

## OPS-Ziffer 8.552: Therapeutische Pflege durch besonders geschultes Fachpersonal Was ist das Therapeutische an der Pflege?

Neurol Rehabil 2014; 20 (3): 142–152  
Hippocampus Verlag 2014

S. Lautenschläger

### Zusammenfassung

Der Begriff der therapeutischen Pflege taucht bereits in den Pflege-theorien der 50er Jahre in den USA auf. Darüber hinaus ist er international Gegenstand quantitativer und qualitativer Untersuchungen und wird geradezu inflationär verwendet. Allerdings zeigen die Forschungsarbeiten keine theoretisch fundierte Definition therapeutischer Pflege auf, sondern nennen lediglich den Begriff.

In diesem Beitrag wird eine etymologische Begriffsdefinition des Begriffs »Therapeutische Pflege« versucht. Darüber hinaus werden exemplarisch Ausschnitte aus zwei teilnehmenden Beobachtungen von Pflegesituationen dargestellt und es wird erläutert, wie anhand dieser Beobachtungen Merkmale therapeutischer Pflege herausgearbeitet werden können. Weiterhin wird aufgezeigt, wie therapeutische Pflege im klinischen Setting umgesetzt werden kann.

**Schlüsselwörter:** Komplementärmedizin, neurologische Rehabilitation, Heilkräuter

*Hochschule für Technik und  
Wirtschaft des Saarlandes (HTW)  
Fakultät für Sozialwissenschaften*

### Einleitung

Pflege ist therapeutisch! Es scheint zunächst nichts Neues zu sein, dass Pflege therapeutisch ist, denn schließlich wird der Begriff der therapeutischen Pflege bereits in den Pflege-theorien der 50er Jahre in den USA verwendet [19, 21, 24]. Darüber hinaus ist dieser international Gegenstand quantitativer und qualitativer Untersuchungen [16] und wird geradezu inflationär verwendet. Allerdings zeigen die Forschungsarbeiten keine theoretisch fundierte Definition therapeutischer Pflege auf, sondern nennen lediglich den Begriff [16]. Dabei ist unklar, wie therapeutische Pflege definiert werden kann. Was machen Pflegenden, wenn sie therapeutisch pflegen? Wie führen sie diese durch? Und was ist das Therapeutische an dieser Pflege?

Diese Fragestellungen spielen aktuell in Deutschland in der neurologisch-neurochirurgischen Pflege eine besonders große Rolle. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass therapeutische Pflegeleistungen mit Beginn des Jahres 2005 innerhalb des G-DRG-Systems mit der neurologisch-neurochirurgischen Komplexbehandlung abgerechnet werden können [5, 11]. Die neurologisch-neurochirurgische Komplexbehandlung besteht aus fünf Mindestmerkmalen. Eines dieser Mindestmerkmale ist die Durchführung aktivierend-therapeutischer Pflege durch besonders geschultes Fachpersonal. Alle genannten Mindestmerkmale müssen erfüllt sein, damit die Komplexbehandlung vergütet werden kann. In diesem Zusammenhang sind unter anderem therapeutische Leistungen von Pflegenden zu erbringen und zu dokumentieren [26]. Die in Deutschland bereits vorliegenden

Leistungskataloge zur Dokumentation therapeutischer Pflege wurden bisher auf Grundlage praxisbasierten Wissens entwickelt und in die Versorgungspraxis implementiert. Folgende Leistungskataloge liegen vor:

- Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL) [6]
- Katalog über zentrale Inhalte der Rehabilitationspflege in der neurologischen Frührehabilitation (FRP-Katalog) [1]
- Katalog therapeutischer Pflege (KtP) [3]
- Asklepios Katalog für pflegetherapeutische Leistungen (AKpL) [2]
- Elzacher Konzept und Leistungskatalog über therapeutische Leistungen in der Pflege [12]

In den Leistungskatalogen therapeutischer Pflege wird nicht definiert, was unter therapeutischer Pflege zu verstehen ist [16]. Aufgrund dessen besteht sowohl bei den Kostenträgern als auch in der Praxis Unklarheit darüber, was mit dem Begriff der therapeutischen Pflege gemeint ist [12]. Der Beitrag zeigt auf, welche Merkmale therapeutischer Pflege anhand einer systematischen Literaturanalyse identifiziert und auf Grundlage von teilnehmenden Beobachtungen pflegerischer Praxis entwickelt werden können [8, 15]. Zuerst werden bestehende Begriffe wie Rehabilitation, Therapie und Pflege definiert. Des Weiteren werden die Ergebnisse der Literaturanalysen zum Begriff »therapeutische Pflege« vorgestellt. Die existierenden therapeutischen Leistungskataloge wurden hinsichtlich der aufgelisteten Handlungen untersucht und verglichen. Aus diesen ist ersichtlich, welche Handlungen Pflegenden in der neurologischen (Früh-)

Rehabilitation dokumentieren können. Da die Kataloge auf Praxiswissen basieren, kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass die darin aufgeführten therapeutischen Aspekte in der Praxis umgesetzt werden, sodass die Kataloge nur einen Anhaltspunkt über mögliche Interventionen in diesem Bereich geben können. Werden teilnehmende Beobachtungen pflegerischer Praxis in wissenschaftlichen Untersuchungen eingesetzt, können die in den Katalogen gelisteten Handlungen verifiziert oder falsifiziert werden. Dieses methodische Vorgehen ermöglicht zu erfassen, wie therapeutische Pflege durchgeführt wird, was das Therapeutische an der Pflege ist, und trägt somit zur Weiterentwicklung des therapeutischen Pflegebegriffs bei.

In diesem Artikel werden exemplarisch Ausschnitte aus zwei teilnehmenden Beobachtungen dargestellt und es wird aufgezeigt, wie anhand dieser Beobachtungen Merkmale therapeutischer Pflege herausgearbeitet werden können. Weiterhin wird aufgezeigt, wie therapeutische Pflege im klinischen Setting umgesetzt werden kann. Die Beobachtungen der nachfolgenden Fallbeispiele beziehen sich auf die neurologische Rehabilitationsphase C und stehen in Zusammenhang mit einer Forschungsstudie (Deutsches Register Klinischer Studien (DRKS) Registrierungsnummer: UTN U1111-1122-0051), mit der eine Theorie zur therapeutischen Pflege in der neurologischen (Früh-) Rehabilitation entwickelt wurde.

## Begriffsdefinitionen

Ausgangspunkt, um sich dem Begriff »therapeutische Pflege« in der neurologischen (Früh-)Rehabilitation zu nähern, ist die Definition der Begriffe Rehabilitation, Therapie und Pflege. Bestehende Definitionen können hierfür erste Merkmale und Ansatzpunkte therapeutischer Pflege aufzeigen.

### Was ist Rehabilitation?

Der Begriff Rehabilitation kann mit den lateinischen Wörtern »re«=zurück und »habilis«=tauglich brauchbar und kompetent in Verbindung gebracht werden. Rehabilitation behinderter Menschen kann als Prozess verstanden werden, der darauf abzielt, beeinträchtigte Menschen zu befähigen, einen optimalen Grad an körperlicher, geistiger, psychischer und sozialer Funktionalität zu erreichen. Rehabilitation stellt behinderten Menschen die Hilfsmittel zur Verfügung, die sie benötigen, um Unabhängigkeit und Selbstbestimmung zu erlangen (WHO 2014 [28]). Da Pflegende Teil des therapeutischen Teams in der Rehabilitation sind, trifft diese Definition auch auf sie zu. Das bedeutet, dass Pflegende in der Rehabilitation an dem zielorientierten Prozess teilhaben, um gemeinsam mit dem Rehabilitanden das Rehabilitationsziel zu erreichen. Anhand dieser Definition kann die Zielorientierung als Merkmal von Pflege in der Rehabilitation abgeleitet werden.

### Was ist Therapie?

Etymologisch stammt der Begriff Therapie aus dem Griechischen und wurde im 18. Jahrhundert als Terminus den Wörtern *θεραπεία* (*therapeia*) und *θεραπευω* (*Therapeut*) entlehnt [7, 23]. *θεραπεία* (*therapeia*) wird übersetzt mit Pflege der Kranken, Wartung des Körpers, Heilung und Dienstleistung. Die Pflege der Kranken wird von den Therapeuten durchgeführt. Der Begriff *θεραπευω* (*Therapeut*) wird vom Griechischen ins Deutsche übersetzt mit Diener, der Aufwartende, Wärter und Pfleger [14, 20]. Im Wahrig Fremdwörterlexikon werden die Berufsgruppen Arzt, Physiotherapeut, Psychotherapeut und Pfleger unter dem Begriff »Therapeut« subsumiert [25]. Laut dem »Wörterbuch« ist Therapie eine Heilbehandlung, die zielgerichtet erfolgt [27]. Der etymologischen Herkunft zufolge ist Pflege Therapie. Dass der Begriff »therapeutische Pflege« in der Literatur als nahezu selbstverständlich verwendet wird, verwundert vor dem Hintergrund der etymologischen Herkunft des Begriffs Therapie nicht mehr. Zielorientierung wird hier als Merkmal von Therapie dargestellt, und da Pflege etymologisch gesehen therapeutisch ist, sollte die Durchführung pflegerischer Handlungen zielgerichtet sein.

### Was ist Pflege?

Die erste und größte internationale Organisation für Pflegende ist das International Council of Nursing (ICN), das Pflege wie folgt definiert: »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. 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 die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse, Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung« [13].

Anhand dieser Definitionen lässt sich mit Bezug auf den Indikationsbereich der Rehabilitation ableiten, dass Pflege therapeutisch ist, wenn sie sich am Rehabilitationsziel ausrichtet, zielgerichtet erfolgt und sich an den Bedürfnissen der Rehabilitanden orientiert. Die Definitionen liefern damit zwar erste Merkmale therapeutischer Pflege, es bleibt aber weiterhin unklar, was Pflegende in der neurologischen (Früh-)Rehabilitation machen, wie sie Pflege durchführen und was das Therapeutische daran ist.

**Forschungsstand zum Begriff »therapeutische Pflege«**

Eine systematische Literaturübersicht [16] zeigt, dass der Begriff »therapeutische Pflege« zwar in zahlreichen Publikationen verwendet wird, dass aber bisher nur wenige empirische Untersuchungen vorliegen, die ihn definieren. Das Ziel des Reviews bestand darin, nach Definitionen zur therapeutischen Pflege zu recherchieren und Beschreibungen zu identifizieren, die charakterisieren, wie therapeutische Pflege durchgeführt wird und was das Therapeutische an diesen Handlungen ist. Das Ergebnis der Literaturanalyse zeigt auf, dass lediglich in zwei Artikeln der Begriff definiert wurde. Jedoch handelt es sich bei diesen Artikeln nicht um empirische Untersuchungen, sondern die Ergebnisse der Publikationen beruhen auf Expertenmeinungen erfahrener Praktiker und einzelner Pflegewissenschaftler. Neben diesen beiden Artikeln wurden in das Review weitere Studien und Theorien eingeschlossen, die zwar keine Begriffsdefinition aufführen, aber dennoch Merkmale therapeutischer Pflege benennen, wie kommunikative Fähigkeiten, Beobachtungs- und Entscheidungsfähigkeiten, die Fähigkeit zur kritischen Reflexion sowie eine entsprechende Einstellung zur Rehabilitation [16]. Neben der Ziel- und Patientenorientierung, die anhand der Begriffsdefinitionen im Abschnitt 3.2 aufgezeigt werden, sind dies Merkmale therapeutischer Pflege, die Voraussetzungen zur Durchführung therapeutischer

Pflege darstellen. Aufgaben und Ziele von Pflegenden sind insbesondere die Aufrechterhaltung und Integration erworbener Fähigkeiten in den Alltag sowie die Informationsweitergabe über den Entwicklungszustand des Patienten an das Team und die Angehörigen des Betroffenen [16]. Auch wenn das Review Merkmale therapeutischer Pflege identifizieren konnte, wird auch mit diesem nicht die Frage beantwortet, wie therapeutische Pflege durchgeführt wird und was das Therapeutische an dieser ist. Dieser Umstand wird bereits von O’Conner 1993 kritisiert [18], was deutlich macht, dass Dissonanzen in Bezug auf den Begriff der therapeutischen Pflege nicht nur in Deutschland, sondern auch international vorherrschen. Darüber hinaus ist anzumerken, dass die in das Review einbezogenen Primärpublikationen aus unterschiedlichen Fach- und Indikationsbereichen der Pflege stammten. Aus diesem Grund bleibt fraglich, inwiefern die Ergebnisse aus dem Originalkontext in den Zielkontext, d.h. auf das deutsche Rehabilitationswesen, insbesondere das Setting »neurologische Rehabilitation«, übertragbar sind [16].

**Therapeutische Leistungskataloge**

In der Kapiteleinführung wurde darauf verwiesen, dass bereits einige therapeutische Leistungskataloge publiziert wurden. Ebenso wurde erwähnt, dass in den Katalogen therapeutische Pflegeleistungen aufgelistet sind. Wenngleich der Begriff therapeutische Pflege nicht in diesen Katalogen definiert wird, geht hervor, welche pflegerischen Leistungen in der neurologisch-neurochirurgischen (Früh-)Rehabilitation erbracht werden. Im Vergleich der einzelnen therapeutischen Leistungskataloge differieren diese hinsichtlich der gelisteten therapeutischen Pflegehandlungen nur gering. KtP und AKpL unterscheiden sich vor allem durch die ihnen zugrunde liegende Pflegelehre nach Orem [19] vom Elzacher Konzept und Leistungskatalog zur therapeutischen Pflege. Sowohl der KtP als auch der AKpL verlangen mit Bezug auf Orem [19] eine zusätzliche Entscheidung, ob die pflegerische Handlung vollkompensatorisch, teilkompensatorisch oder anleitend-unterstützend durchgeführt wird. Im KTL, FRP-Katalog und im Elzacher Konzept und Leistungskatalog wird diese Differenzierung nicht vorgenommen. Exemplarisch werden die therapeutischen Pflegehandlungen des Elzacher-Konzept und Leistungskatalogs vorgestellt [12]( Tabelle 1).

**Analyse eines Fallbeispiels**

Anhand der systematischen Literaturrecherche über bestehende Definitionen zum Begriff Rehabilitation, Pflege und Therapie konnten erste Merkmale therapeutischer Pflege aufgezeigt werden [16]. Um zu erfahren, wie pflegerische Handlungen durchgeführt werden und ob die Merkmale therapeutischer Pflege aus Literaturanalysen auf die neurologische (Früh-)Rehabilitation übertragbar sind, stellt die Methode der Beobachtung

<b>Training der Körperpflege</b>	TP16 Gehübungen
TP1 Waschraining komplett	TP17 Stehübungen
TP2 Waschraining inkomplett	TP18 Bewegungstrainer
TP3 Duschen oder Baden	<b>Kognitive und emotionale Aktivitäten</b>
TP4 Persönliche Pflege	TP19 Orientierungstraining
TP5 Stimulierende Mundpflege	TP20 Gedächtnistraining
TP6 Mundpflege	TP21 situative Krisenintervention
TP7 An-/Ausziehtraining	TP22 Motivation und Antrieb
TP8 Kontinenztraining	TP23 Affektregulation
TP9 Toilettentraining	TP24 Absaugen
<b>Ernährung</b>	TP25 Versorgung von Patienten mit Trachealkanüle/-Entwöhnung
TP10 Esstraining bei Kau-/Schluckstörung	TP26 Trachealkanülenwechsel
TP11 Esstraining ohne Kau-/Schluckstörung	TP27 Management bei Isolierung infolge Besiedlung multiresistenter Keime
<b>Therapeutische Positionierung (Lagerung) und Mobilität</b>	TP28 Wahrnehmungstraining
TP12 Mobilisation	TP29 Kommunikationstraining
TP13 Therapeutische Positionierung	TP30 Angehörigenberatung/-schulung, Pflegeüberleitung
TP14 Therapeutischer Transfer	TP31 Dokumentationszeiten
TP15 Sturzprophylaxe	

**Tab 1:** Pflegetherapeutische Leistungen im Elzacher Konzept und Leistungskatalog der therapeutischen Pflege in der neurologischen (Früh-)Rehabilitation Phase B und C [12]

von pflegerischen Handlungssituationen eine mögliche Vorgehensweise dar. Die Anwendung der Beobachtung als methodisches Vorgehen ermöglicht es herauszuarbeiten, wie Pflegende zielgerichtet und bedürfnisorientiert an der Erreichung des Rehabilitationsziels arbeiten, also wie sie therapeutisch oder nicht therapeutisch arbeiten. Anhand von zwei in der neurologischen Rehabilitation beobachteten Fallbeispielen wird gezeigt, wie diese analysiert und Merkmale therapeutischer Pflege herausgearbeitet werden können. Vor der Darstellung der Fallbeispiele wird zunächst die Durchführung der Beobachtungen skizziert.

### Durchführung der Beobachtung

Die Beobachtungen erfolgten während regulärer Frühdienste mit zwei Pflegekräften. Die Forscherin arbeitete mit diesen zusammen und beobachtete sie bei der Durchführung ihrer Handlungen. Nach einer Handlungssequenz, zum Beispiel dem Waschtraining, wurden Notizen über die Handlungsdurchführung angefertigt. Diese wurden nur in der Abteilung durchgeführt, wenn es die Handlungsabläufe der Pflegekraft nicht behinderte, beispielsweise wenn diese selbst im Anschluss an die Behandlung ihre Dokumentation vornahm. War die Situation nicht angemessen, erfolgten die Aufzeichnungen auch erst nach dem Verlassen der Station der Rehabilitationseinrichtung. Die Mitschriften über die Handlungsdurchführung dienten als Grundlage zum Anfertigen von Beobachtungsprotokollen, die ohne Wertung in Berichtform verfasst wurden. Diese wurden anschließend einer umfassenden Analyse unterzogen. Der Analyseprozess wird nach der Darstellung der Fallbeispiele beschrieben.

### Fallbeispiel

Herr S. wurde mit folgenden Diagnosen in die Abteilung der Frührehabilitation verlegt:

- Hypertensive intrakranielle Blutung (ICB) rechts und links mit Ventrikelbereich (ICD-10: I62.9)
- Hirnödem (ICD-10: G93.6)
- Ausbildung eines passageren Hydrozephalus (ICD-10: G91.9)
- Zustand nach Anlage zweier externer Ventrikel-drainagen (ICD-10: Z98.2)
- PEG – Anlage (ICD-10: Z93.1)
- Arterielle Hypertonie (ICD-10: I10.90)
- Persistierende schlaffe Hemiparese und Hemiplegie links (ICD-10: G81.0)
- Apraxie (ICD-10: R48.2)
- Aphasie (ICD-10: R47.0)

Seit der 10. Behandlungswoche zeichnen sich Veränderungen insbesondere auf der motorischen Ebene ab. Herr S. kann sich mit minimaler Unterstützung einer Pflegekraft im Bett aus einer liegenden in eine sitzende Position bewegen. Mit taktile Unterstützung einer

Pflegekraft kommt Herr S. in den Stand und kann sich durch das Halten an einem Bettgitter etwa eine Minute in der Position halten. Ein selbstständiger Transfer vom Stand in den Rollstuhl ist noch nicht möglich, da er das betroffene linke Bein nicht eigenständig setzen kann. Die posturale Kontrolle des Rumpfes ist ausreichend, und Herr S. schafft es bereits, 45 Minuten im Rollstuhl zu sitzen. Beim Be- und Entkleiden sowie bei der Körperpflege ist Herr S. in der Lage, geführte und verbal instruierte Handlungen auszuführen. Dabei benötigt er eine reizarme Umgebung und klare Anweisungen.

Im Folgenden werden zwei Beobachtungssituationen des gleichen Patienten durch zwei verschiedenen agierende Pflegekräfte beschrieben. Es handelt sich dabei um Beobachtungen während des Waschtrainings. Nach Vorstellung dieser Handlungssituationen werden beide Fallbeispiele analysiert und Unterschiede im Hinblick auf die therapeutischen Elemente einer pflegerischen Handlung aufgezeigt.

#### *Pflegerische Handlungssituation Pflegekraft 1*

Die Pflegende sitzt neben dem Bett auf einem Stuhl ... und zieht dem Patienten einen Waschlappen über seine rechte Hand. Während sie ihm den Waschlappen über seine Hand zieht dreht der Patient seinen Kopf und schaut auf seine rechte Hand. Jetzt schaut sie ihn an und fordert ihn auf, sich sein Gesicht zu waschen. Die Pflegekraft wartet einige Sekunden ab und schaut den Patienten weiter an. Dieser schaut den Waschlappen an und dreht seine Hand mit dem Waschlappen hin und her. Sein Gesicht wäscht er sich nicht. Sie fordert ihn jetzt erneut auf, sich sein Gesicht zu waschen. Auch daraufhin schaut der Patient weiter auf seine rechte Hand und dreht diese mit dem Waschlappen hin und her. Die Pflegekraft nimmt jetzt die Hand des Patienten und unterstützt seinen Arm mit einer Hand am Ellbogen und führt seinen Arm zu seinem Gesicht, bis der Waschlappen seine rechte Wange berührt. Sie fordert ihn nun auf, sich den Schlagsand aus seinen Augen zu waschen. Daraufhin beginnt der Patient, sich sein Gesicht zu waschen.

#### *Pflegerische Handlungssituation Pflegekraft 2*

Die Pflegende steht neben dem Bett des Rehabilitanden. Sie greift nach dem Waschlappen, der sich in der Waschschaale auf dem Nachtschisch befindet, und wäscht das Gesicht des Rehabilitanden. Dieser verzieht sein Gesicht und dreht seinen Kopf von der Pflegenden weg. Die Pflegekraft schaut den Patienten an, legt dann den Waschlappen weg und trocknet sein Gesicht ab. Sie spricht nicht mit dem Rehabilitanden. Auch beim Abtrocknen wendet der Patient seinen Kopf ab und dreht ihn von der Pflegenden weg. Daraufhin nimmt die Pflegekraft erneut den Waschlappen und beginnt seinen Oberkörper zu waschen. In dem Moment, wo sie beginnt, seinen Oberkörper zu waschen, nimmt der Patient seine rechte Hand und streicht mit flacher Hand über seinen Oberkörper. Die Pflegekraft fasst den Patienten am Handgelenk an

Beobachtung	Kode	Kategorie
Die Pflegende sitzt neben dem Bett auf einem Stuhl ... und zieht dem Patienten einen Waschlappen über seine rechte Hand.	zieht dem Patienten einen Waschlappen über seine rechte Hand	Waschtraining
Während sie ihm den Waschlappen über seine Hand zieht, dreht der Patient seinen Kopf und schaut auf seine rechte Hand. Jetzt schaut sie ihn an	schaut ihn an	Beobachtung / Wahrnehmung
und fordert ihn auf, sich sein Gesicht zu waschen.	fordert auf, das Gesicht zu waschen	Kommunikation (verbal)
Die Pflegekraft wartet einige Sekunden ab und schaut den Patienten weiter an. Dieser schaut den Waschlappen an und dreht seine Hand mit dem Waschlappen hin und her. Sein Gesicht wäscht er sich nicht.	wartet einige Sekunden ab	Beobachtung / Wahrnehmung
Sie fordert ihn jetzt erneut auf, sich sein Gesicht zu waschen.	erneutes Auffordern, das Gesicht zu waschen	Kommunikation (verbal)
Auch daraufhin schaut der Patient weiter auf seine rechte Hand und dreht diese mit dem Waschlappen hin und her.	schaut den Patienten an	Beobachtung / Wahrnehmung
Die Pflegekraft nimmt jetzt die Hand des Patienten und unterstützt seinen Arm mit einer Hand am Ellbogen und führt seinen Arm zu seinem Gesicht, bis der Waschlappen seine rechte Wange berührt.	führt den Arm zum Gesicht	Kommunikation (nonverbal)
Sie fordert ihn nun auf, sich den Schlagsand aus seinen Augen zu waschen.	fordert auf, sich den Schlagsand aus den Augen zu waschen	Kommunikation (verbal)
Daraufhin beginnt der Patient sich sein Gesicht zu waschen.	beginnt sich zu waschen	Beobachtung / Wahrnehmung

Tab 2: Analyse: pflegerische Handlungssituation 1

und legt seine Hand auf das Bett. Dabei wäscht sie weiter seinen Oberkörper. Sie spricht dabei nicht mit dem Patienten. Daraufhin legt sie den Waschlappen in die Waschschale und beginnt seinen Oberkörper abzutrocknen. In dem Augenblick nimmt der Patient wieder seine rechte Hand und streicht mit flacher Hand über seinen Oberkörper. Die Pflegekraft entgegnet: »Herr S., so wird das nichts, ich muss Sie doch waschen.« Während sie spricht, fasst sie erneut den Patienten am Handgelenk an und legt seine Hand auf das Bett und trocknet ihn weiter ab.

### Analyse der pflegerischen Handlungssituationen

In der Forschungsstudie kam das Verfahren der Grounded Theory nach Glaser und Strauss [9] zur Anwendung. Das Verfahren intendiert, eine Theorie zu entwickeln, die objektiv und generalisierbar ist und getestet werden kann. Zur systematischen Entwicklung einer Theorie wenden Glaser und Strauss die Methode des kontinuierlichen Vergleichens an, die sich in vier Phasen gliedert [9]:

1. Vergleich von Vorkommnissen
2. Integration der Kategorien und ihrer Eigenschaften
3. Begrenzung der Theorie und
4. Abfassen der Theorie.

In Bezug auf die hier vorgestellten Fallbeispiele pflegerischer Handlungssituationen wird lediglich die erste Phase dieser Analyseverfahren vorgestellt. Die weiteren Schritte des methodischen Vorgehens werden erst nach und nach im Forschungsverlauf einbezogen, wenn eine Reihe von Beobachtungen analysiert, Kategorien entwickelt und miteinander verglichen wurden sowie eingeschätzt werden kann, welche Ergebnisse in die Erhebung einbezogen und welche verworfen werden können.

#### 1. Vergleich von Vorkommnissen

Zuerst werden die zugrunde liegenden Beobachtungsprotokolle, hier die dargestellten pflegerischen Handlungssituationen, Zeile für Zeile analysiert. Für jedes neue Vorkommnis wird ein Kode zugeordnet. Diese Kodes stellen keine Interpretationen dar, sondern werden textgetreu formuliert. Anschließend werden die entwickelten Kodes miteinander verglichen. Durch den Vergleich werden Eigenschaften der Kodes deutlich. Kodes, die Gemeinsamkeiten aufzeigen, können in einer Kategorie zusammengeführt werden [9]. Die Kodes und Kategorien, die in der Analyse der dargestellten pflegerischen Handlungssituationen entwickelt wurden, werden in den Tabellen 2 und 3 dargestellt.

Diese Beobachtung zeigt das »Waschtraining« als pflegerische Handlungssituation. Aus diesem Beispiel geht als mögliches Ziel hervor, dass der Rehabilitand sich nach verbaler Aufforderung sein Gesicht wieder selbst waschen kann. Dabei wird das Wechselspiel zwischen Aktion, Reaktion und Interaktion in der Handlungssituation besonders deutlich. Es wird ersichtlich, dass die Pflegende nach jeder ihrer Aktionen, z. B. nach der Aufforderung, das Gesicht zu waschen, oder nach dem Führen des Armes zum Gesicht des Rehabilitanden, die Reaktionen der betreffenden Person beobachtet und auf diese eingeht. Die Pflegende fördert in diesem Beispiel die Fähigkeiten des Rehabilitanden. Wie Fallbeispiel 2 zeigt, kann der Rehabilitand seinen Arm bewegen. Apraktische Patienten können meist Bewegungen mit normaler Kraft und Geschwindigkeit ausführen, aber ihnen fehlt der Plan, eine Bewegung zu komplexen Handlungsfolgen aufzubauen [10]. Typischerweise zeigen sich sequentielle Fehler (Vertauschungen, perseveratorische Wiederholungen oder Auslassungen von Teilhandlungen) sowie ratlose Abbrüche von Handlungen. Die Pflegende im Fallbeispiel 1 ändert ihre Handlungsstrategie und demonstriert die richtige Bewegung durch direktes Führen der Hand mit dem Waschlappen zum Gesicht, worauf der Rehabilitand beginnt, sich sein Gesicht zu waschen. Die Bewegungsplanung und der Umgang mit dem Objekt »Waschlappen« wird in diesem Fallbeispiel im alltagsnahen Kontext und unter Kontrolle der Körperbewegungen durch das direkte Führen trainiert. Der Rehabilitand schafft es noch nicht, anhand einer verbalen Aufforderung die Handlung auszuführen, aber es gelingt ihm, wenn er direkt geführt wird. Die meisten apraktischen Patienten sind mit den an sie gestellten Anforderungen überfordert und benötigen

deshalb gezielte Hilfestellungen in den entsprechenden Alltagssituationen. So auch im Fallbeispiel 1, indem zunächst durch direktes Führen interveniert wird, bevor der Rehabilitand die Handlungssequenzen mitmacht. Eine mögliche Steigerungsform und pflegetherapeutisches Ziel wäre, dass der Rehabilitand die Handlung nach der Demonstration ohne sequentielle Fehler nachmacht. Die Pflegenden im Fallbeispiel 1 interveniert gezielt und fördert durch mehrmalige Versuche mittels verbaler Aufforderung auch das sprachliche Verständnis. Sie wiederholt ihre Aussage, nachdem der Rehabilitand nicht reagiert, und wartet seine Reaktion ab. Da er auf die verbale Aufforderung nicht reagiert, wird er direkt geführt und kann die Handlungsdurchführung wahrnehmen. Es wird beabsichtigt, dass der Rehabilitand die Handlungssequenzen und Handlungsanweisungen, die in der Handlungssituation geäußert werden, verinnerlicht und eine korrekte Handlungsfolge ohne Hilfestellung durchführt. Die Pflegenden im Fallbeispiel 1 reagiert direkt auf die Reaktionen des Patienten und ignoriert diese nicht. Sie nimmt sich Zeit und wartet seine Reaktionen ab. In diesem Beispiel steht die Interaktion mit dem Rehabilitanden durch Kommunikation (verbal/nonverbal), Beobachtung/Wahrnehmung und Einbezug in die Handlungssituation im Vordergrund (siehe Tabelle 2). Auf diese Weise kann individuell auf die Bedürfnisse des Rehabilitanden eingegangen werden.

Tabelle 3: Diese Beobachtung zeigt das »Waschen« als pflegerische Handlungssituation. Aus diesem Beispiel geht jedoch im Vergleich zum Vorhergehenden kein klares Handlungsziel hervor. Das Wechselspiel zwischen Aktion, Reaktion und Interaktion in der Handlungssituation zeigt sich hier in einer anderen Art und Weise. Es wird ersichtlich, dass die Pflegenden nach jeder ihrer Aktionen, z.B. Waschen des Gesichts, Waschen des Oberkörpers, nicht adäquat auf die Reaktionen des Rehabilitanden eingeht. Wenn die Pflegekraft auf die Reaktionen des Rehabilitanden reagiert, beispielsweise indem sie seine Hand wieder zurück auf das Bett legt, dann nur, weil seine Reaktionen offenbar als störend empfunden wurden und den Handlungsablauf der Pflegekraft behinderten. In vergleichender Gegenüberstellung beider Fallbeispiele unterscheiden sich ebenfalls die therapeutischen Strategien bzw. die Aktionen der Pflegenden voneinander. Während die Pflegenden im ersten Beispiel den Rehabilitanden einbezieht und auffordert, etwas zu tun, steht im zweiten Beispiel das Waschen durch die Pflegekraft im Vordergrund. Sie bezieht den Rehabilitanden nicht mit ein und empfindet seine Reaktion als störend (»SIE MUSS ihn waschen«). Die Pflegenden erkennt nicht die apraktischen Symptome und das Potential des Betroffenen, der seinen rechten Arm selbst bewegen und Teilhandlungen abrufen kann. Sie bezieht die Fähigkeiten nicht in die Handlungssituation ein. Ebenso reagiert sie auf die nonverbale Kommunikation des Rehabilitanden, z.B. Verziehen des Gesichts beim Waschen, Abwenden des Kopfes beim Abtrocknen und Waschen, Nachahmen der Bewegung

Beobachtung	Kode	Kategorie
Die Pflegenden steht neben dem Bett des Rehabilitanden. Sie greift nach dem Waschlappen, der in der Waschschale, die auf dem Nachttisch vor ihr steht, und wäscht das Gesicht des Rehabilitanden.	Wäscht das Gesicht	Waschen
Dieser verzieht sein Gesicht und dreht es leicht von der Pflegenden weg. Die Pflegekraft schaut den Patienten an, legt dann den Waschlappen weg	Schaut ihn an	Beobachtung/ Wahrnehmung
und trocknet sein Gesicht ab.	Trocknet das Gesicht ab	Waschen
Sie spricht nicht mit dem Rehabilitanden. Auch beim Abtrocknen wendet der Patient seinen Kopf ab und dreht ihn leicht von der Pflegenden weg.	Spricht nicht mit dem Patienten	Kommunikation (nonverbal)
Jetzt nimmt die Pflegekraft erneut den Waschlappen und beginnt seinen Oberkörper zu waschen.	Wäscht den Oberkörper	Waschen
In dem Moment, in dem sie beginnt, seinen Oberkörper zu waschen, nimmt der Patient seine rechte Hand und streicht mit flacher Hand über seinen Oberkörper.	Patient bewegt seine rechte Hand über seinen Oberkörper	Beobachtung/ Wahrnehmung
Die Pflegekraft fasst den Patienten am Handgelenk an und legt seine Hand auf das Bett.	Legt seine Hand auf das Bett	Kommunikation (nonverbal)
Dabei wäscht sie weiter seinen Oberkörper. Sie spricht dabei nicht mit dem Patienten. Jetzt legt sie den Waschlappen in die Waschschale	Wäscht seinen Oberkörper	Waschen
und beginnt seinen Oberkörper abzutrocknen.	Trocknet den Oberkörper ab	Waschen
In dem Augenblick nimmt der Patient wieder seine rechte Hand und streicht mit flacher Hand über seinen Oberkörper.	Patient bewegt seine rechte Hand über seinen Oberkörper	Beobachtung/ Wahrnehmung
Die Pflegekraft entgegnet daraufhin: Herr S., so wird das nichts, ich muss Sie doch waschen und abtrocknen.	Ich muss Sie doch waschen	Kommunikation (verbal)
Während sie spricht, fasst sie erneut den Patienten am Handgelenk an und legt seine Hand auf das Bett	Legt seine Hand auf das Bett	Kommunikation (nonverbal)
und trocknet ihn weiter ab.	Trocknet den Oberkörper ab	Waschen

Tab. 3: Analyse: pflegerische Handlungssituation 2

(wie beim Waschen) mit der flachen Hand auf dem Oberkörper mit Ignoranz. Sie wäscht weiter oder trocknet ihn weiter ab oder legt seinen Arm ungeachtet seiner Fähigkeiten beiseite. In diesem Beispiel steht nicht die Interaktion mit dem Rehabilitanden durch Kommunikation (verbal/nonverbal), Beobachtung/Wahrnehmung und Einbezug in die Handlungssituation im Vordergrund, was die Kategorien rechts neben der Beobachtung in der Tabelle widerspiegeln, sondern das ungestörte Waschen durch die Pflegekraft. Auf diese Weise kann nicht auf die individuellen Bedürfnisse des Rehabilitanden eingegangen werden. Der rehabilitative Handlungsauftrag nach WHO [28] ist, den Rehabilitanden zu befähigen, einen optimalen Grad an körperlicher, geistiger, psychischer und sozialer Funktionalität zu erreichen. Das geschieht in diesem Beispiel nicht. Es wird nicht zielorientiert und nicht bedürfnisorientiert im Sinne der WHO, ICN

und der Definition von Therapie vorgegangen. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass im zweiten Fallbeispiel therapeutisch gepflegt wird, vollkommen im Gegensatz zu Beispiel 1. Die Autorin postuliert, dass im Beispiel 1 von Waschtraining und im Beispiel zwei lediglich von Waschen gesprochen wird.

### Merkmale therapeutischer Pflege

Merkmale therapeutischer Pflege, die mit diesem Beitrag bisher anhand der Analyse gewonnen werden konnten, werden in Tabelle 4 dargestellt und beschrieben.

Auf die Merkmale Beobachtung, Kommunikation und Individualität als Elemente therapeutischer Pflege wird im Folgenden mit Bezug auf das Fallbeispiel näher eingegangen.

#### *Beobachtung und Wahrnehmung*

Beide vorgestellten Beispiele zeigen, dass Pflegenden Rehabilitanden während der Durchführung von Handlungen beobachten. Die Pflegenden wurden wiederum von der Forscherin dabei beobachtet. Wenn Dritte Menschen beobachten, wie sie beobachten, kann von Beobachtung der zweiten Ebene gesprochen werden [17]. Anhand der nonverbalen Kommunikation und an der Reaktion auf eine vorhergehende Aktion, ist zu erkennen, ob jemand gerade beobachtet. Das bedeutet, dass nur beobachtet werden kann, was stattfindet oder nicht stattfindet (Sein/Nichtsein) und was ein Mensch in dem Moment selbst beobachtet und wahrnimmt. An dieser Stelle wurden zwei Fallbeispiele vorgestellt. Aus dem Beispiel der pflegerischen Handlungssituation 1 geht hervor, dass die Pflegenden den Rehabilitanden bewusst und zielgerichtet beobachten. Sie erkennt, dass der Rehabilitand noch nicht in der Lage ist, auf ihre verbale Aufforderung adäquat zu reagieren. Dennoch bezieht sie seine Fähigkeiten, den rechten Arm bewegen zu können, ein, indem sie diesen beim Waschen führt. Sie nimmt das Potential des Rehabilitanden wahr und trifft eine Entscheidung. Sie erkennt, dass die verbale Aufforderung nicht ausreichend ist, um das Ziel zu erreichen, und entscheidet sich dafür, ihn in die Handlungssituation hineinzuführen. Anschließend beobachtet sie, dass er nach der verbalen Aufforderung (sich den Schlagsand aus den Augen zu waschen) beginnt, sich selbst das Gesicht zu waschen. Indem sie ihn dabei beobachtet, kann sie den Handlungsprozess reflektieren und evaluieren. Beobachtung ist demnach eine essentielle Voraussetzung, um Fähigkeiten der Rehabilitanden einschätzen, Behandlungsziele formulieren, Entscheidungen treffen und das Erreichen von Zielen evaluieren zu können. Damit stellt die Beobachtung eine bedeutende Determinante für pflegetherapeutische Handlungen dar. Im Kontrast zu Fallbeispiel 2 kann mit dem Fallbeispiel 1 gezeigt werden, wie entscheidend die bewusste und zielgerichtete Beobachtung von Rehabilitanden bei der Handlungsdurchführung ist.

#### *Kommunikation*

In der neurologischen (Früh-)Rehabilitation kommt neben der verbalen auch der nonverbalen Kommunikation eine besondere Bedeutung zu, was vor allem am Beispiel der pflegerischen Handlungssituation 1 deutlich wird. Die Pflegekraft fordert den Rehabilitanden mehrfach auf, sich sein Gesicht zu waschen. Sie wartet seine Reaktion ab und erkennt, dass er nicht auf ihre verbale Aufforderung reagiert. Daraufhin unterstützt sie ihn durch direktes Führen. Bei Patienten, die schwer betroffen sind, kognitive Einschränkungen oder neuropsychologische Symptome aufweisen, können in Abhängigkeit vom Störungsbild auch nonverbale Kommunikationselemente zum Einsatz kommen. Diese gilt es zu etablieren, um die Handlungskompetenz der betroffenen Person zu fördern und um eine Beziehung zu diesen Menschen aufzubauen. Wenn Rehabilitanden – wie Herr S. im Fallbeispiel – in der Lage sind, ihre Aufmerksamkeit für einen Zeitraum zu fokussieren, oder sogar eine geteilte Aufmerksamkeit aufweisen, kann damit begonnen werden, das Führen auch verbal zu begleiten. Das Ziel besteht darin, eine Vernetzung zwischen verbaler und nonverbaler Kommunikation zu etablieren. Während der taktilen Führung ergibt sich für den Rehabilitanden die Möglichkeit, die Bewegung zu spüren und parallel dazu Handlungsanweisungen zu internalisieren. Durch kontinuierliche Wiederholungen soll erreicht werden, dass sich der Rehabilitand die Handlungsanweisungen einprägt und abspeichert. Auch ist im Fallbeispiel 1 zu sehen, dass die Pflegenden die nonverbalen Antworten des Rehabilitanden beobachtet, interpretiert und daraufhin die Entscheidung trifft, ihn in die Handlung hineinzuführen, und in diesem Zusammenhang erneut die verbale Kommunikation integriert, um zu testen, ob der Rehabilitand dann auf ihre Aufforderung reagieren kann. Was passiert in Bezug auf die Kommunikation in der pflegerischen Handlungssituation 1? Die Pflegenden bindet a) den Rehabilitanden durch verbale und nonverbale Kommunikation in die Handlungssituation ein, baut b) auf der bereits etablierten nonverbalen Kommunikation mit dem Führen in die Handlungssituation auf, beobachtet c) die Gestik und Mimik des Rehabilitanden und interpretiert diese, lenkt d) seine Aufmerksamkeit gezielt auf die Handlung anhand nonverbaler Cues und fördert e) das Verstehen sprachlicher Äußerungen, eingebettet in die nonverbale Handlung des Führens.

#### *Individualität*

Um einen Kontakt zu Rehabilitanden aufbauen zu können, ist es notwendig, sie zu beobachten, ihre Reaktion wahrzunehmen, mit ihnen zu kommunizieren und entsprechend ihre pflegerischen Handlungen an ihren Reaktionen auszurichten. Dies ist die Voraussetzung, um die Individualität eines Menschen berücksichtigen zu können und sie in pflegerische Handlungssituationen einzubinden (Patientenorientierung).

Merkmale	Beschreibung
Zielorientierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientierung an übergeordneten Zielen der Rehabilitation (siehe Definition Rehabilitation, WHO 2014 und SGB IX)</li> <li>• Definition individueller Rehabilitationsziele, unter Einbindung des Rehabilitanden und seiner Angehörigen (Patientenorientierung)</li> <li>• Zu beachten ist, dass Funktions- und Aktivitätsziele mit Teilhabeziele verbunden sind</li> <li>• Zielfindung und Evaluation der Zielerreichung erfolgen zwischen Rehabilitand und Angehörigen und im Austausch aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen (Interdisziplinarität)</li> </ul>
Patientenorientierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabilitand und Angehörige werden mit ihren Bedürfnissen und Wünschen in den Rehabilitationsprozess (Assessment, Zielfindung, Planung und Durchführung von Interventionen, Entscheidungsfindungsprozesse, Evaluation von Outcomes und Entlassplanung) eingebunden</li> <li>• Voraussetzung dafür sind Beobachtung und Wahrnehmung von Reaktionen des Rehabilitanden über einen längeren Zeitraum, Interpretation dieser, Einbezug in Entscheidungsfindungsprozesse, Verinnerlichung einer Grundhaltung und Einstellung zur Rehabilitation sowie die kritische Reflexion eigener Handlungen</li> </ul>
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbale und nonverbale Kommunikation</li> <li>• Schulung im Umgang mit Kommunikationshilfen</li> <li>• Gestik und Mimik mit/ohne verbale Kommunikation</li> <li>• Berührung mit/ohne verbale Kommunikation</li> <li>• Taktil-kinästhetisches Führen in Handlungssituationen</li> <li>• Training von Konversationsroutinen</li> <li>• Steuerung der Aufmerksamkeit auf sprachliche Äußerungen eingebettet in nonverbale Handlungen</li> <li>• Training des Verstehens sprachlicher Äußerungen, eingebettet in nonverbale Handlungen</li> </ul>
Beobachtung / Wahrnehmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zielgerichtete Beobachtung, Wahrnehmung und Interpretation von Reaktionen des Rehabilitanden über einen längeren Zeitraum in pflegerischen Handlungssituationen</li> <li>• Voraussetzung dafür sind vor allem fachliche, aber auch soziale, personale und methodische Kompetenzen</li> </ul>
Entscheidungsfindung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auf der Fachebene im kollegialen Austausch Pflegenden: Abwägen von Entscheidungen (z.B. bzgl. Zielfindung, Interventionen)</li> <li>• Auf interdisziplinärer Ebene im Reha-Team: Abwägen von Entscheidungen (z. B. bzgl. interdisziplinärer Ziele, Interventionen, Beendigung oder Fortsetzung der Reha-Leistungen, Entlassplanung)</li> <li>• Gemeinsam mit Rehabilitand und Angehörigen: Abwägen von Entscheidungen (z.B. bzgl. Zielfindung, Interventionen, Beendigung oder Fortsetzung der Reha-Leistungen, Entlassplanung)</li> </ul>
Reflexion	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rückspiegeln pflegerischer Handlungen- und Handlungssituationen unter Einbezug der eigenen Berufserfahrung und Fachliteratur zur Förderung des eigenen Lernprozesses und zur Optimierung pflegerischer Handlungen im Sinne der Patientenorientierung</li> </ul>
Haltung / Einstellung zur Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verinnerlichung von Grundlagen zur Rehabilitation</li> <li>• Haltung / Einstellung zur therapeutischen Pflege</li> <li>• Grundhaltung gegenüber Rehabilitanden und Angehörigen</li> <li>• Einbezug ethischer Aspekte</li> </ul>
Interdisziplinarität	<p>Nach OPS-Ziffer 8-552 des G-DRG Systems müssen folgende Berufsgruppen in einer Rehabilitationseinrichtung vorgehalten werden (DIMDI 2014):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facharzt für Neurologie, Neurochirurgie, physikalische und rehabilitative Medizin oder Kinder und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie, der über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt. Im Frühreha-team muss der neurologische oder neurochirurgische Sachverständige kontinuierlich eingebunden sein</li> <li>• Physiotherapie</li> <li>• Physikalische Therapie</li> <li>• Ergotherapie</li> <li>• Neuropsychologie</li> <li>• Logopädie</li> <li>• Therapeutische Pflege</li> <li>• Diese arbeiten gemeinsam und interdependent mit dem Rehabilitanden und seinen Angehörigen, um das Rehabilitationsziel zu erreichen</li> </ul>
Integration erlernter Fähigkeiten in den Alltag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das primäre Ziel der Rehabilitation besteht in der Förderung von Alltagskompetenzen und der Integration erlernter Fähigkeiten in Alltagsaktivitäten [22]</li> <li>• Das Training von Fähigkeiten kann von Pflegenden jederzeit in alltagspraktische Handlungen integriert werden</li> </ul>

Tab. 4: Merkmale therapeutischer Pflege

## Diskussion

Bisher ist unklar, wie therapeutische Pflege definiert werden kann. Da mit der OPS-Ziffer 8-552 des G-DRG Systems die Durchführung therapeutischer Pflege gefordert wird, sind pflegetherapeutische Leistungen zu erbringen und zu dokumentieren. Vor diesem Hintergrund wurden Literaturanalysen sowie eine Forschungsstudie durchgeführt, um »therapeutische Pflege« zu definieren. Anhand der Literaturanalysen konnten folgende Merkmale therapeutischer Pflege sowie Anforderungen und Aufgaben Pflegenden herausgearbeitet werden:

- 1) Zielorientierung,
- 2) Patientenorientierung,
- 3) Kommunikation
- 4) Beobachtung und Wahrnehmung
- 5) Entscheidungsfindung,
- 6) Reflexion
- 7) Einstellung und Haltung zur Rehabilitation
- 8) Interdisziplinarität sowie die
- 9) Integration erlernter Fähigkeiten in den Alltag [13, 16, 28]



Anhand der teilnehmenden Beobachtung konnten Kategorien und Merkmale therapeutischer Pflege, wie Kommunikation, Beobachtung, Ziel- und Patientenorientierung, entwickelt und damit die Ergebnisse der Literaturanalysen zum Teil verifiziert werden. Es konnte gezeigt werden, wie durch teilnehmende Beobachtungen pflegerischer Praxis und deren Analyse Merkmale therapeutischer Pflege entwickelt werden können. Anhand der Darstellung der Fallbeispiele konnte exemplarisch die Durchführung therapeutischer Pflege dargestellt werden.

Die Bezeichnung der zuvor aufgeführten Merkmale ist jedoch nicht neu, denn schließlich werden diese auch in der Literatur in Zusammenhang mit therapeutischer Pflege erwähnt (siehe S. 144). Wenngleich die Literatur aus unterschiedlichen Ländern und Indikationsbereichen der Pflege stammt [16], kann mit der Analyse der Beobachtungen gezeigt werden, dass diese eine große Rolle in Bezug auf die Durchführung therapeutischer Pflege in der neurologischen (Früh-)Rehabilitation spielen. Neu hingegen ist, wie therapeutische Pflege und damit die genannten Merkmale innerhalb der neurologischen (Früh-)Rehabilitation ausgefüllt werden. Also wie therapeutische Pflege durchgeführt wird, und was das Therapeutische daran ist. Die kontrastierenden Fallbeispiele zeigen exemplarisch, dass es starke Unterschiede in der Durchführung von Pflege in der neurologischen (Früh-)Rehabilitation geben kann. Für die Darstellung der Unterschiede darüber, was therapeutische Pflege ist oder nicht ist, ist dies erforderlich, da nur so erkennbar ist, wie sich therapeutische von anderer Pflege abgrenzt. Zwischen den Handlungssituationen am Beispiel des Waschtrainings wird deutlich, was therapeutische Pflege (Beispiel 1) ausmacht. Im Beispiel 2 geht es nicht um das Training des Waschens, sondern das Waschen steht als Reinigungsprozess im Vordergrund, die so genannte Grundpflege. Im Beispiel 2 sind keine therapeutischen Ansätze von Pflege erkennbar. Darin besteht per Definition nicht das Ziel von Rehabilitation (siehe S. 143). Dennoch hat auch die Grundpflege ihre Berechtigung und kann partiell und der Situation angemessen Einsatz finden.

Die prototypischen Fallbeispiele und deren Unterschiede in der therapeutischen Leistungserbringung in der Praxis regen zur kritischen Diskussion darüber an, welches Wissen, welche Haltung und welche Skills derzeit im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung gezielt und ausschließlich im Bereich der neurologischen (Früh-)Rehabilitation angeboten werden, um Pflegenden zu befähigen, therapeutisch zu pflegen. Die Ausbildung kann hier sicher eine breitgefächerte Grundlage über alle Indikationsbereiche der Pflege hinweg bieten. Sie wird jedoch nicht den fachspezifischen Anforderungen und Herausforderungen, wie sie in der Pflege der komplexen Krankheitsbilder in der Neurologie erforderlich sind, gerecht werden können. Spezielles Wissen, Methoden und Skills zur Durchführung von therapeutischer Pflege in der neurologischen Rehabilitation werden in

der Ausbildung nur in Ansätzen behandelt. Aufgrund dessen bedarf es weiterer Qualifizierungsmöglichkeiten, welche Inhalte therapeutischer Pflege einbeziehen. Diesbezüglich werden gegenwärtig zunehmend Weiterbildungen in der neurologischen Rehabilitation mit unterschiedlichen Schwerpunkten angeboten. Des Weiteren besteht ein Curriculum der Deutschen Gesellschaft für neurologische Rehabilitation über die Weiterbildung Gesundheits- und Krankenpfleger(in) für neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in aktivierend-therapeutischer Pflege [4]. Allerdings sind die bestehenden Weiterbildungsangebote hinsichtlich der Vermittlung theoretischer Grundlagen häufig medizinerorientiert und enthalten wenige pflegerelevante Aspekte. Ebenso ist kritisch zu diskutieren, ob Pflegenden in Praktika, die im Rahmen von Weiterbildungen stattfinden, tatsächlich die praktische Umsetzung von therapeutischer Pflege lernen können. Arbeiten Pflegenden dort nicht therapeutisch und sind die Voraussetzungen für die Lernenden nicht gegeben, kann das Ziel, die praktische Umsetzung therapeutischer Pflege zu lernen, nur in Ansätzen erreicht werden. Entscheidend ist dabei sicher auch, wie Theorie und Praxis in der Weiterbildung miteinander vernetzt sind. Da auch die OPS-Ziffer 8-552 im G-DRG-System die Forderung enthält, dass aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Personal erfolgen soll [5], ist diesem Umstand Rechnung zu tragen.

Um die bestehenden Diskrepanzen in der Durchführung von Pflege verringern zu können, sind Qualifizierungsangebote im Bereich der neurologischen (Früh-)Rehabilitation notwendig, nicht zuletzt, um zu einem bestmöglichen Behandlungsverlauf der Rehabilitation beizutragen. Die hier dargestellten Merkmale therapeutischer Pflege können vor dem Hintergrund der in der Praxis beobachteten Diskrepanzen und des in der Ausbildung vermittelten Wissens über neurologische Pflege Ansatzpunkte möglicher Themen und Inhalte in einer Weiterbildung zur therapeutischen Pflege in der neurologischen (Früh-)Rehabilitation sein. Beispielsweise ist Grundlagenwissen über die Rehabilitation (Begriff Rehabilitation, übergeordnete Rehabilitationsziele, SGB IX u. a.) erforderlich. Um zielgerichtet beobachten und wahrnehmen zu können, sind Fachkenntnisse, z. B. über neurologische Krankheits- und Störungsbilder, elementare Voraussetzung, genauso wie soziale und personale Kompetenzen. Gegenstand von Weiterbildungen kann die Zielorientierung sein, beispielsweise wie berufsgruppenspezifische und interdisziplinäre Ziele in Anlehnung an die ICF formuliert werden können und welche Methoden innerhalb des Zielfindungsprozesses zur Anwendung kommen können. Darauf aufbauend sind Interventionen, die in der Pflege bei unterschiedlichen neurologischen Krankheits- und Störungsbildern zum Einsatz kommen können, sowohl theoretisch als auch praktisch zu vermitteln. In diesem Zusammenhang wäre z. B. ein Training im Skills-Lab vor der Umsetzung in der praktischen Routine ideal. Weitere Module können Bereiche der Kommunikation umfassen, Training

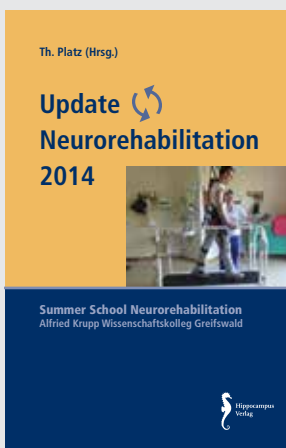
der Reflexionsfähigkeit, Clinical Reasoning, Decision-Making oder Evidence-based Nursing. Voraussetzung dafür ist jedoch sowohl die Einstellung Pflegenden als auch die Grundhaltung der Einrichtung zur Rehabilitation, zu therapeutischer Pflege und zum selbstgesteuerten lebenslangen, aber auch zum organisationalen Lernen. Weitere Rahmenbedingungen, die im Zusammenhang mit der Umsetzung therapeutischer Pflege diskutiert werden können, sind das Vorhandensein von Praxisanleitern und Instruktoren, die Anpassung organisationaler Strukturen (z. B. Teambesprechungen, Fallbesprechungen, Pflegevisiten, interdisziplinäre Stationsteams) oder auch die Anpassung des Pflegesystems (Verantwortungsübernahme durch Bezugspflegesysteme) sowie das Vorhalten von Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten.

Allerdings wird die Umsetzung therapeutischer Pflege lediglich für die Phase B innerhalb des G-DRG-Systems gefordert. Leistungen der Phase C können nicht mit dem DRG-System abgerechnet werden, könnten aber Eingang in die Rahmenempfehlungen der BAR finden. Die Forderung zur Durchführung therapeutischer Pflege und gleichzeitig die Vergütung von pflegetherapeutischen Leistungen ist nicht nur für die Phase B, sondern auch für die Phase C relevant.

Auch wenn die Darstellung in diesem Artikel auf zwei Beispielen beobachteter Praxis beruht und aus diesem Grund nicht verallgemeinert werden kann, konnten dennoch einige Merkmale therapeutischer Pflege aufgezeigt werden. Die Publikation der Originalarbeit über die Studie zur therapeutischen Pflege, die alle Merkmale therapeutischer Pflege umfasst, steht noch aus. Diese Merkmale weisen gleichzeitig auf weitere mögliche Themen und Inhalte hin, die in Module einer Weiterbildung im Bereich therapeutischer Pflege integriert werden können.

#### Danksagung

Besonderer Dank wird dem BDH Bundesverband Rehabilitation e. V. ausgesprochen, der die Studie vollständig finanziert hat. Ebenso danke ich den Verwaltungsdirektoren, den Ärztlichen Direktoren und Pflegedienstleitungen aller BDH-Kliniken für die Zusammenarbeit und Unterstützung, denn sie ermöglichten den Zugang zum Untersuchungsfeld. Großer Dank gilt vor allem den Pflegenden, die es zuließen, sich teilnehmend beobachten zu lassen, denn ohne deren Einwilligung wäre die Durchführung der Studie nicht möglich gewesen.



#### Summer School Neurorehabilitation 2014

Der Beitrag von Sindy Lautenschläger ist in dem Tagungsband »Update Neurorehabilitation 2014« entnommen. Der Band erschien zur Summer School »Neurorehabilitation«, welche erstmals vom 2. bis 5. Juli 2014 im Alfred Krupp Wissenschaftskolleg Greifswald stattfand.

Die für jedes zweite Jahr in Greifswald geplante Sommerschule richtet sich an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ärztlichen, pflegerischen und der therapeutischen Dienste gleichermaßen und ist damit für die persönliche Fortbildung wie auch für die Teamentwicklung geeignet. Sie möchte mit einem kompakten Weiterbildungsformat den aktuellen Stand der klinischen Wissenschaft darstellen. Neurorehabilitation mit den Schwerpunkten Armmotorik, Stehen und Gehen, Behandlung von Spastik, Schlucken, Sprache, visuelle Wahrnehmung, Kognition und Emotion wurden thematisiert sowie übergeordnete Aspekte wie Teamarbeit, therapeutische Pflege oder neurobiologische Grundlagen der Neurorehabilitation.

Die Themen bilden einerseits ein Europäisches Curriculum »Neurorehabilitation« ab. Andererseits ist die Sommerschule »Neurorehabilitation« eine Fortbildungsinitiative der Weltföderation Neurorehabilitation WFNR und könnte modellhaft für ähnliche Aktivitäten weltweit werden.

Der Begleitband »Update Neurorehabilitation 2014« möchte wichtige Fortbildungsinhalte einer breiten Leserschaft zur Verfügung stellen und damit auch all diejenigen erreichen, die sich über diese Themen informieren möchten, ohne dass sie selbst an der Sommerschule »Neurorehabilitation« teilnehmen konnten.

ISBN 978-3-944551-10-4 | 192 S. | br. | € 29,90 | Hippocampus Verlag 2014

## Literatur

1. Arbeitsgemeinschaft neurologische Frührehabilitationspflege (AGnFP). FRP-Katalog. Katalog über zentrale Inhalte der Rehabilitationspflege in der neurologischen Frührehabilitation, 2011. Im Internet: <http://www.bdh-klinik-hessisch-oldendorf.de/team/pflege.php>. Stand: 28.03.2014.
2. Arbeitsgruppe Neurologische Frührehabilitation der Asklepios Kliniken. Asklepios Katalog für pflegetherapeutische Leistungen (AKpL). Lich: Pictura Werbung GmbH 2010.
3. Arbeitskreis neurologischer Kliniken in Bayern und Thüringen. Katalog der therapeutischen Pflege (KtP) in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (Phase B). Entstanden in Zusammenarbeit mit dem MDK Bayern, 2007. Im Internet: <http://www.enzensberg.de/wir-ueber-uns/qualitaetsmanagement/katalog-der-therapeutischen-pflege-ktp/>. Stand: 28.03.2014.
4. Deutsche Gesellschaft für neurologische Rehabilitation (DGNR). Weiterbildung Gesundheits- und Krankenpfleger(in) für neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation. Curriculum aktivierend-therapeutische Pflege. Stand 22.08.2011. [http://www.dgnr.de/media/165/cms\\_52502a3e9b5f8.pdf](http://www.dgnr.de/media/165/cms_52502a3e9b5f8.pdf), Stand: 30.03.2014.
5. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Operationen und Prozedurenschlüssel. Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen. Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS 8-552), vom Kapitel 8, 2014, Im Internet: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2014/block-8-55...8-60.htm>, Stand: 28.03.2014.
6. Deutsche Rentenversicherung. Geschäftsbereich Presse und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL). 5. Aufl. Berlin 2007.
7. Drosdowski G. Duden Etymologie: Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache. Überarb. Nachdruck d. 2. Aufl. Mannheim-Leipzig-Wien-Zürich: Dudenverlag 1997.
8. Girtler R: Methoden der Feldforschung. 4. völlig neu bearb. Aufl. Wien-Köln-Weimar: Böhlau 2001.
9. Glaser BG, Strauss A. The Discovery of Grounded Theory. Chicago: Aldine 1967; 101-108.
10. Goldenberg G. Neuropsychologie. 2. Aufl. Stuttgart u.a.: Gustav Fischer 1998; 107.
11. Hagen T, Bennefeld H, Diepolder V, Haase I, Leidner O, Miosge W, Pfeiffer G, Wißler J. Entwicklung eines Kataloges pflegetherapeutischer Maßnahmen in der neurologischen Frührehabilitation (Phase B). *Neurol Rehabil* 2007; 13: 151-158.
12. Himaj J, Müller E, Fey B, Neumaier S, Waibel B, Dirschedl P, Wallesch C-W. Elzacher Konzept und Leistungskatalog der therapeutischen Pflege in der neurologischen Frührehabilitation (Phase B). *Rehabilitation* 2011; 50: 94-102.
13. International Council of nursing (ICN) (2010). Definition von Pflege. Im Internet: <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/> Stand: 28.03.2014.
14. Kassühlke R. Kleines Wörterbuch zum Neuen Testament. Griechisch-Deutsch. Stuttgart: Deutsche Bibelgesellschaft 1997.
15. Lamnek S. Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4. überarb. Aufl. Weinheim-Basel: Beltz 2005.
16. Lautenschläger S, Müller C, Immenschuh U, Muser J, Behrens J. Therapeutische Pflege und Rehabilitation: Eine systematische Literaturübersicht. *Rehabilitation* 2013; 52: 1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1358386>
17. Luhmann N. In: Luhmann N (Hg). Soziologische Aufklärung. Band 5. Konstruktivistische Perspektiven. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2009; 220-226.
18. O'Conner SE. Nursing and rehabilitation: the interventions of nurses in stroke patient care. *J Clin Nurs* 1993; 2: 29-34.
19. Orem DE. *Nursing Concepts of Practice*. 5th ed. St. Louis a.o.: Mosby 1995.
20. Pape W: Griechisch-Deutsches Handwörterbuch. bearb. von M. Sengebusch. Nachdruck der 3. Aufl. Graz: Akademische Druck- und Verlags-gesellschaft (1 A-K) 1954.
21. Peplau H. *Interpersonal Relations in Nursing. A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. 1st ed. New York: Springer Publishing Company 1952.
22. Platz T. In: Rollnik JD (Hg). *Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation*. Berlin-Heidelberg: Springer 2013; 131-154.
23. Seebold E. Kluge. *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache*. 24. durchgesehene und erw. Aufl. Berlin: Walter de Gruyter 2002.
24. Travelbee J. *Interpersonal Aspects of Nursing*. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis 1971.
25. Wahrig-Burfeind R. Wahrig. *Fremdwörterlexikon*. Renate Wahrig-Burfeind. Leitung der Neuausgabe. Gütersloh-München: Wissen Media Verlag 2007.
26. Wallesch CW. Frührehabilitation und OPS 8-552. *Akt Neurol* 2009; 36: 93-97.
27. Meyers Grosses Universallexikon. Meyers Lexikonverlag (Deutsches Wörterbuch, 18). Bibliografisches Institut Mannheim-Wien-Zürich 1986.
28. World Health Organization (WHO). Definition von Rehabilitation. Im Internet: <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/> Stand: 28.03.2014.

## Korrespondenzadresse:

Sindy Lautenschläger M.Sc.  
 Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (HTW)  
 Fakultät für Sozialwissenschaften  
 Goebenstr. 40  
 66117 Saarbrücken  
 s.lautenschlaeger@htwsaar.de