie argumentieren ausgerechnet mit der Selbstbestimmung der Klient/innen: Ihr Wille steht an erster, die Aktivierung an einer nachgeordneten Stelle. Es ist freilich schwer zu entscheiden, inwieweit es sich um den freien Willen handelt oder um ein Ergebnis eines Prozesses, den ich gerne als Sozialisation zur Übernahme der Rolle eines Pflegebedürftigen bezeichnen möchte. Der Begriff „Pflegebedürftigkeit“ kommt aus dem Leistungsrecht. Doch hat er sich verselbständigt. Ein Pflegebedürftiger zu sein bedeutet ein Stigma und einen weitgehenden Verlust von Rechten, Ansprüchen und Chancen, die ansonsten allen Bürgerinnen und Bürgern dieses Staates zugänglich sind. Schon die Zuweisung der „Pflegebedürftigkeit“ im Begutachtungsverfahren erfolgt nur nach negativen Kriterien – sie orientiert sich nämlich nicht nach Ressourcen, wie die aktivierende Pflege, sondern lediglich nach den Defiziten.

Je mehr Defizite, desto größer der monetäre oder sachliche Anspruch. Dieser Grundsatz gilt auch für die Wiederbegutachtung. Wer würde hier für eine Aktivierung stimmen? Kaum ist das Label „Pflegebedürftigkeit“ verliehen, setzt der Prozess der Verunselbständigung ein. Das als „Pflegebedürftiger“ etikettierte Individuum hat geringe Wahlmöglichkeiten, kaum Mitspracherecht und einen verringerten Anspruch auf die anderen Töpfe der sozialen Sicherung. Hinzu kommt der gesellschaftliche Druck: Pflegebedürftige werden als „Last“ stilisiert und zur potentiellen Bedrohung der Ökonomie des Staates und des Generationsfriedens erklärt.

Angesichts dieser Situation gehört es zu einer wichtigen Aufgabe der rehabilitativen Pflege, gegen die Stigmatisierung vorzugehen. Hier geht es nicht nur um Sondergestalten oder Zombies, die Pflegebedürftige heißen, sondern um Menschen, wie Dich, meine Mutter, Deinen Großvater, die jetzt schon, oder später Pflege, Hilfe, Unterstützung, Aktivierung, Ermutigung brauchen oder brauchen werden.

Pflege im multi-/ interdisziplinärem Gefüge

Nicht nur die Konzeptualisierung der rehabilitativen Pflege ist eine unerledigte Aufgabe, sondern auch die Einordnung von Pflege in ein multidisziplinäres Gefüge der an der Rehabilitation beteiligten Berufe. Aufgrund ihrer Bemühungen um die eigene Professionalisierung wurde die Entwicklung der Konzepte interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit von den Pflegewissenschaftlern lange Zeit nicht vorangetrieben. Im Gegenteil: Mit der Professionalisierung gingen Abschottungstendenzen einher. Man wollte es nicht länger mit anderen Professionen zu tun haben. Zu negativ waren die Erfahrungen mit Ärzten (aber auch anderen Disziplinen), die Pflege als eine „weisungsgebundene Hilfstätigkeit“ angesehen haben. Deshalb ist es verständlich, dass die Bestrebungen um professionelle Autonomie erst einmal weitgehend auf Zurückweisung der anderen Gesundheitsberufe beruhten. Übrigens hielt auch Orem (1991) es für erforderlich, die spezifischen Aufgaben der Pflege von anderen Disziplinen und Berufen abzugrenzen. Das hat sich aber nicht bezahlt gemacht. Resultat: Die Intention von Pflege blieb gerade für die Rehabilitation unklar. Hier ist also ein wichtiger Nachholbedarf der Konzeptualisierung jedoch auch der praktischen Kooperationsstrategien zu verzeichnen.

Dabei könnte Pflege eigentlich eine zentrale Rolle einnehmen. Denn es sind Pflegemitarbeiter/innen, welche die Menschen mit Pflegebedarf überwiegend in alltäglichen Situationen betreuen, das heißt, sie bei der Bewältigung von alltäglichen Anforderungen unterstützen, beraten, anleiten und fördern können. **Im Vergleich zu allen anderen Berufsgruppen, die sich an Rehabilitationsverfahren beteiligen, verbringen Pflegekräfte die längste Zeit mit diesen Klient/innen. Gerade sie wären also in der Lage, deren Selbstbestrebungen entgegen zu nehmen, zu berücksichtigen und auch an andere Akteure weiter zu geben.** Einzelne Aufgaben, etwa die Mitwirkung an der Stabilisierung individueller Rehabilitationserfolge, kann auch Familienangehörigen und ehrenamtlichen Helfern übertragen werden, sofern diese angeleitet, geschult und kontinuierlich fachlich unterstützt werden. Diese erweiterte Kooperation der Professionellen mit Informellen wird angesichts der Verknappung aller Fachkräfte in Gesundheitsberufen in der Zukunft dringen benötigt. Auch ihr Konzept haart noch der Erarbeitung.

Zusammenfassung

„Rehabilitation vor Pflege“ ist eine unrichtige Begriffsfolge. Pflege **sollte immer** an der Rehabilitation beteiligt sein, die ihrerseits ein Bestandteil der kontinuierlichen und integrierten Versorgung sein sollte. Diese soll allen Menschen, auch denen mit Pflegebedarf, zugänglich sein, wenn sie es wünschen und brauchen. Eine Zurückweisung der Rehabilitation oder Aktivierung ist nicht immer Ausdruck des freien Willens, sondern oft der Indikator

unseres Unvermögens, angesichts der schwierigen individuellen und gesellschaftlichen Bedingungen den Sinn der Rehabilitation zu vermitteln.

Tabelle 1



Schlussfolgerungen

- Pflege steht nicht am Ende, sie gehört zur Rehabilitation. Beide sind Teil einer kontinuierlichen und integrierten Versorgung
- (Pflege)Theorien müssen in Handlungskonzepte einfließen und Qualifizierungskonzepte müssen folgen
- Konzept der pflegerischen Rehabilitation als einer multidisziplinären Aufgabe fehlt noch
- Aktivierende Pflege aufgewertet werden. Qualitätsstandards für sie (wie auch für pflegerische Rehabilitation) fehlen ebenfalls.

www.interai.org

Pflege besitzt theoretische Grundlagen, auf die sich ihr Beitrag zur Rehabilitation berufen kann, jedoch keine tragfähigen Handlungskonzepte. Weil diese fehlen, ist es schwierig zu entscheiden, **wie Pflegeberufe für die Aufgaben in der Rehabilitation von Menschen mit Pflegebedarf qualifiziert werden sollten**. Dringend erforderlich ist ein Konzept der Kooperation im multiprofessionellen Gefüge der Rehabilitation.

Der konkrete Beitrag, der Pflege zurzeit leistet, ist die aktivierende Pflege. Diese sollte unterstützt und aufgewertet werden. Auch ist eine gezielte Qualifizierung und Aufklärung der Pflegekräfte notwendig. Deren Suche nach dem Sinn der Aktivierung soll erst genommen werden.

Qualitätsvorgaben und Outcome-Messung zur aktivierenden Pflege sollten entwickelt werden, einschließlich der (Experten-)Pflegestandards. Auch sie müssen künftig das Konzept von Rehabilitation und ihrer Verzahnung mit Pflege berücksichtigen. Die Entwicklung neuer Standards für die rehabilitative Pflege hat Priorität.

Die geltenden MDK - Qualitätsprüfungs-Richtlinien müssen die Rehabilitation berücksichtigen, sowohl wenn die Struktur und Ausstattung kontrolliert wird, als auch die Prozesse und Ergebnisse. Für das Letztgenannte bilden gute periodische Assessments die Grundlage. Rehabilitationserfolge müssen gratifiziert werden. Die derzeitige Praxis ist

hinderlich bei der Verwirklichung der besseren Integration von Rehabilitation in die Langzeitpflege.

Literatur:

Antonovsky, A. (1979): Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass.

Brandes, I. (2012): Rehabilitation. In: Schwarz, F.W.; Walter, U.; Siegrist, J.; Kolip, P.; Leidl, R.; Dierks, M.L.; Busse, R.; Schneider, N. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban und Fischer, 3. Überarbeitete Auflage, 330-335

Eggert, M.; Garms-Homolová, V.; Theiss, K. (2005): Konzepte der Teilhabe und Selbstbestimmung. Diskussionspapier I, erstellt im Rahmen des Projekts Entwicklung und exemplarische Erprobung eines Qualitätsniveaus zum Thema ‚Gewährleistung von Aspekten persönlicher Lebensführung und Teilhabe bei Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf‘. Berlin: Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte e.V., 67 S.

Garms-Homolová, V.; Flick, U.; Kuck, J.; Migala, S.; Röhnsch, G.; Theiss, K. (2013): Verfügbarkeit von Ressourcen zur Bewältigung von Schlafstörungen hochbetagter Pflegeheimbewohner. In: Kuhlmeier, A. & Tesch-Römer, C. (Hrsg.): Autonomie trotz Multimorbidität. Ressourcen für die Selbständigkeit und Selbstbestimmung im Alter. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, 137-164

Garms-Homolová, V. & Schaeffer, D. (1992): Versorgung alter Menschen. Sozialstationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktionen. Freiburg i. Br.: Lambertus

Garms-Homolová, V. & Theiss, K. (2006): Abschlussbericht zum Projekt Entwicklung und exemplarische Erprobung eines Qualitätsniveaus zum Thema ‚Gewährleistung von Aspekten persönlicher Lebensführung und Teilhabe bei Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf‘. Berlin: Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte e.V., 139 S.

Garms-Homolová, V. & Theiss, K. (im Druck): Aktivierung und Mobilisierung von Menschen mit Schlafstörungen. In: Garms-Homolová, V. & Flick, U. (Hrsg.): Schlafstörungen im Alter. Risikofaktoren und Anforderungen an Behandlung und Pflege. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, 163-180

Hartmaier, S.L.; Sloane, P.D.; Guess, H.A.; Kock, G.G.; et al. (1995): Validation of the Minimum Data Set Cognitive Performance Scale. Agreement with the Mini-Mental State examination. Journal of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 50, M128-M133

Holtze, E. & Winter, C. (2011): Pflege in der Rehabilitation. In: Schaeffer, D. & Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim & München: Juventa, 543-560

Illhardt, F.J. (2000): Grenzen therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen. In: Nikolaus, T. (Hrsg.): Klinische Geriatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 772-775

Lutz, B. J. und Bowers, B. J. (2003): Understanding how disability is defined and conceptualized in the literature. Rehabilitation nursing, 28, 3, 74-77

Menning, S. & Hoffmann, E. (2009): Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut, 62-78

Morris, J.N.; Fries, B.E.; Mehr, D.R.; Hawes, C.; Phillips, C.; Mor, V. (1994): MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of Gerontology*, 49, M174-M182

Newman, M. A. (1979). *Theory development in nursing*. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.

Orem, D.E. (1985): A concept of self care for the rehabilitation client. *Rehabilitation nursing*, 10, 3, 33-36

Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of practice*, 4th edition. St. Louis, MO: Mosby-Year Book Inc.

Schwarz, F.W.; Schlaud, M.; Siegrist, J. und von Troschke, J. (2012): Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? In: Schwarz, F.W.; Walter, U.; Siegrist, J.; Kolip, P.; Leidl, R.; Dierks, M.L.; Busse, R.; Schneider, N. (Hrsg.): *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban und Fischer, 3. Überarbeitete Auflage, 37-59

Schulz, R.-J.; Kurtal, H.; Steinhagen-Thiessen, E. (2008): Rehabilitative Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmeiy, A. & Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber, 334-351

Statistisches Bundesamt (2010) *Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2, Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*. Ausgabe 2010. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (zuletzt besucht: April 2012).

Statistisches Bundesamt (2011) *Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001099004.property=file.pdf> (zuletzt besucht: Januar 2012).

Walter, U. (2008): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: Kuhlmeiy, A. & Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber, 245-262

Weidner, F. (1995): *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung*. Frankfurt / Main: Mabuse Verlag

WHO (1981): *Technical Report 668*, Geneva: WHO.

Wied, S. & Warmbrunn, A. (2012): *Pschyrembel Pflege*, Berlin: de Gruyter, 3. überarbeitete Auflage

Kontakt: Prof. Dr. Vjenka Garms-Homolová, garms@ash-berlin.eu