

Aktivitäten des täglichen Lebens – ADL-Training in der Küche

Thomas Thürk

1. Einleitung

Aufgrund unterschiedlichster Erkrankungen oder Lebensumstände kann es dazu kommen, dass sich das Leben plötzlich oder auch langsam verändert und Dinge des Alltags, die vorher selbstverständlich schienen, sich nicht mehr in gewohnter Art und Weise händeln lassen.

In dieser veränderten Lebenssituation benötigen die betreffenden Menschen professionelle Hilfe bei der Bewältigung von Alltagshandlungen.

Die Möglichkeit, Patienten oder Klienten aus therapeutischer Sicht dabei zu unterstützen, mit ihren Handicaps besser umgehen zu können oder sie gar zu befähigen, die individuellen Probleme gänzlich zu überwinden, hängt von vielen unterschiedlichen Faktoren ab: zum einen von Art und Auswirkung der Erkrankung, zum anderen davon, welchen Anforderungen sich das Individuum im Alltag stellen muss.

Die Ergotherapie orientiert sich vordergründig an dem praktischen Bezug zum Lebensumfeld des Patienten. Die Behandlungsschwerpunkte beziehen sich in erster Linie auf den motorisch-funktionellen, kognitiven und sozio-emotionalen Bereich.

Die therapeutischen Maßnahmen können in unterschiedlichen Sozialformen (Einzel-, Partner- oder Gruppenarbeit) durchgeführt werden und setzen immer ein hohes Maß an Mitarbeit des Patienten voraus. Denn: Ergotherapie ist prinzipiell eine aktive Therapie (Thürk 2012, S. 7).

Bedeutende Zielsetzungen für das Leben sind Selbstständigkeit und die damit verbundene Zufriedenheit mit dem eigenen Leben.

Um diese Ziele umsetzen zu können oder ihnen zumindest nahe zu kommen, muss der Patient gewisse Alltagskompetenzen erwerben. Ein wichtiger Schritt zur Selbstständigkeit im Alltag ist der Bereich Essen und Trinken.

Was sich hier recht lapidar und oberflächlich anhört, beinhaltet in der Realität eines Menschen jedoch sehr komplexe und mitunter schwierige Umsetzungen von Teilarbeitsschritten und Handlungsabfolgen.

Beispielsweise muss eine Mahlzeit geplant werden, bevor im Anschluss die Umsetzung erfolgen kann.

Aufgrund dessen kann aus therapeutischer Sicht festgelegt werden, in welchen Teilbereichen und in welchem Umfang eine Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags angezeigt ist.

Um herauszufinden, welche Probleme und Fragen geklärt werden müssen und wie diese am günstigsten gelöst werden können, sollte eine strukturierte Bestandaufnahme stattfinden. Um diese auf fachlich fundierte Füße zu stellen, ist es sinnvoll, sich mit dem Begriff ADL etwas genauer auseinanderzusetzen.

2. Bedeutung des Begriffs ADL

ADL (orig. engl. = activities of daily living), im deutschen ATL und übersetzte Bedeutung = Aktivitäten des täglichen Lebens. Die ADL gehören zu einem ganzheitlichen Therapiemodell, als dessen Schöpferin Nancy Roper gilt. Das Modell wurde im Laufe der letzten Jahrzehnte mehrfach verändert und modifiziert. In diesem Zusammenhang sind Namen wie Virginia Hendersen oder – gerade auch für das deutsche ATL-Modell – Liliane Juchli zu nennen.

Ziel der Therapie ist, die größtmögliche Selbstständigkeit eines Patienten/Klienten zu erhalten oder wieder herzustellen.



Beginn eines Küchentrainings in der Ergotherapieausbildung.

In der Definition heißt es, dass es sich hierbei um alle Aktivitäten in den Bereichen Arbeit, Erholung und Familie handelt, die eine Person erbringen muss.

2.1 Unterschiede

Es werden zwei Bereiche unterschieden:

► ADL:

- Persönliche Hygiene (z. B. Duschen und Toilettengang)
- An- und Auskleiden
- Mobilität (Fortbewegung z. B. gehen, laufen)
- Kommunikation (sprechen, schreiben, telefonieren)

► Erweiterte ADL:

- Haushaltsführung
- Essenszubereitung
- Umgang mit Behörden (Banken, Ämter)
- erweiterte Mobilität (öffentliche Verkehrsmittel, Auto)
- Freizeitbereiche (Hobby, Sport)

Ob und in welcher Ausführungsqualität die entsprechenden Alltagshandlungen durchgeführt werden können, wird hauptsächlich durch folgende Fähigkeiten beeinflusst:

- Sehen
- Hören
- Gleichgewicht
- Koordination
- kognitive Fähigkeiten

Die entsprechenden Indikationen, die eine oder mehrere dieser Fähigkeiten ansprechen bzw. Auswirkungen auf diese haben, sind sehr vielschichtig und breit gefächert. So können degenerative Veränderungen dafür verantwortlich sein, dass ein Umsetzen der ADL negativ beeinflusst wird, oder es handelt sich um Patienten, die von Geburt an durch körperliche und/oder geistige Beeinträchtigungen die Anforderungen des Alltags nicht selbstständig ausführen können. Des Weiteren können plötzlich eintretende Situationen, z. B. ein Unfall, eine Erkrankung oder Operation, eine Ursache sein.

2.2 Weiterentwickelte ADL-Modelle

► IADL (engl.: Instrumental Activities of Daily Living):

- Sie erweitert und konkretisiert die ADL im Sinne einer Checkliste, um eine Bedarfsanalyse punktueller erstellen zu können.

- Zum Beispiel wird hier noch genauer auf Punkte der erweiterten ADL eingegangen. Sie beinhaltet Punkte wie Einkaufen, Medikamenten-Management, Handhabung von Finanzen, Wohnraumgestaltung, Hilfsmittelversorgung und Angehörigenberatung.

► AEDL (Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens):

- Diese Begrifflichkeit orientiert sich an den ursprünglichen ADL. Sie ist jedoch so stark erweitert, dass sie Bestandteil eines Pflegekonzeptes werden konnte und hier die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit erleichtert. Der Pflegebedarf richtet sich danach, ob jemand in den Bereichen Mobilität, Motorik, Körperhygiene, Ernährung und Kommunikation häufigen oder ständigen Hilfebedarf hat.
- Das konzeptionelle Pflegemodell geht auf Monika Krohwinkel zurück, die sich hierbei an dem Modell von Liliane Juchli orientiert.
- Dieses Pflegemodell wurde erstmals 1984 veröffentlicht und 1993 durch das Bundesministerium für Gesundheit offiziell als 13. AEDL anerkannt.

► BADL (Basic-ADL):

- Der Schwerpunkt der ADL wird durch diese Begrifflichkeit auf Tätigkeiten mit funktioneller Mobilität verlagert. Dies bedeutet, dass hier überwiegend die Fähigkeiten bezogen auf Gehfähigkeit, Mobilität im Rollstuhl oder auch Transferleistungen vom Bett oder ins Bett gemeint sind. Des Weiteren schließt die BADL Tätigkeiten wie Toilettengang oder das Duschen mit ein.

Um Schwerpunkte für die Therapie setzen zu können und herauszufinden, in welchen Bereichen des täglichen Lebens der Patient betroffen ist, sollte eine strukturierte Bestandaufnahme stattfinden. Neben Gesprächen mit den Klienten werden standardisierte Fragebögen eingesetzt. **Bekannteste Checklisten** hierfür sind z. B.:

- Barthel-Index (Einteilung/Dokumentation der ADL-Fähigkeiten)
- IADL (instrumentelle ADL)
- Skala nach Lawton-Brody
- Interessencheckliste angelehnt an MOHO (Model of Human Occupation = COPM (Canadian Occupational Performance Measure)). Beinhaltet die Patienteneinschätzung bezüglich der Ausführung und Zufriedenheit in Problembereichen.