



# Elzacher

## Konzept und Leistungskatalog

der therapeutischen Pflege in der neurologischen  
Frührehabilitation (Phase B)  
unter der Vorgabe des OPS 8-552

Version 2 - Juni 2017

Jürgen Muser  
Jeton Himaj  
Elisabeth Müller

# Elzacher

## Konzept und Leistungskatalog

### der therapeutischen Pflege in der neurologischen Frührehabilitation (Phase B)

unter der Vorgabe des OPS 8-552

#### **Alle Rechte vorbehalten**

1. Auflage April 2010      Version 2, überarbeitet im Juni 2017  
© 2010 BDH-Klinik Elzach GmbH

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der BDH-Klinik Elzach unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

#### **Verfasser:**

Jürgen Muser, Dipl. Pflegewirt (FH)  
Jeton Himaj, Dipl. Pflegewirt (FH)  
Elisabeth Müller, Fachkraft für Rehabilitation

#### **Herausgeber:**

BDH-Klinik Elzach  
Am Tannwald 1-3  
79215 Elzach  
Telefon: (07682) 801-0  
Fax: (07682) 801-855  
E-Mail: [Info@bdh-klinik-elzach.de](mailto:Info@bdh-klinik-elzach.de)  
Internet: [www.bdh-klinik-elzach.de](http://www.bdh-klinik-elzach.de)

## Einführung

Patienten in der neurologischen Frührehabilitation (Phase B), z.B. mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma, mit schwersten Wahrnehmungsbeeinträchtigungen und/oder ausgeprägten Paresen/Plegien weisen komplexe Beeinträchtigungsmuster im kognitiven, emotionalen, sensorischen, kommunikativen und motorischen Bereich auf. Diese beeinflussen sich gegenseitig und können die daraus erwachsenden Fähigkeitsstörungen verstärken. In dieser frühen Phase sind die Patienten überwiegend noch nicht in der Lage, aktiv mitzuarbeiten. Grundelemente der therapeutischen Pflege umfassen hier Förderangebote in den Bereichen Wahrnehmung, Bewegung, Atmung und Kommunikation.

Therapeutische Pflege befundet die individuelle Situation des Patienten. Sie formuliert, sobald möglich in Absprache mit Patienten, Funktions- und Aktivitätsziele die dazu beitragen, die Teilhabe von Patienten zu fördern.

Voraussetzung dafür sind der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und die Einübung gelungener Kommunikation, orientiert an den Möglichkeiten der Patienten.

Besonders bei Patienten, die noch nicht in der Lage sind sich mitzuteilen, sind die Angehörigen unverzichtbare Ansprechpersonen.

Die Maßnahmen der therapeutischen Pflege sind darauf ausgerichtet, Patienten im Hinblick auf Vigilanz, Kommunikation, Atmung, bewusste Wahrnehmung und absichtsvolle Handlungen zu stimulieren, ungerichtete und unspezifische Unruhe zu mindern, seine eigenen Aktivitäten zu erkennen, zu unterstützen und auszubauen. Grundsätzlich werden Patienten in alle Verrichtungen aktiv einbezogen, wobei sich Art und Umfang nach den jeweiligen Fähigkeiten sowie den Beeinträchtigungen richten. Die Pflgeherapie kann überwiegend kompensatorisch, teilkompensatorisch oder beaufsichtigend beziehungsweise anleitend gestaltet werden. Therapeutische Pflege findet durch therapeutische Gestaltung von Alltagssituationen (Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Bewegungsförderung etc.) und Fortführung von Übungen aus der Therapie statt.

Die Pflege ist Bestandteil des interdisziplinären Teams, ihre pflegetherapeutischen Leistungen erbringt sie durch besonders geschultes Personal auf der Basis von neurophysiologischen Konzepten (wie z.B. Bobath, Basale Stimulation, Affolter, Therapie des Facio-oralen Trakts (FOTT), Kinästhetik, Lagerung in Neutralstellung (LIN),...) oder durch die von der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) zertifizierte Weiterbildung „Gesundheits- und Krankenpfleger(in) für neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation - Curriculum aktivierend-therapeutische Pflege“.

Interdisziplinäre Patientenbesprechungen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und der Formulierung weiterer Behandlungsziele finden einmal wöchentlich statt. Dabei werden neben der Dokumentation von fachspezifischen Funktions- und Aktivitätszielen fachübergreifende interdisziplinäre Ziele formuliert. Diese orientieren sich an den Teilhabezielen der Patienten.

Die Formulierung und kontinuierliche Anpassung konkreter interdisziplinärer Rehabilitationsziele, deren Dokumentation, Koordination und die Überprüfung des Rehabilitationsverlaufs anhand dieser Ziele sind die Hauptaufgaben der interdisziplinären Besprechung. Die formulierten interdisziplinären Rehabilitationsziele gehen in den Arbeitsauftrag aller Beteiligten ein. Ihre Erarbeitung ist ein notwendiger Bestandteil der Rehabilitations- und Therapieplanung. Die

Einrichtung verpflichtet sich, fortlaufend entsprechende qualifizierende Maßnahmen durchzuführen, das Besprechungsformat wird laufend evaluiert und verbessert.

## Einzelmaßnahmen

Bei **jeder pflegerischen Intervention** wird mit dem Patienten verbal/ nonverbal, mimisch/ gestisch und taktil Kontakt aufgenommen. Bei Patienten im Wachkoma bzw. in frühen Remissionsphasen erfolgt dies mit einer Initialberührung, begleitet von einer kurzen verbalen Begrüßung. Bei jedem Kontakt werden die Reaktion und die Aufmerksamkeit des Patienten während der Handlung beobachtet. Willentliche Reaktionen des Patienten werden einbezogen. Wenn sie adäquat zur vorgenommenen Handlung sind, werden sie gefördert und ausgebaut. Handlungen, bei denen zunächst keine Unterstützung durch den Patienten erfolgt, können in Teilsequenzen mit Handführung vorgenommen werden. Die Prinzipien der verbalen, taktilen Vorbereitung und Stimulation sowie das „Führen“ dienen der Verbesserung der Wahrnehmung und damit auch der kognitiven Stimulation.

### **Training der Körperpflege**

Alle Maßnahmen zur Körperpflege stellen gleichzeitig Wahrnehmungsangebote an den Patienten dar. Der über die verschiedenen Sinneskanäle gegebene Input dient der Förderung der bewussten Wahrnehmung und Anregung der Eigenaktivität hin zu absichtsvollen Bewegungen.

Durch die Wahl einer individuellen Ausgangsstellung wird beim Waschen auf die Probleme des Patienten eingegangen. Es wird eine angepasste Unterstützungsfläche angeboten, die es dem Patienten ermöglicht, Gewicht abzugeben. Dies schafft Möglichkeiten zur selektiven Bewegung. Bei zunehmender Stabilität des Patienten kann die Unterstützungsfläche verringert und dadurch die Anforderung erhöht werden.

In die Körperpflege können Rotationsbewegungen eingebaut werden, die zuständige Muskelketten aktiviert und die Rumpfstabilität fördert.

Sowohl bei erhöhtem Tonus als auch bei schwerer vegetativer Dysregulation werden neurophysiologisch begründete Verfahren zur Tonussenkung angewandt, um eine Regulationsfähigkeit anzubahnen.

Verrichtungen können unter Handführung des Patienten durch den Pflegenden erfolgen. Der Betroffene erhält hierdurch eine basale Rückmeldung, die es ihm ermöglicht, sich an Altes, Erlerntes zu erinnern und auf diese Speicherung zurückzugreifen. Dies gilt es zu erkennen und zu unterstützen.

Beginnende sensorische/motorische Fähigkeiten des Patienten werden einbezogen. Bei schwer kognitiv beeinträchtigten Patienten sind es zunächst einzelne kurze Handlungssequenzen, die schrittweise ausgebaut werden. Der Patient wird dabei unterstützt, seine mehr betroffene Seite wieder wahrzunehmen (Hemineglect, Hemianopsie) und seine bewegungseingeschränkten Extremitäten (infolge Paresen etc.) zu benutzen.

Er erhält Schulung und Hilfe beim Umgang mit geeigneten Hilfsmitteln.

Bei Störungen in der Handlungsplanung, der Raumwahrnehmung und des korrekten räumlichen Handelns können im Setting der Körperpflege Struktur, zielgerichtetes Handeln und die räumliche Wahrnehmung trainiert werden.

### **Anziehtraining**

Der Patient wird durch das Führen bei zunächst einfachen Verrichtungen wie z.B. dem Einbringen einer Hand in ein Ärmelloch aktiviert. Dem folgt ein Aufbau komplexerer Handlungsabläufe wie zum Beispiel das Anziehen eines T-Shirts.

### **Lagewechsel und Positionierung**

Die Positionierung erfolgt so, dass die Tiefenmuskulatur stabilisiert wird. Dies ist ein wesentlicher Schritt, um willkürliche Bewegungen und sinnvolle unwillkürliche Unterstützungsmotorik zu ermöglichen. Die Durchführung des Lagewechsels trägt zur aktiven und passiven Mobilisierung des Patienten bei. Die Eigenaktivität wird unterstützt, die Modulierung und Reduzierung eines unerwünscht hohen Muskeltonus wird möglich.

### **Mobilisation im Bett**

Die Mobilisation im Bett (z.B. Bridging, Stabiler Sitz im Bett, Sitzen an der Bettkante,) dient der Förderung der Vigilanz und der Aufmerksamkeit. Die Körperwahrnehmung wird durch veränderten vestibulären und propriozeptiven Input geschult. Die Erfassung der Umgebung wird erweitert (Fernsinn: Auge, Nase, Gehör).

Durch eine Beckenaufrichtung werden die Rumpfmuskeln aktiviert. Das ist der erste Schritt zur Erarbeitung der Kopfkontrolle und für den Einsatz der oberen Extremitäten. Schlucken und Abhusten werden erleichtert. Die Art der Mobilisation richtet sich nach der Belastbarkeit sowie der Vigilanz und der Tonussituation. Dies erfordert eine Anpassung der Maßnahme.

### **Transfer** (Übersetzen vom Bett in den Rollstuhl und zurück, ggf. Stuhl oder WC)

Wie bei der Mobilisation werden durch Transfers die Wahrnehmung und die Motorik gefördert. Zudem wird die Wahrnehmung des Untergrundes im Bereich von Gesäß und Fußsohlen, der Gelenkstellung sowie der Muskelspannung aktiviert. Zusätzlich wird die Erhaltung der Beckenbeweglichkeit unterstützt. Die Wahrnehmung für Bewegung im Raum wird gefördert und es werden Gleichgewichtsreaktionen ausgelöst. Der Kreislauf wird stabilisiert. Die Techniken werden den Fähigkeiten des Patienten entsprechend ausgewählt.

Beispiele:

- a) Tiefer Transfer passiv: wenn Patient nicht mithelfen kann (Coma vigile, Tetraplegie, etc.)
- b) Tiefer Transfer mit aktiver Mithilfe des Patienten: Patient mit Hemisymptomatik, der mit der weniger betroffenen Seite mithelfen kann.
- c) Transfer über Stand: Patient kann stehen, dabei wird jedoch ein bestimmtes Ziel verfolgt z.B. Verbesserung der Rumpfstabilität, Tonusregulation, Schulung der Standbein- und Spielbeinphase etc.

### **Stand**

Bei Phase B-Patienten erfolgt der Stand überwiegend passiv, d. h. mit zwei Therapeuten, ggf. im Standing, Stehbett oder Mobilizer, mit Stabilisierung der Kniegelenke und des Beckens. Die Wahrnehmung des Untergrundes wird ermöglicht, es erfolgt eine Aufrichtung des Rumpfes, eine Modulation des Muskeltonus, die Anbahnung von Gleichgewichtsreaktionen, die Stimulation des Kreislaufs und eine Erhaltung der Gelenkbeweglichkeit, vor allem des oberen Sprunggelenks. Hierdurch kommt es zu einer Steigerung der Vigilanz, der bewussten Körperwahrnehmung und der Aktivierung des willentlichen Einsatzes der Stütz- und Haltemotorik.

### **Dysphagietherapie**

Diese erfolgt in Kooperation mit Mitarbeitern der Schlucktherapie. In der Frühphase steht die Erarbeitung des Haltungshintergrundes und der Kopfkontrolle im Vordergrund. Es werden Gesicht und Mund stimuliert und zunächst das Schlucken des Speichels angebahnt. Die Voraussetzungen zur oralen Nahrungsaufnahme werden erarbeitet. Die Konsistenz der Nahrung wird der individuellen Schluckfähigkeit des Patienten angepasst. Das Essen wird angereicht, später wird der Patient beim Essen begleitet bis eine sichere, aspirationsfreie Nahrungsaufnahme möglich ist. Besondere Aufgaben der therapeutischen Pflege stellen hierbei Symptomkontrolle, Anpassung der Diät und ernährungsoptimierende Maßnahmen dar

### **Stimulierende Mundpflege**

Der Gesicht-Mundbereich wird durch taktile, thermale und gustatorische Reize stimuliert. Ziele sind die Anbahnung von willkürlichen oro-facialen Bewegungen und die Förderung der Hand-Mundkoordination.

Durch gezieltes Vorgehen wird der Mundbereich spürbarer, die Vigilanz erhöht sich und das Schlucken wird angebahnt.

### **Essen und Trinken**

Eine Essbegleitung kann bei neurologischen Patienten aus unterschiedlichen Gründen erforderlich sein, z.B. aufgrund von:

- Einschränkungen der oralen Sensibilität oder Motorik (der Nahrungstransport ist eingeschränkt, Nahrungsreste verbleiben im Mund)
- Facialisparesen unterschiedlicher Ausprägung (ein Mundschluss ist nicht ausreichend möglich)
- neuropsychologischer Defizite, Neglect und anderen Aufmerksamkeitsstörungen (eine Orientierung auf das Essen ist nicht möglich)
- Apraxie und Hemiplegie (das Hantieren mit Besteck ist erschwert oder nicht möglich)

Bei Patienten mit beeinträchtigtem Schlucken werden Schluckakt fördernde Bewegungsmuster, Kopf- und Körperhaltungen in Absprache mit den für die Schlucktherapie zuständigen Fachtherapeuten systematisch eingeübt. Die Konsistenz von Nahrungsmitteln und Flüssigkeiten wird modifiziert und die Schluckkompetenz durch Einfärben kontrollierbar gemacht.

Patienten mit sicherer Schluckfähigkeit werden ihren Möglichkeiten entsprechend zunehmend in die aktive Nahrungsaufnahme mit einbezogen, z.B. durch Vorbereitung, Führen der Patientenhand zum Mund, Förderung der Koordination zwischen Hand und Mund, Training des bimanuellen Umgangs mit Besteck, ggf. Training von Hilfsmitteln wie das Einhänderbrett.

### **Kommunikation**

Kommunikation ist ein elementares Bedürfnis, die Grundlage für den Austausch mit der Umwelt, für Beziehungsaufbau, für Verstehen und Verständigung.

Verbale, nonverbale, akustische, gestische und mimische Kommunikationssignale des Patienten sollen erkannt und gezielt beantwortet werden (dialogischer Kommunikationsaufbau).

Bei schwersten Kommunikationsstörungen werden einfache Kommunikationssignale in verschiedenen zusammengehörigen Sinneskanälen (taktil, verbal, gestisch, mimisch) regelmäßig wiederholt. Ziel ist dabei der Aufbau einer sicheren Verständigungsebene durch einüben von Ja-Nein-Codes beispielsweise über Blinzeln, Händedruck.

Hier wird die Grundlage für alle weiteren, auf gelungener Kommunikation basierenden therapeutischen Interventionen gelegt.



### **Gedächtnis und Orientierung**

Eine Strukturierung des Tages wird durch tageszeitadäquate Beleuchtung gefördert. Verbale Informationen zu Tag, Tageszeit, Ort und zu den Therapien werden regelmäßig wiederholt, insbesondere im Bezug zu typischen Verrichtungen wie zum Beispiel beim morgendlichen Waschen und Ankleiden oder beim abendlichen Waschen und Entkleiden. Tagesstrukturierung wird unterstützt durch möglichst wochenweise stabile Termine und durch den Einsatz von Hilfsmitteln wie Kalender und Uhr. Die Orientierung zur Person wird durch den Bezug auf die Biographie des Patienten unterstützt. Dies kann über das Betrachten von Fotos, persönliche Gegenstände oder Gespräche über das persönliche Umfeld des Patienten geschehen.

### **Blasen- / Darmtätigkeit, Toilettentraining**

Sobald durch nonverbale (Unruhe, Nesteln etc.) oder verbale Signale des Patienten anzunehmen ist, dass der Patient Urin- oder Stuhldrang spürt, wird ihm die Urinflasche angelegt oder das Steckbecken gereicht.

Dabei werden Beckenhebung, Seitwärtsversetzen und das Drehen des Beckens (Rotationsbewegungen der Bauchmuskulatur) angebahnt und eingeübt.

Soweit Vigilanz, Kreislaufregulation und Wahrnehmungsfähigkeit dies erlauben, werden regelmäßige Transfers auf den Toilettstuhl durchgeführt, Patienten werden verbal und situativ darauf vorbereitet. Der Wechsel von Inkontinenzhosen, Unterlagen etc. erfolgt unter Einbeziehung des Patienten, um ihn über seine Ausscheidungsfunktionen zu informieren, zu aktivieren und eine Eigenkontrolle anzubahnen.

### **Atmung**

Eine dem Bedarf entsprechende Versorgung des Körpers mit Sauerstoff ist die Grundlage für alle Stoffwechselfvorgänge und eine wichtige Voraussetzung für alle weiteren Schritte der Rehabilitation. Ziel der Atemtherapie ist die Förderung der Atemtiefe mittels unterschiedlicher Maßnahmen und Hilfsmitteln. Die Wahrnehmung basaler Vorgänge und damit die kognitive Stimulation werden verbessert. Die Förderung der Atmung erleichtert den Patienten zudem die Sekretmobilisation, aktiviert zum Abhusten und verbessert durch eine kontinuierlich gute Sauerstoffzufuhr alle Kreislaufparameter, die Vigilanz und Kognition sowie die Belastbarkeit.

Die gezielte Durchführung der verschiedenen Maßnahmen der Atemtherapie dient der:

- Atemerleichterung
- Kräftigung der Atemmuskulatur
- Pneumonieprophylaxe
- Sekretmobilisation

### **Beschreibung Atemtherapeutischer Maßnahmen:**

**Huffing/Hauchen** Unter Hauchen oder Huffing versteht man ein mehr oder weniger forciertes Ausatemmanöver mit Anspannung der Expirationsmuskulatur durch die offengehaltene Glottis. Richtig ausgeführt erfolgt nach einer tiefen langsamen Inspiration ein Hauchen, wie man es z.B. auch benutzt um einen Spiegel beschlagen zu lassen (es entsteht eine „Ha“-Tonation). Um gegen Ende der Expiration einen Bronchialkollaps zu verhindern, kann durch Phonation des „ff“ eine Art PEP (positive expiratory pressure) erzeugt werden. Dies klingt dann wie das englische Wort „Huff“ und gab dieser Technik den Namen. Mit Hilfe der Huffing-Technik kann dem Patienten die Eliminierung des Schleimes erleichtert werden.

**Bagging** Bei der Methode des „Bagging“ (Bag = Beutel) wird dem Patienten mit Hilfe eines herkömmlichen Beatmungsbeckens (via Trachealkanüle oder Maske) atemsynchron während der Inspiration zusätzlich Luft in die Atemwege insuffliert. Von Bedeutung wäre, dass der Patient zunächst selbst die Inspiration einleitet und die Insufflation dann direkt auf die Inspiration „aufgesetzt“ wird. Durch die entstehende Atemzugvolumenerhöhung werden minderbelüftete Areale und Dys- und Atelektasen rekrutiert, die dann am Gasaustausch wieder teilnehmen und den Rechts-Links-Shunt vermindern können. Durch die Aktivierung zusätzlich belüfteter Areale wird das Sauerstoffangebot erhöht und die Kontaktzeit in der Alveole verlängert. Darüber hinaus kann sich die insufflierte Luft distal des Sekretes platzieren und ist somit in der Lage, während der Expiration den Sekrettransport oralwärts zu unterstützen. Nach einigen Bagging-Intervallen, deren Länge bzw. Häufigkeit individuell an den Patienten anzupassen ist, erfolgt eine verbale Aufforderung zum aktiven Abhusten des so mobilisierten Sekretes.

**EzPAP** Ez ist eine gebräuchliche US-amerikanische Abkürzung für „Easy“ – PAP steht für „Positive Airway Pressure“. Das EzPAP® Atemwegs-Überdruck-Therapiesystem (nicht-oszillierendes Flow-PEP) bietet die Möglichkeit, einen spontan atmenden Patienten, invasiv via Trachealkanüle / nichtinvasiv via Mundstück oder Maske, kontinuierlich mit einem positiven Atemwegsdruck zu unterstützen. Diese Therapieform verstärkt die Rekrutierung verschlossener Atemwege und öffnet atelektatische Lungenareale.

**Cough Assist** Als maschinelles Hilfsmittel zur Entfernung von endobronchialen Sekret steht der In-/Exsufflator als „Hustenmaschine“ (CoughAssist®) zur Verfügung. Dieses Gerät dient im Wesentlichen dazu, den natürlichen Hustenstoß nachzuahmen. Dementsprechend beschränkt sich sein Einsatzgebiet auf Erkrankungen, die mit einem eingeschränkten Hustenstoß einhergehen. Dies betrifft vor allem die neuromuskulären Erkrankungen oder hohe Querschnittslähmungen mit Einschränkung der inspiratorischen Vitalkapazität und der expiratorischen Muskelkraft.

### **Trachealkanülenmanagement/Absaugen**

Primäres Ziel sind freie, geschützte Atemwege. Eine zügige Dekanülierung wird angestrebt. Dies erfolgt über eine Stimulation des Schluckvorgangs, das Anfärben des Speichels, die Anpassung einer adäquaten Trachealkanüle, die Verlängerung der Entblockungszeiten und den Einsatz eines Sprechventils unter kontinuierlicher Überwachung.

### **Management bei Isolierung infolge Besiedlung multiresistenter Keime**

Es werden aufwändige und zeitintensive Isolierungs-, Eradikations- und Hygienemaßnahmen, orientiert am Erregernachweis und am individuellen Risikoprofil für Patienten und Umfeld, entsprechend der jeweils gültigen Hygienerichtlinien durchgeführt.

Isolierungsmaßnahmen können den Patienten in seiner Eigenaktivität einschränken, seine Unsicherheiten und Ängste verstärken, ein Gefühl der Ausgrenzung und weitere negative psychogene Effekte verursachen. Dieser vermehrten psychischen Belastung wird durch intensiviertere Zuwendung entgegengewirkt. Patienten unter Isolierung erhalten je nach Umfang der notwendigen Maßnahmen eingeschränkten Zugang zu Therapien. Dem wird durch angepasste Therapiemaßnahmen entgegengewirkt.



## Erläuterungen

Beim Lagern und beim Transfer wird bei simultanem Einsatz von zwei Mitarbeitern die Leistung doppelt angesetzt und durch Handzeichen dokumentiert. Die Notwendigkeit des Einsatzes zweier Mitarbeiter geht aus der Beschreibung des Zustandsbildes im Rahmen der Teambesprechung oder dem wochenbezogenen, schriftlichen Bericht des Pflegepersonals hervor.

Abweichungen von Plausibilitätszeiten nach oben müssen nachvollziehbar im Pflegebericht oder auf einem Zusatzblatt dokumentiert werden.

Es ist keine exakte zeitliche Zuordnung der Leistungen notwendig. Die schichtbezogene Dokumentation (Früh-, Spät-, Nachtdienst) erfüllt die Anforderungen. Die jeweilige Leistung ist vom erbringenden Mitarbeiter durch Handzeichen zu dokumentieren.

Der Katalog beinhaltet Module, die miteinander kombiniert erbracht werden können. Die Abkürzung für Maßnahmen der therapeutischen Pflege lautet **TP**. Die in [Klammern] gesetzten Teilverrichtungen sind gegebenenfalls in den Unterpunkten der Leistungsbeschreibung enthalten und lösen allein keine Hauptleistungen aus.

Eine Dokumentation von Leistungen in den TP 24 und 25 bei Patienten, die maschinell beatmet sind ist ausgeschlossen.

Bei einem liegenden transurethralen Katheter wird kein Kontinenztraining angesetzt.

Der Zeitbedarf für die Patientenbesprechung wird nicht in Ansatz gebracht. Pauschal werden täglich 15 Minuten Dokumentationszeit für die therapeutische Pflege angesetzt. Es ist selbstverständlich, dass nur Leistungen dokumentiert werden, die bezüglich Inhalt und Umfang den hinterlegten Definitionen entsprechend erbracht worden sind.

Der Verlauf der therapeutischen Pflege ist mit einem wochenbezogenen, schriftlichen Bericht mit Angaben zur Ausgangssituation, den durchgeführten Maßnahmen sowie den erreichten Fortschritten zu dokumentieren. Eine schichtbezogene Dokumentation ist hier nicht erforderlich.

Eine Überarbeitung dieses Katalogs wird im Abstand von fünf Jahren oder anlassbezogen durchgeführt.

## Leistungskatalog Therapeutischer Pflege

Training der Körperpflege	
<b>TP 1</b> <b>Waschtraining</b> <b>komplett</b> <b>[20 min]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beruhigende / belebende GWK im Bett zur Einflussnahme auf Vigilanz und Stress</li> <li>• Wahrnehmungsfördernde GWK im Bett mit verbaler, haptischer Unterstützung und taktiler Führung</li> <li>• Aktivierende Körperpflege, aufbauend durch Veränderung der Unterstützungsfläche:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- in der Seitenlage</li> <li>- im stabilen Sitz</li> <li>- neben dem Bett</li> <li>- sitzend am Waschbecken</li> <li>- stehend am Waschbecken</li> </ul> </li> <li>• Unterstützung bei Wahrnehmungsstörungen (z.B. Hemineglect, Hemianopsie) z.B. durch geführtes Waschtraining zum Training des zielgerichteten Handelns, durch Auswahl der geeigneten Ausgangsstellung.                [Schulung im Umgang mit bewegungseingeschränkten Extremitäten                Schulung im / Hilfe beim Umgang mit geeigneten Hilfsmitteln]</li> </ul>
<b>TP 2</b> <b>Waschtraining</b> <b>inkomplett</b> <b>[10min]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waschtraining einzelner Körperabschnitte</li> <li>• Waschtraining zur Durchführung der Abendtoilette</li> <li>• Geführtes Waschtraining bei Wahrnehmungsstörungen</li> </ul>
<b>TP 3</b> <b>Duschen oder Baden</b> <b>[20 min.]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beruhigende / belebende Körperpflege zur Einflussnahme auf Vigilanz und Stress</li> <li>• Stimulation und Wahrnehmungstraining in der Badewanne bei Wahrnehmungsstörungen (z.B. Hemineglect, Hemianopsie) nach einem dokumentierten angepassten rehabilitativen Konzept                [Selbsthilfettraining beim Duschen oder Baden]                [Schulung im Umgang mit bewegungseingeschränkten Extremitäten]                [Schulung im / Hilfe beim Umgang mit geeigneten Hilfsmitteln]</li> </ul>
<b>TP 4</b> <b>Persönliche Pflege</b> <b>[5 min.]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wahrnehmungstraining auf Grundlage dem Patienten bekannter Handlungen wie Rasur, Haarpflege, Schminken, spezielle Hautpflege.</li> <li>• Selbsthilfettraining in den Handlungen Rasur, Haarpflege, Schminken, spezielle Hautpflege, z.B. unter Einsatz patienteneigener Hygieneartikel, unter Beibehaltung gewohnter Selbstpflegemaßnahmen.</li> <li>• Waschtraining von Gesicht und Händen nach Mahlzeiten                [Schulung im Einsatz geeigneter Hilfsmittel]</li> </ul>
<b>TP 5</b> <b>Stimulierende</b> <b>Mundpflege</b> <b>[5 min.]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimulation durch taktile, thermische oder gustatorische Reize, siehe Beschreibung im Konzept unter „Stimulierende Mundpflege“.</li> </ul>

<b>TP 6</b> <b>Mundpflege</b> <b>[5 min.]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimulation und Anbahnung alltagsrelevanter Bewegungen bei der Mundpflege</li> <li>• Selbsthilfetraining zur Mundpflege nach den Mahlzeiten          [Schulung im / Hilfe beim Umgang mit geeigneten Hilfsmitteln]</li> </ul>
<b>TP 7</b> <b>An-/Ausziehtraining</b> <b>[10 min.]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wahrnehmungsschulung beim Kleiderwechsel mit verbaler, haptischer Unterstützung und taktiler Führung unter Verwendung patienteneigener Kleidung          [Unterstützung bei Wahrnehmungsstörungen (Hemineglect, Hemianopsie)]</li> <li>• Aktivierung und Anbahnung alltagsrelevanter Bewegung beim An-Ausziehen          Selbsthilfetraining beim kompletten Kleiderwechsel z.B. durch Erlernen von Kompensationsstrategien          [Schulung im / Hilfe beim Umgang mit geeigneten Hilfsmitteln]          [Schulung im Umgang mit bewegungseingeschränkten Extremitäten]</li> </ul>
<b>Kontinenz</b>	
<b>TP 8</b> <b>Kontinenztraining</b> <b>[5 min.]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einüben der Beckenhebung zum Anlegen der Urinflasche oder des Steckbeckens</li> <li>• Training des Patienten im Umgang mit dem intermittierenden Selbstkatheterismus          [Training des Patienten bzgl. der Verlängerung der Miktionsintervalle durch Entwicklung eines individuellen zeitlich gebundenen Ausscheidungsplans, sowie Mithilfe bei der Führung eines Miktionsprotokolls]          [Kontaktaufnahme mit Frage ob eingenässt wurde, mit Überprüfung und Feedback, regelmäßiges Erinnern des Patient an die Blasen- und Darmentleerung]</li> </ul>
<b>TP 9</b> <b>Toilettentraining</b> <b>[10 min.]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmäßig Toilettengänge (WC oder Toilettenstuhl) durchführen und die Entleerung anbahnen und unterstützen          [Einüben der normalen Abläufe die zur Ausscheidung auf der Toilette erforderlich sind]          [Schulung im / Hilfe beim Umgang mit geeigneten Hilfsmitteln und Inkontinenzartikeln]          [Gestaltung einer sicheren Umgebung - Beaufsichtigung bei Sturzgefahr]</li> </ul>
<b>Ernährung</b>	
<b>TP 10</b> <b>Esstraining bei Kau-/Schluckstörung</b> <b>[20 min.]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esstraining bei Kau-/Schluckstörungen          [Individuelle Anpassung der Kostform und Konsistenz angepasst an das Ausmaß der Schluckstörung unter Einbeziehung des Patienten]          [Stimulation / Einübung des Schluckaktes / Inspektion der Mundhöhle vor und nach dem Schluckakt]          [Anbahnung und Aktivierung der zur Aufnahme von Speisen und Getränken benötigten Bewegungen]          [Unterstützung des Schluckaktes mittels Kieferkontrollgriff]          [Zum langsamen Essen, Kauen anhalten]          [wiederholt verbal wie taktil die Aufmerksamkeit auf das Essen lenken]</li> </ul>

	[Auswahl und Schulung beim Umgang mit geeigneten Hilfsmitteln (Prothese, Einhänderbrett, Griffverdickung, Becher, rutschfeste Unterlagen, Strohalm, Spiegel, usw.)]
<b>TP 11</b> <b>Esstraining ohne Kau-/Schluckstörung</b> <b>[15 min.]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esstraining ohne Kau-/Schluckstörungen          [Auswahl der Kostform]          [Anbahnung und Aktivierung der zur Aufnahme von Speisen und Getränken benötigten Bewegungen]          [Eingehen auf die Wahrnehmungsstörung des Patienten in Tempo und Ablauf]          [Patient in das Richten der Speisen/ Getränke mit einbeziehen]          [Hände mit geeignetem Besteck / Geschirr führen]          [Training des bimanuellen Führens von Besteck]          [Auswahl und Schulung im / Hilfe beim Umgang mit geeigneten Hilfsmitteln (Prothese, Einhänderbrett, Griffverdickung, Becher, rutschfeste Unterlagen, Strohalm, Spiegel, usw.)]          [Fördern der Sozialen Integration des Patienten beim Essen]</li> </ul>
<b>Therapeutische Positionierung und Mobilität</b>	
<b>TP 12</b> <b>Mobilisation im Bett</b> <b>[10 min.]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anbahnung und Aktivierung alltagsrelevanter Bewegungen zum Lagewechsel</li> <li>• Training der Bauch –und Beckenmuskulatur, Rotationsbewegungen, Bridging, Becken versetzen</li> <li>• Zum Kopfende bewegen nach neurophysiologischen Prinzipien</li> <li>• Schulung im Umgang mit bewegungseingeschränkten Extremitäten</li> <li>• Ggf. Einüben von Kompensationsstrategien</li> <li>• Trainieren der Mobilisation vom Liegen in den Bettkantensitz, Stützfunktion Arme/ Beine</li> <li>• Erarbeiten von statischer/ dynamischer Sitzstabilität, Bettkantensitz, Gleichgewichtstraining im Sitzen</li> <li>• Anleitung / Begleitung physiologischer Alltagsbewegungen mit verbaler Unterstützung</li> </ul>
<b>TP 13</b> <b>Therapeutische Positionierung</b> <b>[10 min.]</b>	Positionswechsel unter Einsatz therapeutisch - aktivierender Techniken Physiologische Positionierungen, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Positionierung zur Seite in 30, 60, 90 oder 120 Grad</li> <li>• Bauchlage</li> <li>• Wahrnehmungsfördernde Nestlage</li> <li>• Positionierung in Neutral-Stellung</li> <li>• Duodorsallagerung</li> <li>• Lagerung - Ausgangsstellung für Beugungen</li> <li>• Stabiler Sitz</li> </ul>
<b>TP 14</b> <b>Therapeutischer Transfer</b> <b>[5 min.]</b>	Transfer vom Bett in Rollstuhl oder zurück mittels: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transfer über das Rutschbrett</li> <li>• Tiefer Transfer</li> <li>• Transfer über den Stand</li> <li>• Schenkeltransfer / Lifter</li> </ul> [Einüben von Handlungsteilschritten zur Vorbereitung, Ausführung und

	<p>Beendigung des Transfers]          [Schulung im Umgang mit bewegungseingeschränkten Extremitäten]          [Unterstützung bei Wahrnehmungsstörungen (z.B. bei Pushen, Neglect)]          [Schulung im / Hilfe beim Umgang mit geeigneten Hilfsmitteln]</p>
<p><b>TP 15</b>  <b>Sturzprophylaxe</b>  <b>[5 min.]</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sichere Gestaltung der Umgebung des Patienten zur Vermeidung von Stürzen und Sturzfolgen:</li> <li>• Begleitung des Patienten beim Kraft- und Balancetraining mit dem Ziel, ein Stolpern abzufangen</li> <li>• Eventuelle Sturzgefahren erkennen und vermeiden</li> <li>• Auf Haltegriffe in Bad, Toilette und Flur hinweisen und deren Benutzung gezielt üben</li> <li>• Einrichten eines geschützten Bettplatzes z.B. Bodenlagerung im Patientenzimmers oder Einrichtung eines Niedrigbettes</li> <li>• Beratung und Schulung von Patienten und Angehörigen zur Sturzprophylaxe.</li> </ul>
<p><b>TP 16</b>  <b>Gehübungen</b>  <b>[5 min.]</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gehübungen unter verbaler und taktiler Korrektur des Gangbildes</li> <li>• Schulung im Umgang mit bewegungseingeschränkten Extremitäten (Paresen..)</li> <li>• Unterstützung bei Wahrnehmungsstörungen (Hemineglect, Hemianopsie...)          [Schulung im / Hilfe beim Umgang mit geeigneten Hilfsmitteln]</li> </ul>
<p><b>TP 17</b>  <b>Stehübungen</b>  <b>[10 min.]</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anbahnen und Einüben des Aufstehens</li> <li>• Unterstützung bei Wahrnehmungsstörungen (Hemineglect, Hemianopsie)</li> <li>• Schulung im Umgang mit bewegungseingeschränkten Extremitäten (Paresen..)</li> <li>• Stehbett</li> <li>• Mobilizer</li> <li>• Standing</li> <li>• Stehen im Life-Stand</li> <li>• Unterstützung beim Freien Stehen</li> <li>• Schulung im / Hilfe beim Umgang mit geeigneten Hilfsmitteln</li> </ul>
<p><b>TP 18</b>  <b>Bewegungstrainer</b>  <b>[10 min.]</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewegungstrainer für untere und obere Extremitäten einsetzen. Die Anwesenheit des Pflgeherapeuten während der Therapie ist wichtig. Dabei wird u.a. auf Änderungen im Tonus geachtet. Währenddessen wird unterstützend reagiert, indem die Sitzposition kontinuierlich angepasst wird.</li> </ul>
<b>Training der kognitiven und emotionalen Aktivitäten</b>	
<p><b>TP 19</b>  <b>Orientierungstraining</b>  <b>[5 min.]</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kognitives Training im Stationsalltag durch gezieltes Üben zur Orientierung im Patientenzimmer, auf Station, in der /Klinik (z.B. Einsatz von Farben, Schildern, Piktogrammen)</li> <li>• Einsatz von Kalender, Uhr</li> <li>• Gemeinsames Erarbeiten eines Tagesplanes</li> </ul>

	<p>[Berücksichtigung der Kontinuität der Bezugsperson]                  [Gewährleistung des Tag -/ Nacht- Rhythmus]                  [Individuelle Zimmer- und Bettplatzgestaltung mit persönlichen Gegenständen]                  [Pflegetherapeutisches Begleiten im Tagesverlauf durch bewusstes Hinweisen auf Räumlichkeiten, Tageszeit, Handlungen]</p>
<p><b>TP 20</b>  <b>Gedächtnistraining</b>                  [5 min.]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gezieltes informieren über Zeit, Ort und Situation und Abfragen einzelner Inhalte</li> <li>• Biographiearbeit (z.B. Training mit persönlichem Bildmaterial)</li> <li>• Gedächtnistagebuch führen</li> </ul>
<p><b>TP 21</b>  <b>Situative Krisenintervention</b>                  [5 min.]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komplexleistung Situative Krisenintervention:                      [Für sicheres Umfeld sorgen]                      [Aktives Zuhören / Grundprinzipien der Validation / andere Hilfsmethoden]                      [Gewährung von ausreichend Zeit um Gefühle äußern zu können]                      [Anbieten von Kompensationsmöglichkeiten (Bewegung ...)]</li> </ul>
<p><b>TP 22</b>  <b>Motivation und Antrieb</b>                  [10 min.]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeinsames Erarbeiten und Überprüfen von persönlichen Zielen in Zusammenarbeit mit Angehörigen und/oder therapeutischem Team</li> <li>• Zwischenschritte zur Erreichung des Rehabilitationsziels aufzeigen, gemeinsam mit dem Patienten planen</li> <li>• Anreize setzen und Erfolge aufzeigen</li> </ul>
<p><b>TP 23</b>  <b>Affektregulation</b>                  [5 min.]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komplexleistung Affektregulation:                      [Berücksichtigung der Kontinuität der Bezugsperson]                      [Widerspiegeln des Verhaltens und Erlernen von Abwehrstrategien]                      [Aktives Zuhören / Validation]                      [Verbalisieren]                      [Strukturierungshilfen zur Alltagsbewältigung durch die Pflege]                      [Für passendes Umfeld sorgen]</li> </ul>
<p><b>Atemtherapie, Trachealkanülenmanagement</b></p>	
<p><b>TP 24</b>  <b>Atemtherapie</b>                  [5 min.]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhalationstherapie</li> <li>• Anleitung zur Selbstunterstützung                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lippenbremse</li> <li>- Anleiten zum tiefen Durchatmen</li> <li>- Benutzung von Atemtrainer</li> </ul> </li> <li>• Anwendung von Atemtrainer, z.B. Triflow</li> <li>• Manuelle inspiratorische/expiratorische Unterstützung                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontaktatmung</li> <li>- Bagging</li> <li>- Huffing</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>TP 25</b>  <b>Atemtherapie, aufwändig</b>                  [10 min]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anwendung von PEP-Systemen, z.B. EzPAP</li> <li>• Anwendung von oszillierenden PEP-Systemen, z.B. Flutter, Cornet</li> <li>• Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow Therapie [Atemgaskonditionierung durch aktive Befeuchtung]</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mechanische Insufflation-Exsufflation mit z.B. Cough Assist</li> </ul>
<b>TP 26</b> <b>Absaugen</b> <b>[5 min]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absaugen inkl. Vor- und Nachbereitung</li> </ul>
<b>TP 27</b> <b>Versorgung von</b> <b>Patienten mit</b> <b>Trachealkanüle /</b> <b>- Entwöhnung</b> <b>[15 min.]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komplexe Leistung Versorgung von Patienten mit Trachealkanüle /- Entwöhnung        [Verbandswechsel des Tracheostomas]        [Absaugen]        [Cuffdruck-Kontrolle]        [Entblocken]        [Reinigung und Wechsel der Innenkanüle]        [Ggf. Einsetzen des Sprechventils]        [Ggf. Speichel einfärben]</li> </ul>
<b>TP 28</b> <b>Trachealkanülen-</b> <b>wechsel</b> <b>[30 min.]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wechsel der Trachealkanüle inkl. Vorbereitung, Verbandwechsel und Nachsorge durch zwei Fachkräfte        [Inspektion des Tracheostomas]        [Prüfung der Atmung]        [Cuffdruck-Kontrolle]</li> </ul>
<b>TP 29</b> <b>Management bei</b> <b>Isolierung infolge</b> <b>Besiedlung durch</b> <b>multiresistente Keime</b> <b>[60 min./ Tag]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umsetzung der Maßnahmen nach Hygienerichtlinien        [Schulung / Information der Angehörigen über Verhaltensregeln]</li> </ul>
<b>TP 30</b> <b>Wahrnehmungstraining</b> <b>[5 min.]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuelle Förderangebote durch das Setzen von akustischen, sensorischen, olfaktorischen, gustatorischen und optischen Reizen, durch z.B. Atemstimulierende Einreibungen, Ausstreichen von Körperregionen, Raum- und Zimmergestaltung, Musik...        [Dem Patienten Zeit für eine Reaktion lassen]        [ Beobachten und dokumentieren der Reaktion]        [Überprüfen mit Wiederholungen]        [Ausbau des Angebots]</li> </ul>
<b>TP 31</b> <b>Kommunikationstraining</b> <b>[5 min.]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützen der Aufmerksamkeitsausrichtung durch Ansprache, Berührung, Führen</li> <li>• Nonverbale Kommunikation etablieren und dokumentieren: Blinzeln, Seufzen, Händedruck... Erarbeiten des Signalisierens von Zustimmung und Ablehnung</li> <li>• Anwenden individuell auf den Patienten abgestimmter Kommunikationshilfen, z.B. Trainieren des Ja/ Nein Codes, Anwendung einer Buchstabentafel</li> <li>• Training des Verstehens sprachlicher Äußerungen (durch Akzentuierung, Wiederholung etc.) eingebettet in begleitende Handlungen</li> <li>• Training von Konversationsroutinen</li> </ul>

<p><b>TP 32</b>  <b>Angehörigenberatung, -          anleitung,          Pflegeüberleitung</b>  <b>[15 min.]</b></p>	<p>Einzelleistungen z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angehörigenanleitung auf Station</li> <li>• Einweisung in „Rooming in“</li> <li>• Trainieren von z.B. Transfers, Positionierungen</li> <li>• Beratung über alltagsrelevante Beeinträchtigungen in Aktivität oder Teilhabe, z.B. Sturzgefahren, Dekubitus ...</li> <li>• Schulung und Einweisung in den Hilfsmittelgebrauch</li> <li>• Begleitung der Angehörigen im Verarbeitungsprozess</li> <li>• Kontaktaufnahme mit externen Pflegediensten und anderen Kooperationspartnern zur Hilfsmittleinzuweisung</li> </ul>
<p><b>TP 33</b>  <b>Dokumentationszeiten</b>  <b>[15 min/Tag]</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentation der Pflegetherapieplanung, der pflegetherapeutischen Maßnahmen und der Evaluation der Ergebnisse.</li> <li>• Der pflegerische Zeitaufwand für die wöchentliche Interdisziplinären Patientenbesprechung und deren Dokumentation ist durch die Pauschale abgedeckt.</li> <li>• Nicht beinhaltet in der Minutenpauschale ist die Dokumentation der allgemeinen und speziellen Pflege (Krankenbeobachtung, Vitalwerte etc).</li> </ul>