

Das Konzept der Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie

Der aktivierend therapeutische Pflegeprozess

ZERCUR GERIATRIE®-Fachweiterbildungen

Themenagenda

Entwicklung ATP

Ressourcenorientierte Pflegekonzepte

- Zielgruppe: Der geriatrische Patient
- Empowerment als Modell für ATP
- Bewertung der Ursache und Wirkung von Pflege
- Pflegerische Vorbehaltstätigkeiten als gesetzlicher Rahmen

Der aktivierend-therapeutische Pflegeprozess

- Die Schritte des aktivierend-therapeutischen Pflegeprozesses
- Patient*innenperspektive – professionelle/pflegerische Perspektive
- Konsentierung der Ziele
- Durchführung von ATP

Kompetenzerwerb in der Fachweiterbildung

- Die Bedeutung des Kurses bzw. des Moduls
- Informationen zu Modulprüfungen/Abschlussprüfung

Entwicklung ATP-G

Entwicklung der ATP-G

ARBEITSGRUPPE (2008)

Multiprofessionelle Zusammensetzung
(Pfleger & Geriater aus Reha & Akut)



BEGRIFFSBESTIMMUNG

Was ist aktivierend-therapeutische Pflege?
Herausarbeitung der Besonderheiten der ATP-G



LEISTUNGSKATALOG

Beschreibung der aktivierend-therapeutischen Pflegeleistungen

Zielbestimmung



bundeseinheitliche Beschreibung

anwendbar in Akut- und Rehabilitationseinrichtungen

„gelebte“ Pflegemodelle/-theorien sollten weitergeführt werden

Beachtung eingeführter Dokumentationssysteme

strukturierte und fundierte Beschreibung der geriatricspezifischen Pflegeleistung

Analyse und Prüfung – 1. Schritt

Leistungs- und Klassifikationssysteme

- **Pflegepersonalregelung (PPR)**
↳ für eine Beschreibung der Pflegetätigkeiten nicht differenziert genug
 - **Katalog der therapeutischen Leistungen (KTL)**
↳ nur in den Rehabilitationskliniken
 - **Functional Independence Measure (FIM),**
FIM = Anwendung in Langzeitpflege (SGB XI)
↳ ist zu differenziert für den Akutbereich
- Prüfung, ob Anwendung sowohl in Akut- als auch in Rehabilitationseinrichtungen möglich

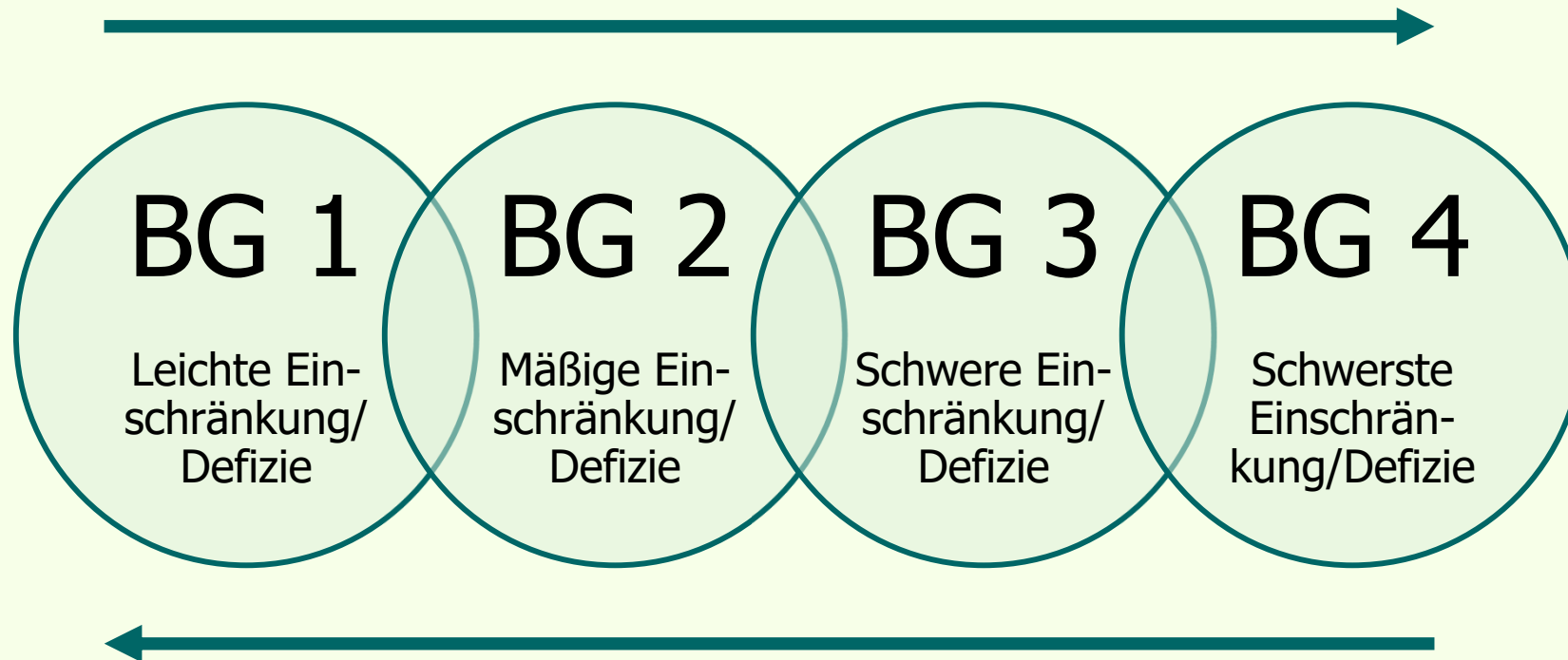
Leistungs-/Klassifikationssysteme im Vergleich

Katalog (KTL)	gering		mittel		hoch		
ICF Codierung	Selbstständig	Beaufsichtigung	Anleitung	Unterstützung	teilweise Übernahme	vollständige Übernahme	
PPR	Selbstständig nimmt nur minimale Pflege und Serviceleistungen in Anspruch		weitgehend selbstständig benötigt Pflegeleistungen im Sinne von Hilfe oder Unterstützung für weitgehend		unselbstständig vollständig auf Pflege durch andere angewiesen oder es erfordert zeitaufwendige		
FIM	völlige Selbstständigkeit <i>ohne Hilfsperson</i> 1) für die Aktivität wird keine andere Person benötigt 2) alle als Element der Fähigkeit beschriebenen Aufgaben werden in typischer Weise, sicher, ohne Einschränkung, Hilfsvorrichtung oder Hilfen und in angemessener Zeit ausgeführt	eingeschränkte Selbstständigkeit 3) die Ausführung der Tätigkeit erfordert ein Hilfsmittel bzw. – gerät 4) oder der für die Aktivität Zeitaufwand ist überdurchschnittlich hoch, d. h. der Patienten benötigt erheblich mehr Zeit als ein gesunder Mensch gleichen Alters 5) oder geringfügige Bedenken hinsichtlich der Sicherheit bzw. des Risikos bestehen, die der Patienten von sich aus beachten kann	Beaufsichtigung Vorbereitung <i>mit Hilfsperson</i> 6) der Patient benötigt eine Hilfsperson entweder zur Beaufsichtigung, zur Anleitung, zur Vorbereitung oder zur körperlichen Hilfestellung, da sonst die Aktivität nicht ausgeführt werden kann. 7) die Hilfsperson legt erforderliche Dinge bereit bzw. entsorgt sie 8) das Anlegen von Orthesen/Prothesen durch die Betreuungsperson wird ebenfalls in diese Stufe aufgenommen 9) oder die Sicherheitsbedenken erfordern eine ständige Beaufsichtigung bei der Ausführung der beschriebenen Aktivitäten	Kontakthilfe geringe Hilfe 10) geringe Hilfestellung mit Körperberührung 11) die von dem Patienten benötigte Hilfe beschränkt sich auf Berührung 12) der Patient führt die Aktivität zu mehr als 75% selber aus	mäßige Hilfe 13) die von dem Patienten benötigte Hilfe geht über Berührung hinaus 14) führt die Aktivität jedoch zu mehr als 50% selber aus	ausgeprägte Hilfestellung 15) der Patient führt die Aktivität bei ausgeprägter Hilfestellung noch zu mehr als 25%, jedoch zu weniger als 50% aus	vollständige Unselbstständigkeit 16) der Patient ist an der Ausführung der Aktivität zu weniger als 25% beteiligt 17) es sind 2 Hilfspersonen erforderlich 18) die Tätigkeit kann nicht eingeschätzt werden (z. B. Sicherheitsbedenken), wird nicht durchgeführt

Bedarfsgruppen

	Bedarfsgruppe 1	Bedarfsgruppe 2	Bedarfsgruppe 3	Bedarfsgruppe 4
Ressourcen: sensomotorisch/funktionell, kognitiv, psychisch	Patient kann Ressourcen automatisiert nutzen. Ressourcen werden genutzt und gefestigt.	Patient kann Ressourcen automatisiert nutzen. Ressourcen werden aktiviert, genutzt und gefestigt.	Patient kann sich in geringem Umfang mit Ressourcen automatisiert beteiligen. Ressourcen werden aktiviert, genutzt und gefestigt.	Patient kann seine Ressourcen nicht selbstständig abrufen, Ressourcen werden angebahnt. Angebahnte Ressourcen werden aktiviert, genutzt und gefestigt.
Ausmaß der Einschränkungen und Defizite	Leicht	Mäßig	Schwer	Schwerst
Unterstützungsbedarf/ Förderungsumfang	Geringfügige Hilfestellung bei Einzeltätigkeiten	Teilweise Hilfestellung bei Einzeltätigkeiten	Umfangreiche Hilfestellung bei komplexen Tätigkeiten	Überwiegende Hilfestellung bei komplexen Tätigkeiten
Schwerpunkte der aktivierend-therapeutischen Pflege	▪ Beratung ▪ Training ▪ Vor- und Nachbereitung	▪ Anleitung ▪ Fazilitation ▪ Führung ▪ Hilfestellung im Umgang mit Hilfsmitteln	▪ Anleitung ▪ Fazilitation ▪ Führung ▪ Hilfestellung beim Einsatz von Hilfsmitteln	▪ Fazilitation ▪ Führung ist bei Einzeltätigkeit möglich ▪ Einsatz von Hilfsmitteln zur Aktivierung von Ressourcen
Besonderheiten/ Merkmale der einzelnen Bedarfsgruppen	Geringfügige Bedenken hinsichtlich der Sicherheit bzw. Risiken bestehen, die der Patient von sich aus beachten kann.	Sicherheitsbedenken erfordern eine zeitweise Beaufsichtigung bei der Ausführung der Aktivitäten.	Sicherheitsbedenken erfordern eine ständige Beaufsichtigung bei der Ausführung der Aktivitäten.	Sicherheitsbedenken erfordern eine überwiegende Beaufsichtigung bei der Ausführung der geringfügigen Aktivitäten.
Zusätzliche Aspekte	Patient benötigt erheblich mehr Zeit, als ein gesunder Mensch gleichen Alters			Einzelne Tätigkeiten können nur mit Unterstützung durch zwei Pflegekräfte ausgeführt werden.

Bedarfsgruppen



Analyse und Prüfung – 2. Schritt

Pflegetheorien und/oder Modelle

- Analyse von Pflegetheorien und -modellen
- ihre Erfassungen wurden einander zugeordnet und gegenübergestellt

Pflegemodelle

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

**Feststellen von Gemeinsamkeiten und Strukturen
-> werden einander zugeordnet**

**Inhaltlich bilden alle bestimmte Bereiche ab:
Fast alle beschäftigen sich mit Nahrungsaufnahme,
Kleiden, Ausscheidung etc.**

**Es kristallisierten sich 3 Pflegeschwerpunkte heraus
-> nächste Folie**

Zuordnung

1. Aspekte der Beziehungsarbeit
2. Bewegung
3. Selbstversorgung

M. Krohwinkel	N. Roper	J. Juchli
1. Kommunizieren	2. Kommunizieren	10. Kommunizieren
2. sich Bewegen	8. sich Bewegen	2. sich Bewegen
3. Vitale Funktion	3./7. Atmen/Körpertemperatur regeln	6./7. Körpertemperatur regulieren/Atmen
4. sich Pflegen	6. sich sauber halten/Kleiden	3. sich Waschen und Kleiden
5. Essen und Trinken	4. Essen und Trinken	4. Essen und Trinken
6. Ausscheiden	5. Ausscheiden	5. Ausscheiden
7. sich Kleiden	6. sich sauber halten/Kleiden	3. sich Waschen und Kleiden
8. Ruhen und Schlafen	11. Schlafen	1. Wach sein und Schlafen
9. sich Beschäftigen	9. Arbeiten und Spielen	9. Raum und Zeit gestalten, arbeiten und spielen
10. sich als Mann/Frau fühlen	10. sich als Mann/Frau fühlen und verhalten	11. Kind/Frau/Mann sein
11. Für eine sichere Umgebung sorgen	1. Für eine sichere Umgebung sorgen	8. Für Sicherheit sorgen

Handlungs- und Pflegeschwerpunkte

1. Aspekte der Beziehungsarbeit

- Kommunikation
- soziale Bereich des Lebens sichern
- mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen

2. Bewegung

- Positionswechsel/Anleitung
- Transfer
- Aufsetzen/Umsetzen
- Stehen/Gehen

3. Selbstversorgung

- Körperpflege
- Kleiden
- Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme
- Ausscheidungen

ATP-G - Begriffsbestimmung

Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie

Aktivierend-therapeutische Pflege bezieht sich auf Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf sowie (Früh-)Rehabilitationsbedarf, geht über die Grundpflege hinaus und ist mit Behandlungspflege (Versorgungspflege) nicht zu vergleichen. Unter Beachtung der vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie aktueller gesundheitlicher Einschränkungen stehen insbesondere das (Wieder-)Erlangen und Erhalten von Alltagskompetenz im Mittelpunkt.

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

Dies beinhaltet, den alten, multimorbiden Patienten mit multiplen Funktionseinschränkungen trotz und mit seiner aktuellen oder chronifizierten Einschränkung die Möglichkeiten seines Handelns selbst erfahren zu lassen und dahin gehend zu motivieren, mit pflegerischer Unterstützung Aktivitäten wieder zu erlernen und einzuüben. Aktivierend-therapeutische Pflege greift auch die Arbeit der Therapeuten auf, setzt diese im interdisziplinären Behandlungskonzept fort und gibt Impulse zur Zieldefinition des Behandlungsteams.

Die Zielformulierung und Bestimmung der erforderlichen Interventionen im Rahmen der aktivierend-therapeutischen Pflege werden gemeinsam mit dem Betroffenen, im interdisziplinären geriatrischen Team und ggf. mit den Angehörigen erarbeitet, umgesetzt und evaluiert.

Die aktivierend-therapeutische Pflege wird somit und demnach geprägt von einem Beziehungsprozess mit zielgerichteten Maßnahmen und aktivierend- trainierenden Aktivitäten mit dem Betroffenen.

Wird später
abgelöst durch
die Definition!

Katalog der ATP-G

Grundlage des Katalogs

Begriffsbestimmung

Aufbau des Katalogs

Teil 1: Beschreibung der Patientengruppen (Bedarfsgruppen)

Teil 2: Beschreibung der Leistungen

Begriffe der Pflegemodelle

spiegeln sich als „**Handlungs- und Pflegeschwerpunkte**“
wieder

Katalog

Der Unterstützungsumfang in den Maßnahmen richtet sich nach dem individuellen Bedarf des Patienten in der jeweiligen Bedarfsgruppe!

Die Maßnahmen sind strukturiert vorzunehmen

- Motivation
- Bedarfsanalyse und Absprache des Ablaufs
- Vorbereitung
- Durchführung (incl. Dokumentation)
- Nachbereitung

Katalog

Ziel

- individuell optimal erreichbare Mobilität des Betroffenen
- Selbstständigkeit
- Teilhabe in der Form, wie sie vor der aktuellen Verschlechterung bestand

Möglichkeit der Selbsterfahrung

- auch bei multiplen Funktionseinschränkungen
- trotz aktueller oder chronifizierter Einschränkungen

ATP-G in der Therapie

- greift auch die Arbeit der Therapeuten auf
- setzt diese innerhalb des geriatrischen Behandlungskonzeptes fort
- gibt Impulse zur Zieldefinition

Entwicklung der ATP-G – weitere Schritte

2009

- Begriffsbestimmung ATP-G

2010

- Katalog ATP-G

2013

- Forschungsprojekt ATPG

2014

- Projekt Leitungserfassung ATP-G

2015

- Zielformulierung, ATP-G ⇔ PKMS-E
Pflegestandards ATP-G

2016

- Begriffsdefinition ATP-G

Begriffsdefinition ATP-G

Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie bezieht sich auf Menschen mit Unterstützungs- und Pflege- sowie (Früh-)Rehabilitationsbedarf.

Sie geht über die Grundpflege hinaus und ist mit der Behandlungspflege nicht zu vergleichen.

Im Mittelpunkt steht das Wiedererlangen und das Erhalten von Alltagskompetenzen.

Unter Beachtung vorhandener Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie aktueller gesundheitlicher Einschränkungen

Fallunabhängige Bedeutung der aktivierend-therapeutischen Pflege

Ressourcenorientierung vs.
Defizitorientierung

Relevanz für die Abrechnung einer
geriatrische frührehabilitative
Komplexbehandlung

Relevanz für die Ermittlung des
pflegerischen Personalbedarfs

Ressourcenorientierte Pflegekonzepte

Die aktivierend-therapeutische Pflege in
der (Früh-) Rehabilitation

Ressourcenorientierung in der Pflege

- nutzt zielgerichtet alle individuellen Ressourcen und Fähigkeiten der Patienten zur Lösung ihrer individuellen Probleme
- Ziel ist die Linderung und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit
- (Früh-) Rehabilitation verfolgt das Ziel, die Alltagskompetenzen wieder zu erlernen, soziale Teilhabe anzubahnen, um ein normales „gutes“ Leben zu führen

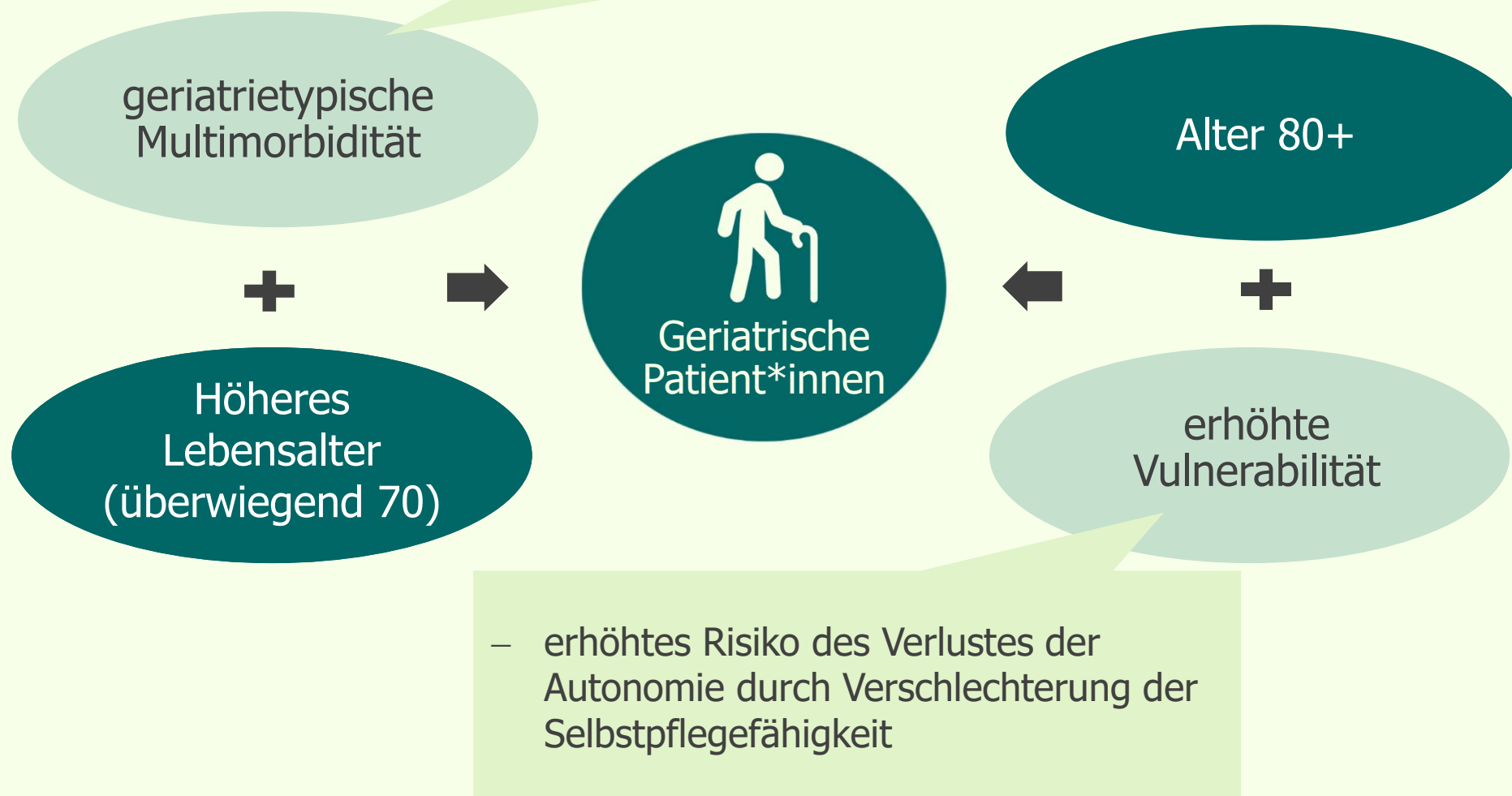
Zielgruppe: Geriatriische Patient*innen / pflegebedürftige Personen



Geriatrische Patient*innen

- Definition BVG, DGG, DGGG

die geriatrietypische Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen



Zielgruppe: Geriatrische Patient*innen / pflegebedürftige Personen

bereits vorhandene Pflegebedürftigkeit in komplexen, instabilen Pflegesituationen



ggf. widersprüchliche Perspektiven bei Pflegenden, Patienten und Bezugspersonen



zu entwickelndes Rehabilitationspotential, möglichst mit dem Einverständnis der Patient*innen

Empowerment-Modell zur Ermächtigung, Befähigung und Übertragung von Verantwortung

- Die Beteiligung an allen Entscheidungen, d. h. eine gemeinsame Entscheidungsfindung zu aktivierend-therapeutischen Interventionen stellt sicher, dass die geriatrische Patient*in Begründungszusammenhänge zu ihrer persönlichen Situation und der Intervention kennt.
- Die Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung, d. h. das Vertrauen in den eigenen Körper und Geist, den Alltag wieder zu bewältigen, führt zu Selbstbewusstsein und Motivation. Eintretende Erfolge bestärken die Selbstwirksamkeitserwartung und setzen Entwicklungspotenzial frei.
- Eine vorhandene soziale Unterstützung durch ein tragfähiges Netzwerk gibt Rückhalt und Sicherheit.
- Die systematische Erfassung und Bewertung von Ressourcen und deren Förderung führen zum kontinuierlichen (Wieder-) Aufbau der persönlichen Kompetenzen.
- Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erfordert die individuelle Gesundheitskompetenz z.B. Informationen zur eigenen Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit.
- Die Fähigkeit zur Zielsetzung und -verfolgung ist für die geriatrische Patient*in essenziell, wenn sie eine persönliche Entwicklung vorantreiben muss. Die Ergebnisse der Selbsterfahrung der geriatrischen Patient*in versetzen sie in die Lage, ihre Ziele zu evaluieren.
- Innovative d. h. neue Handlungsstrategien, die im Rahmen der aktivierend-therapeutischen Pflege mit der geriatrischen Patient*in erarbeitet wurden, werden umgesetzt und in den Alltag integriert.

Ziel von Empowerment Befähigung, Ermächtigung und Übertragung von Verantwortung



Förderung und Erhalt der Selbstständigkeit in allen Aktivitäten des täglichen Lebens z.B. Selbstpflege, Mobilität, Beziehungsgestaltung, Einkaufen, Reinigung der Wohnung



Förderung und Erhalt der Kompetenz zur Selbstbestimmung in allen persönlichen Angelegenheiten z.B. Wohnort, pflegerische Angebote, Gestaltung letzte Lebensphase



Förderung und Erhalt der Teilhabe zum Erhalt eines tragfähigen sozialen Netzwerks z.B. Freundschaften pflegen, Behördenangelegenheiten regeln, mit Pflegediensten kooperieren

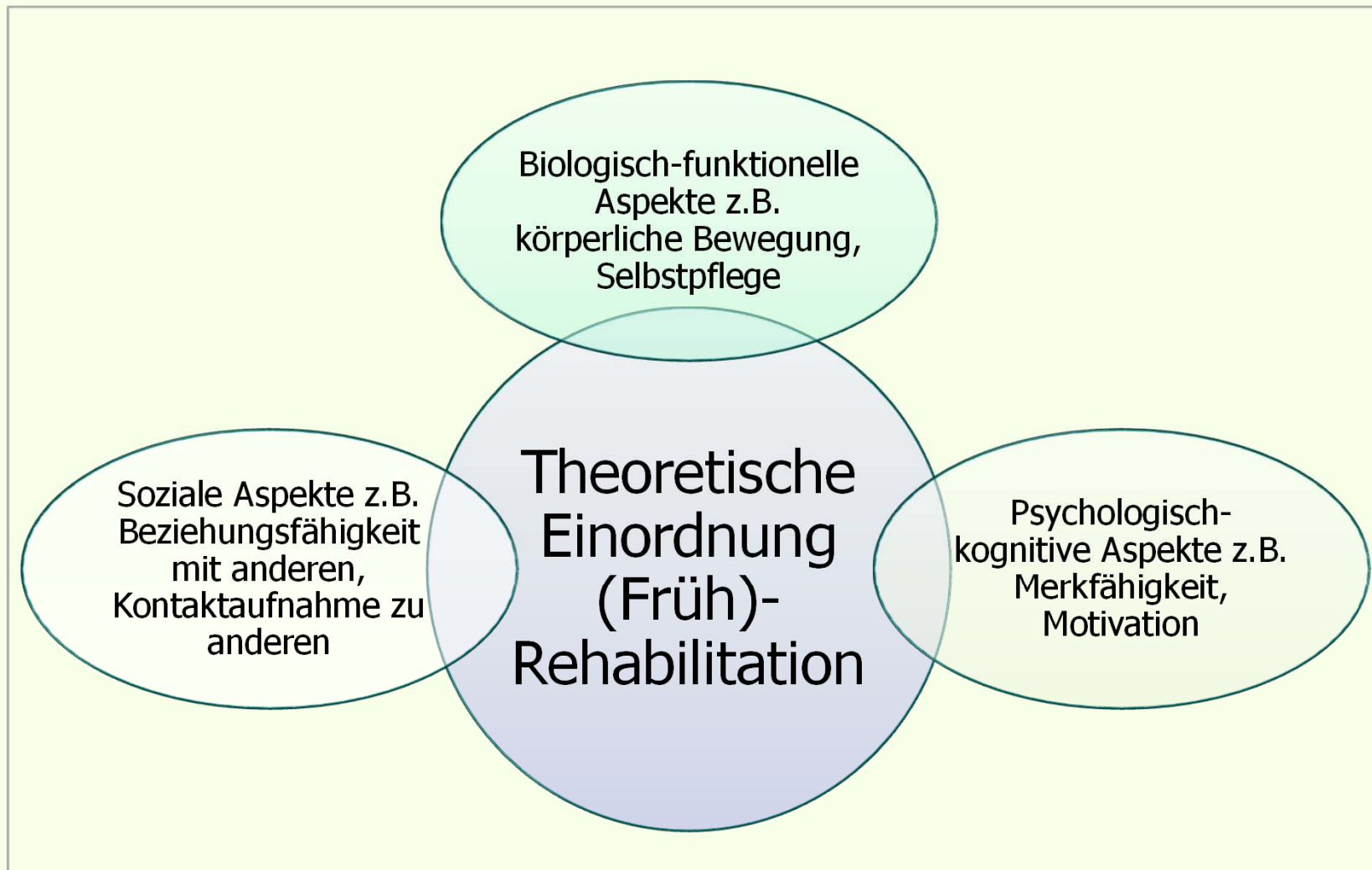
Die stufenweise Entwicklung von Empowerment

- Geriatrische Patient*innen und ihre Angehörigen werden als Experten in eigener Sache anerkannt.
- Die persönliche und professionelle Expertise werden zur Förderung der Ressourcen/ Alltagskompetenzen genutzt.
- Das therapeutische Setting ist geeignet, Alltagskompetenzen auszubauen, um sich auf das persönliche Lebensumfeld vorzubereiten.
- Geriatrische Patient*innen treffen eigene Entscheidungen zu ihrer persönlichen Zukunft bzw. zu ihrer Wohn- und Pflegesituation.

Empowerment-Modell: Ursachen und Wirkung von aktivierend-therapeutischer Pflege



Das bio-psycho-soziale Modell als Grundlage von interdisziplinären Arbeiten



Gesetz über die Pflegeberufe 1 (Pflegeberufegesetz - PflBG)

§ 4 Vorbehaltene Tätigkeiten

(1) Pflegerische Aufgaben nach Abs. 2 dürfen beruflich nur von Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 durchgeführt werden. Ruht die Erlaubnis nach § 3 Abs. 3 Satz 1, dürfen pflegerische Aufgaben nach Abs. 2 nicht durchgeführt werden.

(2) Die pflegerischen Aufgaben im Sinne des Abs. 1 umfassen

1. die **Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs** nach § 5 Abs. 3 Nummer 1 Buchstabe a,
2. die **Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses** nach § 5 Abs. 3 Nummer 1 Buchstabe b sowie
3. die **Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege** nach § 5 Abs. 3 Nummer 1 Buchstabe d.

(3) Wer als Arbeitgeber Personen ohne eine Erlaubnis nach § 1 oder Personen, deren Erlaubnis nach § 3 Abs. 3 Satz 1 ruht, in der Pflege beschäftigt, darf diesen Personen Aufgaben nach Absatz 2 weder übertragen noch die Durchführung von Aufgaben nach Absatz 2 durch diese Personen dulden.

Gesetzliche Regelung: Pflegerische Vorbehaltstätigkeiten zur Förderung der pflegefachlichen Autonomie



Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege



Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses,



Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen,



Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,



Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen,



Beratung, Anleitung und Unterstützung von zupflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen,



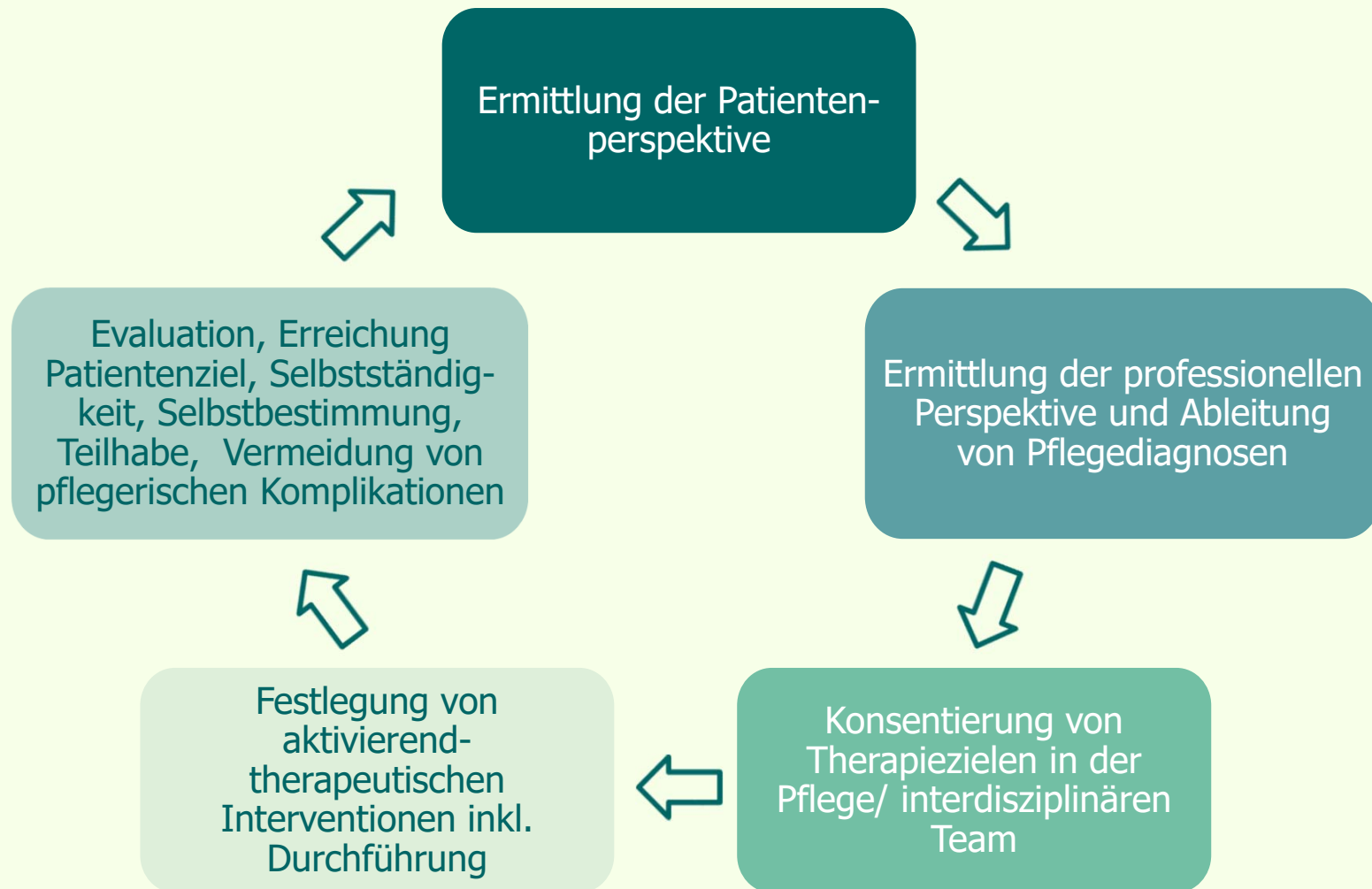
Erhaltung, Wiederherstellung, Förderung, Aktivierung und Stabilisierung individueller Fähigkeiten der zu pflegenden Menschen im Rahmen von Rehabilitationskonzepten sowie der Pflege und Betreuung bei Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten

[s.a. Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG) §4 „Vorbehaltene Tätigkeiten“]

Der aktivierend-therapeutische Pflegeprozess

Internationale Vorgaben als Vorlage für die Pflege in der BRD

Schritte des aktivierend-therapeutischen Pflegeprozesses



Ermittlung der Patientenperspektive

- Schilderungen der Patienten zur eigenen Lebenssituation annehmen (Pflegeanamnese)
- Von Interesse sind die Handlungsschwerpunkte **Beziehungsgestaltung**, **Mobilität**, **Selbstpflege** zur Ermittlung des Pflegebedarfs
- Wenn nicht bereits durch die ärztliche Behandlungsleitung erfolgt, Patientenziel bzw. ihr Rehabilitationsziel erfragen:
 - „Was möchten Sie mit dem Krankenhausaufenthalt erreichen?“
 - „Was ist ihr dringendstes Problem?“
 - „Welche Fähigkeiten benötigen Sie zu Hause?“

Ermittlung der professionellen Perspektive mit Geriatrischem Basisassessment (GBA)

Pflege

Ermittlung der vorhandenen Selbstständigkeit (Alltagskompetenz, der Schmerzsituation, des Ernährungszustandes, des Kontinenzprofils und des Dekubitusrisikos)

Barthel-Index, FIM, Mini Nutritional Assessments (MNA), Schmerzskala

Physiotherapie/Ergotherapie:

Gangbild, Sturzgefährdung, körperliche Beweglichkeit, kognitive Fähigkeiten, körperliche Beweglichkeit Extremitäten, Wahrnehmung

Timed Up & Go, Tandemstand, Tinetti-Test, DEMMI, Esslinger Sturzskala, Handkraftmessung, Geldzähltest

Logopädie: Sprachproduktion und Sprachverständnis, Sprechen, Schlucken

Untersuchung des Gesichts, der Mundhöhle und der Schleimhäute mit Funktionen der Zunge und Gesichtsmuskulatur



Ermittlung der professionellen Perspektive mit Geriatrischem Basisassessment (GBA)

Sozialarbeit

Wohn- und Lebenssituation ermitteln und deuten, sozial-rechtliche Ansprüche prüfen, Stabilität professioneller und informeller Netzwerke prüfen

Sozialanamnese/Soziale Situation nach Nikolaus

(Neuro-)Psychologie

Differentialdiagnostik Demenz, Differentialdiagnostik Demenz/Delir, Einschätzung der vorliegenden Motivation zur Rehabilitation

Mini-Mental, Uhren-Test, DemTec, Geriatrische Depressionsskala

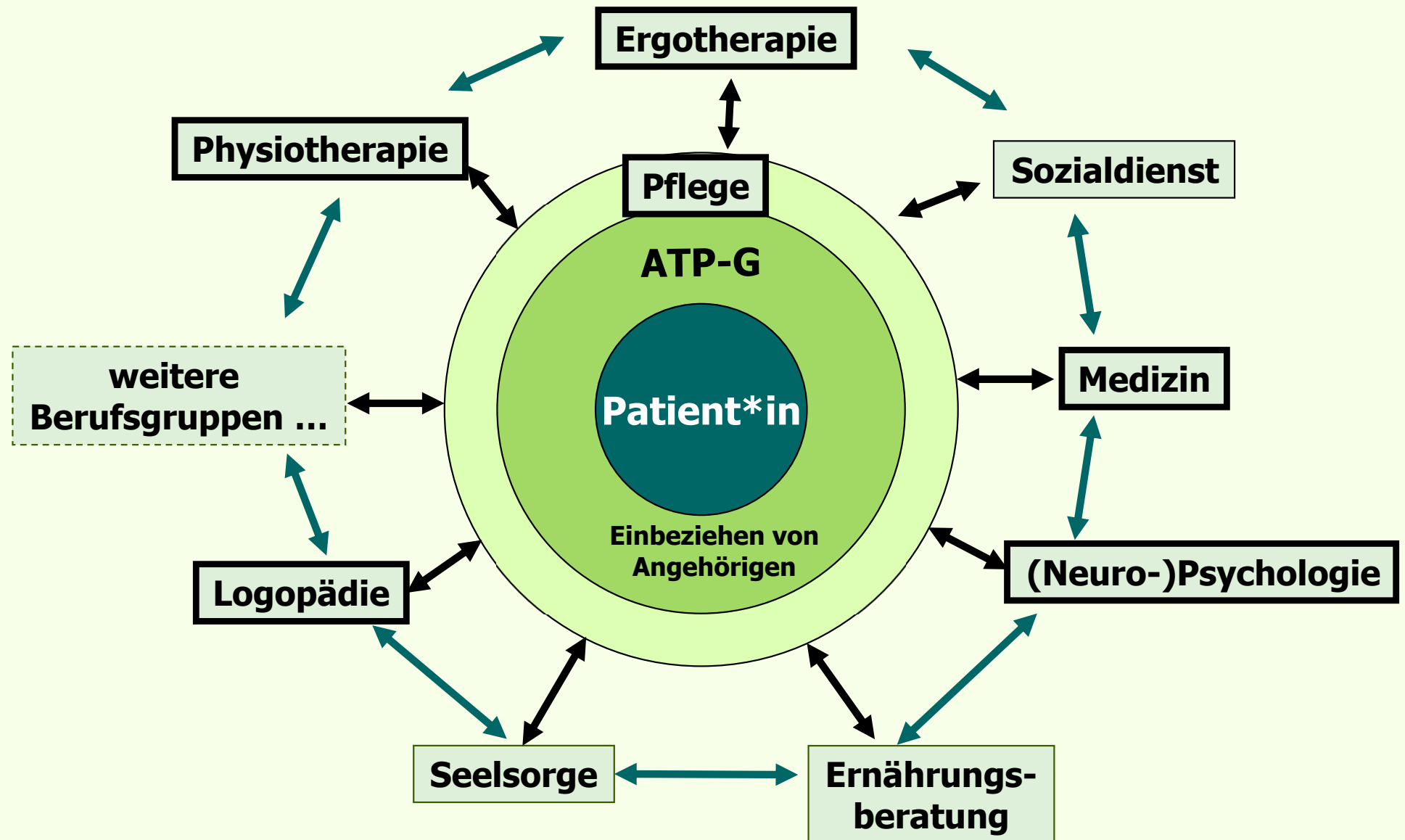
Geriatler

Medizinische Diagnostik, Diagnostik Alternsprozess, Präventionsbedarf

Detail s.a.: http://www.kcgeriatrie.de/assessment_2.htm



Multiprofessionelles Team



wöchentliche Teambesprechung

Jede Berufsgruppe bringt ein Therapieziel mit, welches auf das Patientenziel abgestimmt ist.

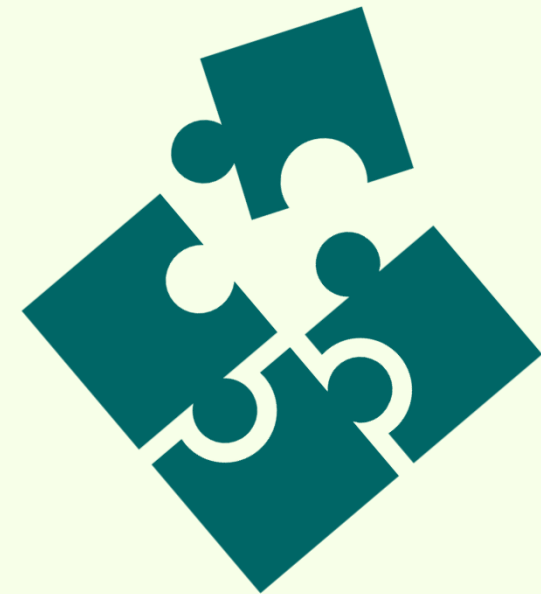
Bei sog. Zielkonflikten muss eine interdisziplinäre Konsentierung der Therapieziele stattfinden.

Nicht konsentierte Therapieziele verunsichern die geriatrischen Patient*in und wirken ggf. negativ auf die Motivation und den Behandlungserfolg

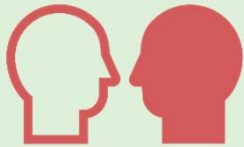


Festlegung aktivierend-therapeutischer Interventionen mit konsentierten Therapiezielen

- Therapieziele aus den Handlungsschwerpunkten Beziehungsgestaltung, Mobilität und Selbstpflege erleichtert ihre Priorisierung
- Gemeinsam Entscheiden zu aktivierend-therapeutischen Handlungen
- Plausible Ableitung von aktivierend-therapeutischen Handlungen



Was kann aktivierend-therapeutisch unterstützt werden?



Beziehungsgestaltung

Kommunikation und Sprache
Kognition und Wahrnehmung
Emotion und Motivation
Bewältigung von Krisen, Krankheit und Pflegebedürftigkeit



Mobilität

Körperliche Beweglichkeit
Kognitive Beweglichkeit
Emotionale Beweglichkeit
Soziale Beweglichkeit



Selbstpflege

Ernährung
Ausscheiden
Körperpflege und Hautintegrität

Aktivierend-therapeutische Methoden

Wie kann aktivierend-therapeutisch gestaltet werden?

Befähigung zur Selbstständigkeit, Ermächtigung zur Selbstbestimmung

Förderung durch
Beziehungsgestaltung

Förderung durch
Beziehungsgestaltung und
praktischen Handlungen

Infor-
mieren

Beraten

Anleiten

Fazili-
tation

Trainieren

Fazili-
tation

Anleitung

Unter-
stützung
zu ...

Ein-
weisung
in Hilfs-
mittel-
nutzung

Unterstützende Strukturen: pflegerisch-therapeutisches Setting

- Definition: Setting (englisch; „das Setzen, die Anordnung“) bezeichnet die Umgebung, die Situation, die Bedingungen im Umfeld.
- In der Frührehabilitation ist das Umfeld das Zimmer, der Stationsbereich, Klinikbereich.
- Das therapeutische Setting soll geriatrische Patient*innen ermutigen, alle ihr zugänglichen Bereiche aufzusuchen z.B. Toilette im Zimmer, Stationsflur, Speiseraum, Therapieräume, Garten.
- Ermutigung setzt ein, wenn es um persönlich relevante und persönlich sinnvolle Aspekte geht z.B. diskrete Toilettengänge, in Gemeinschaft essen und trinken, interessante Menschen treffen, mit Angehörigen etwas unternehmen, Therapieeinheiten absolvieren, sich Anregungen holen.

Das pflegerisch-therapeutische Setting - Strukturkriterien

Verbindliche
Strukturkriterien

Angemessenes Platzangebot
im Zimmer für zwei Personen

In der Nähe befindliche
Bäder mit Haltegriffen
beidseits an der Toilette

Die Möglichkeit zum Essen,
Trinken, Unterhalten
außerhalb des Bettes an
Sitzgruppe

Gehen auf einem
großzügigen Flur mit
Haltegriffen

Die Möglichkeit zum Essen,
Trinken, Unterhalten
außerhalb des Zimmers im
Speiseraum

Wege zurücklegen
zu den Therapieräumen

Therapien finden in
Therapieräumen statt, damit
sich die Patienten konzen-
trieren, Missgeschicke diskret
vor anderen verborgen
werden können

Evaluation von Pflege- und Rehabilitationsergebnissen

Zielerreichungsgrad des Patienten bzw. Rehabilitationsziel durch Befragung

Zuwachs an Selbstständigkeit z.B. durch pflegefachliche Bewertung und Befunde des Barthel-Index

Zuwachs an Selbstbestimmung z.B. durch persönlich getroffene Entscheidungen

Vermeidung von pflegerischen Komplikationen z.B. Dekubitus, Sturz, Aspiration

Kompetenzerwerb in der Fachweiterbildung

„Fachkraft für aktivierend-therapeutische Pflege in der „Geriatric“

- Entwicklung aktivierend-therapeutische Fachkompetenz:
 - Was wird der/dem geriatrischen Patient*in angeboten?
 - Wie wird er/sie befähigt und ermächtigt ?
- Persönliche Entwicklung einer aktivierend-therapeutischen Haltung durch
 - das Treffen gemeinsamer Entscheidungen mit der/dem geriatrischen Patient*in
 - das Ermöglichen von Freiräumen zur Selbsterfahrung
 - die Konsensbildung mit anderen Berufsgruppen

Bedeutung des Kurses Aktivierend-therapeutische Pflege in der FWB

- Dieser Kurs legt die Grundlagen für alle benoteten Leistungsnachweise der FWB-P
- Das strukturgebende Element des aktivierend-therapeutischen Pflegeprozess wird in allen Modulen der FWB Pflege aufgenommen, um die Prozess- und Personorientierung zu üben.
- Die Facharbeit der Abschlussprüfung muss auch als aktivierend-therapeutischer Pflegeprozess gestaltet werden (FWB-P).
- prüfungsrelevantes Thema, hat für die Teilnehmenden eine hohe Relevanz.

Abschlussprüfung (FWB-P)

Facharbeit

Für die schriftliche Arbeit wählen Sie bitte in ihrem derzeitigen Tätigkeitsbereich eine Patient*in aus und erstellen Sie einen individuellen aktivierend-therapeutischen Pflegeprozess. Die Patient*in erfüllt die Kriterien einer komplexen und instabilen Pflege- und Lebenssituation.

- Er/Sie verfügt über einen hohen Grad der Pflegebedürftigkeit mit schwerster Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung
- Es können psychische Problemlagen auftreten, bei denen professioneller Handlungsbedarf besteht
- Es liegt eine instabile gesundheitliche, pflegerische und soziale Situation vor
- Es besteht das Risiko für das Auftreten einer oder mehrerer pflegerischer Komplikationen
- Es liegen divergierende Perspektiven von Patienten/ Bezugspersonen/ Pflege/ andere Berufsgruppen vor

Bitte erarbeiten Sie einen aktivierend-therapeutischen Pflegeprozess unter Berücksichtigung:

- dem individuellen Rehabilitationsziel der Patient*in
- der individuellen Lebens- und Pflegesituation der Patient*in
- dem individuellen aktivierend-therapeutischen Förderungs- und Pflegebedarf
- der im multiprofessionellen Team konsentierten Therapieziele

Bewerten und begründen Sie ihre pflegefachlichen Entscheidungen hinsichtlich des:

- Zielerreichungsgrad bei den Rehabilitationszielen,
- der Vermeidung pflegerischer Komplikationen
- dem Zugewinn an Selbstständigkeit,
- dem Zugewinn an Selbstbestimmung
- der Anbahnung sozialer Teilhabe

Grundprinzipien der schriftlichen Darstellung

Grundprinzipien des aktivierend-therapeutischen Pflegeprozess

Patientenperspektive	Anamnese zu den Handlungsschwerpunkten Beziehungsgestaltung, Mobilität, Selbstpflege Individuelles Rehabilitationsziel Was muss während des aktuellen Aufenthalts Klinik erreicht werden?
Professionelle Perspektive	Befunde des geriatrischen Basisassessments mit pflegerischer Relevanz Pflegeassessment/ kriteriengeleitete Einschätzung Förderungs- und Pflegebedarf formulieren
Pflegerische Therapieziele	Therapieziele ggf. konsentiert im interdisziplinären Team
Aktivierend-therapeutische Interventionen	Übersicht über aktivierend-therapeutischen Interventionen zu den Handlungsschwerpunkten Beziehungsgestaltung, Mobilität, Selbstpflege
Pflegebericht	Evaluation Zielerreichungsgrad Rehabilitationsziel Zielerreichungsgrad pflegerische Therapieziele (Zuwachs an Selbstständigkeit und Selbstbestimmung Vermeidung pflegerischer Komplikationen

Anpassungen der aktivierend-therapeutische Pflege an besondere pflegerische Bedarfe

Palliative-geriatriische Pflegebedarfe

Kognitiv stark eingeschränkte Personen mit besonderen Beziehungsangeboten

Alterstraumatologische pflegerische Bedarfe

Neurologische pflegerische Bedarfe

Berufspädagogische Aufbereitung für Praxisanleitungen

Als Thema für die Facharbeit ungeeignet!



Der aktivierend-therapeutische Pflegeprozess zur Implementierung der pflegerischen Vorbehaltstätigkeiten – ein ressourcenorientierter pflegerischer Ansatz

Eine Handreichung für die Ausbildung, Fort- und Weiterbildung und Umsetzung in der pflegerischen Praxis

Eine Veröffentlichung der Deutschen Gesellschaft für aktivierend-therapeutischen Pflege

Berlin, 31. März 2023

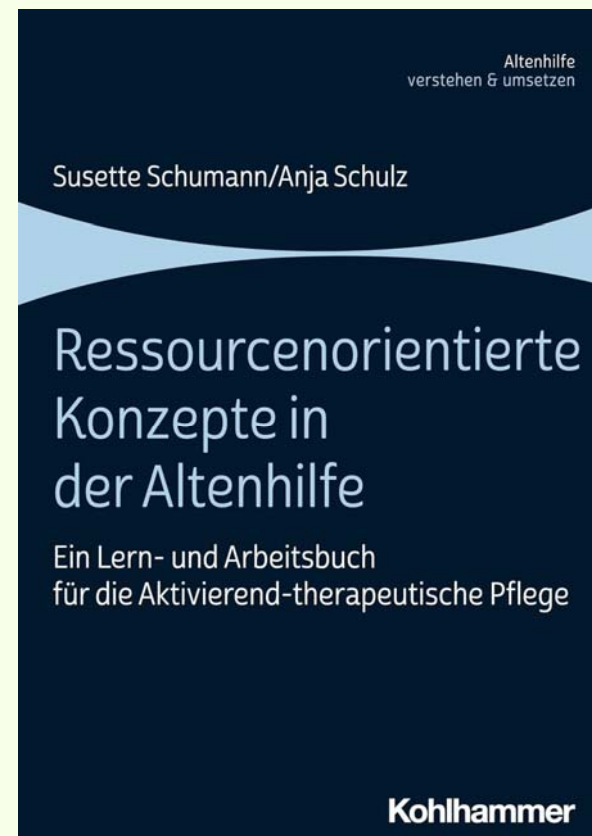


Vorstand: Dr. Susette Schumann, Präsidentin, Uta Weirauch, Vizepräsidentin, Andrea Kuphal, Sekretärin

Postanschrift: DGATP e.V. c/o Diakonieverein, Glockenstraße 8, 14163 Berlin, Mail: dgatp.info@gmail.com

Registergericht: Amtsgericht Berlin Charlottenburg, Registernummer VR 35791 B

Berliner Sparkasse, BIC: BELA2333, **IBAN:** DE50 1005 0000 0190 6511 99





Noch Fragen?

Quellen/Links

Bundesverband Geriatrie e.V. - www.bv-geriatrie.de

Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) - www.kcgeriatrie.de

Deutsches Institut für Medizinische
Dokumentation und Information (DIMDI) - www.dimdi.de

Institut für das Entgeltsystem
im Krankenhaus (InEK) - www.entgeltsystem.de

Bobath-Konzept-Deutschland - www.bobath-konzept-deutschland.de

BIKA - Bobath Initiative für
Kranken- und Altenpflege e.V. - www.bika.de

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) - www.dggeriatrie.de

Deutsche Gesellschaft für
Gerontologie und Geriatrie (DGGG) - www.dggg-online.de

Deutsche Fachgesellschaft für
Aktivierend-therapeutische Pflege e.V. (DGATP) - www.dgatp.org

Quellen/Links

BMG (2022). Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG). URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/khpfleg> (abgerufen am 20.07.24)

DKG, DPR, ver.di (2019). Eckpunkte für ein Gemeinsames Konzept für eine bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung im gesamten Krankenhaus auf allen bettenführenden Stationen

DPR (2023). Rahmenkonzept – Grundsätze PPR 2.0 für Erwachsene

InEK (2024). FAQ zur Umsetzung der Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV (PPR 2.0). URL: <https://www.g-drg.de/pflegepersonalbemessung/faq-zur-umsetzung-der-pflegepersonalbemessungsverordnung-ppbv-ppr-2.0> (abgerufen am 20.07.204)

BMG (2025): FAQ zur Pflegepersonalbemessungsverordnun. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegepersonalbemessung-im-krankenhaus.html>

Ergänzungsfolien

(bei Bedarf/Interesse)

ATP-G | Ergänzungen

2013/14 Forschungsprojekt ATP-G

FORSCHUNGS- FRAGEN

Welches sind die charakteristischen Merkmale der aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie?

Welche bedeutsamen Elemente des Pflegeverständnisses professionell Pflegender in der stationären geriatrischen (Früh-) Rehabilitation lassen sich hieraus zur wissenschaftlich-theoretischen Fundierung des ATP-G-Konzeptes ableiten?

Acklau Stefanie / Gödecker, Lisa / Kaden, Andrea / Jahn, Patrick: Aktivierend-Therapeutische Pflege in der Geriatrie. In: Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie Heft 7-2016, S. 612-618.



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG



2013/14 Forschungsprojekt ATP-G

ERGEBNISSE*

die im Konzept zur ATP-G festgehaltene Begriffsbestimmung mit Ausprägung der Bedarfsgruppen, sowie der Pflege- und Handlungsschwerpunkte stimmen mit dem Bild in der Praxis überein

professionell Pflegende versuchen die Inhalte des Konzeptes in ihrer täglichen Arbeit umzusetzen

Umsetzung erfordert allerdings ein ausreichendes Maß an Zeit und Personal

* veröffentlicht in der Zeitschrift ZGG 7-2016 // Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie, Bd. 2

FRAGEN

Gibt es einen Zusammenhang zwischen den
Bedarfsgruppen und dem Barthel-Index/FIM?
Bedarf ATP-G eines höheren Zeitaufwandes?

ERGEBNISSE*

Mapping Bedarfsgruppen – Barthel-Index – motorischer FIM – ICD U50:*

Bedarfsgruppe	Barthel-Index	Motorischer FIM	ICD
1	80-95 60-75	69-84 59-68	U50.1- U50.2-
2	40-55	43-58	U50.3-
3	20-35	31-42	U50.4-
4	0-15	13-30	U50.5-

* vorgestellt auf der Mitgliederversammlung des BV Geriatrie am 28.11.2017 in Neuss, veröffentlicht in der Zeitschrift f&w 3-2018



BUNDESVERBAND
GERIATRIE



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG



ERGEBNISSE*

- höherer Zeitaufwand für ATP-G konnte nachgewiesen werden in Abhängigkeit von der Bedarfsgruppenzugehörigkeit

weitere Ergebnisse:

- kritische Würdigung der bisherigen Begriffsbestimmung
- Weiterentwicklung zu Begriffsdefinition

* vorgestellt auf der Mitgliederversammlung des BV Geriatrie am 28.11.2017 in Neuss, veröffentlicht in der Zeitschrift f&w 3-2018

ERGEBNISSE*

Empfehlung des BV für eine geriatricspezifischen „nurse-to-patient-ratio“ (für §109er Einrichtungen)

„Korridorvariante“

1:6 – 1:8 im Tagdienst (06:00 – 22:00 Uhr)

1:25 im Nachtdienst (22:00 – 06:00 Uhr)

veröffentlichte Pflegefachkraftquote
(Qualitätssiegel Geriatrie/ Personalanhalts-
zahlen) von 75% behält weiterhin Gültigkeit

* vorgestellt auf der Mitgliederversammlung des BV Geriatrie am 28.11.2017 in Neuss

2015/16 Weiterentwicklung ATP-G

Ergebnisse weiterer „Unter-Arbeitsgruppen“

ZIELFORMU- LIERUNGEN

Erarbeitungen von Zielformulierungen für die Teambesprechung
⇒ Vorstellung bei den ATP-G-Fachtagungen

ATP-G UND PKMS-E

Erstellung einer Synopse
⇒ Veröffentlichung über die Website des BV Geriatrie

PFLEGE- STANDARDS ATP-G

Erarbeitung von Muster-Pflegestandards
⇒ Vorstellung bei den ATP-G-Fachtagungen und Veröffentlichung als Buch (s. Folie Nr. 104)

ATP-G

ein fließendes
Zusammenspiel
von vorhandenen
Ressourcen des
Patienten



der darauf
angepassten und
abgestimmten
Unterstützung durch
Pfleger

- „So viel Hilfe wie nötig, so wenig wie möglich“
- Beachtung sowie Umsetzung von Aspekten der Beziehungsarbeit und Realisierung von strukturierten Bewegungsabläufen sind wesentliche Voraussetzungen für das Erreichen des individuell vereinbarten Ziels
- Beratung des Patienten sowie seiner Angehörigen/ Bezugspersonen sind unerlässliche Voraussetzung für die Festigung und somit Andauer des Behandlungserfolgs

ATP-G | Dokumentation

ATP-G Dokumentation

KOMPETENZ-CENTRUM GERIATRIE (2016)

- Dem Wortlaut des OPS 8-550 sind **keine besonderen Anforderungen** an die Qualität und den Umfang der Aktivierend-therapeutischen Pflege zu entnehmen. Ebenso gibt es keine Vorgaben wie ATP-G zu dokumentieren ist.
Hier ist der Wortlaut:
- „**Maßnahmen und Ziele** einer auf die Verbesserung der Selbstständigkeit abzielende aktivierend-therapeutische Pflege müssen aus der Dokumentation erkennbar sein.“
- „Pflegefachkräfte, die durch zusätzliche Qualifikationen in geriatrisch-rehabilitativen Pflegeaspekten/-konzepten fortgebildet sind, müssen an der aktivierend-therapeutischen Pflege beteiligt sein.“

Allgemeine Dokumentationsanforderungen

INHALTLICHE ASPEKTE

- **vollständig:** Alle definierten und sinnvollen Angaben zur pflegerischen Arbeit sind lückenlos festzuhalten
- **nachvollziehbar:** Alle Ergebnisse, Vorgehensweise, Auffälligkeiten etc. müssen nachvollziehbar dokumentiert werden
- **ausreichend:** Es brauchen nur die notwendigen Dinge dokumentiert werden (z.B. reichen Ausdrucke eines Monitorings)
- **fälschungssicher:** Alle Formulare sind fälschungssicher und dokumentenecht zu führen und zu archivieren
- **lesbar:** Alle Eintragungen müssen leserlich sein

Allgemeine Dokumentationsanforderungen

ZEITLICHE ASPEKTE

- **zeitnah/unmittelbar:** Es muss „bei der Behandlung, unmittelbar danach, spätestens am selben Tag dokumentiert werden. Spätestens am Ende des Dienstes (Klinikbetrieb)
- **handlungsnah:** Die Dokumentation sollte im unmittelbaren Zusammenhang mit der Pflege Tätigkeit stehen
- **unverzüglich:** z.B. bzgl. des Aufnahme- bzw. des Entlasszeitpunktes

Allgemeine Dokumentationsanforderungen

PERSONELLE ASPEKTE

Hier ist zwischen Papierakte und elektronischer Akte zu unterscheiden:

- **signiert/unterschrieben:** Alle handschriftlichen Einträge müssen der jeweiligen eintragenden Person zuzuordnen sein
- **Passwortgeschützte Anmeldung:** In der elektronischen Akte ist die Zuordnung durch ein entsprechendes Anmeldeprozedere sicherzustellen, welches dann archiviert wird und jederzeit nachvollziehbar ist.

Allgemeine Dokumentationsanforderungen

WEITERE ASPEKTE

Der pflegerische Bericht (Freitext) in der Dokumentation sollte

- **kurz** und **prägnant** sein und **Besonderheiten** und **Abweichungen** vom Üblichen aufführen
- **Fachtermini** verwenden
- Ersichtlich machen, ob es sich um **objektive Sachverhalte** (z.B. gemessene Werte) oder um **subjektive Interpretationen** handelt.

Spezifische Dokumentationsanforderungen

URTEIL DES SG OSNABRÜCK S 34 KR 554/16 (2018)

- Es genügt, dass dokumentiert ist, **dass die Pflege über die reine Behandlungspflege hinausgeht**, indem die Ressourcen des Patienten abgerufen und die Selbsthilfefähigkeit im Zusammenspiel mit den anderen Berufsgruppen gestärkt werden.
- Es ist nicht notwendig, dass alle Felder der Aktivierend-therapeutischen Pflege bedient werden. Vielmehr kommt es im Rahmen einer ganzheitlichen Betrachtung auf den **konkreten Hilfebedarf** an.
- Die Dokumentation der Aktivierend-therapeutischen Pflege kann auf ein **Mindestmaß** beschränkt sein. Die Dokumentation von Details oder Selbstverständlichkeiten beziehungsweise an anderer Stelle bereits dokumentierten Umständen ist nicht erforderlich.]

ATP-G Dokumentation

EMPFEHLUNG DES BV GERIATRIE

Geriatricspezifisches Pflegekonzept mit

- Definition ATP-G
- Implementierung oder Verweis auf den ATP-G-Katalog
- ggf. in Abgrenzung vom Pflegekonzept der anderen Fachbereiche desselben Krankenhauses/derselben Rehabilitationseinrichtung usw.

Verwendung geriatricspezifischer Pflegestandards

(Musterstandards herausgegeben vom Bundesverband Geriatrie)

- Dokumentation „laut Standard“
- vom Standard abweichende Maßnahmen separat dokumentieren und begründen

ATP-G im Pflegebericht

BESONDERHEITEN DER DOKUMENTATION DER ATP-G

Grundsatz: Im pflegerischen Bericht sollten außergewöhnliche, von der Routine abweichende Sachverhalte unter Verwendung von Fachtermini dokumentiert werden.

Körperpflege / An- und Auskleiden

„Anleitung zum selbstständigen Waschen des Oberkörpers“

*„Unterstützende Führung des rechten Armes zum Haare kämmen
=> Wiederholung bei nächster Körperpflege erforderlich.“**

„Zuknöpfen geübt (Bluse)“: Nach Anleitung beim ersten Knopf zwei weitere Knöpfe selbstständig geschafft.“

„Heute Lieblings-T-Shirt angezogen.“

* Weitergabe von Informationen, um die kontinuierliche Weiterführung der ATP-G zu garantieren

ATP-G im Pflegebericht

BESONDERHEITEN DER DOKUMENTATION DER ATP-G

Ernährung

Cave Unterscheidung in Pat. mit u. ohne **Kau-/Schluck-problematik**

Bei allen Pat. zu Beginn der Behandlung Messung von Gewicht und Größe und Anwendung weiterführender Assessments, Ggf. bedarfsgerecht weitere Gewichtsmessungen, Überwachung der Ein- und Ausfuhr, Anlegen von Verzehrprotokollen -> Dokumentieren

„Vor der Nahrungsaufnahme Sitzposition kontrolliert und optimiert.“

„Schluckakt entsprechend der logopädischen Vorgaben unterstützt.“

„Schnitten vorbereitet, Pat. beobachtet während der Mahlzeit, im Anschluss gemeinsam Mundhöhle kontrolliert.“

ATP-G im Pflegebericht

BESONDERHEITEN DER DOKUMENTATION DER ATP-G

Ausscheidung

Dokumentation von Versorgungs- und Unterstützungsmaßnahmen, aber auch von Anleitungen und Beratungen

„Pat. zu verschiedenen Kontinenzmaterialien beraten“

„Toilettengang begleitet“

„Patient motiviert, sich wieder zu melden, wenn er Harndrang verspürt.“

„Pat. hat Stoma unter Anleitung selbst versorgt.“

ATP-G | Pflegestandards

ATP-G Pflegestandards

DEFINITION

Pflegestandards sind ein wichtiges Element der **Qualitätssicherung** in der professionellen Pflege. Sie legen anhand aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse **nachvollziehbare und überprüfbare Regeln** zur Leistungserstellung in der Pflegepraxis fest. Damit definiert ein Pflegestandard den **Handlungsrahmen**, in dessen Korridor die individuelle Pflege stattfindet und anhand dessen die Pflegequalität bewertet werden kann.

Seit 1984 ist die Bedeutung von Pflegestandards für die Pflegequalität von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert.

ATP-G Pflegestandards

HINTERGRUND

- Positive Veränderung im Bereich der Pflege werden **vereinfacht**, weil fachspezifische Sichtweisen auch hinterfragt werden können.
- Die Auseinandersetzung mit pflegerischen Maßnahmen auch aus anderen Fachbereichen werden durch Pflegestandards gefördert.
- Die Standarderstellung geschieht auch aus rechtlicher Sicht auf der Grundlage des SGB XI §113 Qualitätssicherung.
- Die Pflegerische Leistung soll durch **Standardisierung** transparent und abrechenbar gemacht werden.
- Auf Grundlage des qualifizierten Leistungsnachweises kann der Personalbedarf **nachprüfbar** definiert werden.

ATP-G Pflegestandards

ANFORDERUNGEN PFLEGERISCHE DOKUMENTATION

- Senkung des Dokumentationsaufwandes
- Vereinfachung der Dokumentation
- Berücksichtigung und Handhabbarmachung des ATP-G-Katalogs
- Etablierung des Konzepts ATP-G
- Implementierung einer geriatriespezifischen pflegerischen Fachsprache



Erstellung von ATP-G Pflegestandards pro Handlungs- und Pflegeschwerpunkt

ATP-G Pflegestandards

AUFBAU- UND GRUNDPRINZIPIEN

- Gliederung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisdimension (nach Donabedian)
- Abbildung des Pflegeprozesses mit
 - Ressourcen
 - Problemen
 - Zielen
 - Maßnahmen
 - Ergebnissen
- Orientierung an den Bedarfsgruppen der ATP-G

Beispiel Pflegestandard „KLEIDEN“

Prozesse

alle Bedarfsgruppen

Ressourcen

Ressourcen des Patienten werden adäquat eingesetzt, u.a.:

- (1) kognitiver Status
- (2) Hilfsmittel
- (3) Beratungen, Anleitungen und/oder Schulungen

Problem:

individuelle Selbstversorgungsfähigkeit „Kleiden“ ist beeinträchtigt ...

Ziele

- (1) Patient setzt eigene Ziele bezüglich „Kleiden“ um
- (2) individuelle Selbstversorgungsfähigkeit Kleiden ist gefördert, erhalten bzw. wiederhergestellt unter Nutzung von eigenen Ressourcen, Hilfsmitteln und/oder personeller Unterstützung
- (3) Patient ist motiviert
- (4) Pneumonierisiko ist reduziert

BG 1

Ressourcen

Ressourcen des Patienten werden adäquat eingesetzt, u.a.:

- (4) freier Stand während des An- und Auskleidens, ggf. nur geringe Unterstützung und/oder Umgebungsorientierung

Problem

... , d.h. einschränkende Faktoren sind schwach vorhanden

BG 2

Ressourcen

Ressourcen des Patienten werden adäquat eingesetzt, u.a.:

- (4) freier Stand während des An- und Auskleidens, ggf. Unterstützung und/oder Umgebungsorientierung

Problem

... , d.h. einschränkende Faktoren sind mit mittlerem Schweregrad vorhanden

BG 3

Ressourcen

Ressourcen des Patienten werden adäquat eingesetzt, u.a.:

- (4) Stand oder stabiler Sitz im/auf Bett/Bettkante/Stuhl oder Rollstuhl während des An- und Auskleidens, ggf. Unterstützung und/oder Umgebungsorientierung

Problem

... , d.h. einschränkende Faktoren sind erheblich vorhanden

BG 4

Ressourcen

Ressourcen des Patienten werden adäquat eingesetzt, u.a.:

- (4) Sitz im/auf Bett/Bettkante/Stuhl oder Rollstuhl während des An- und Auskleidens, ggf. Unterstützung und/oder Umgebungsorientierung

Problem

... , d.h. einschränkende Faktoren sind höchstgradig vorhanden

Beispiel Pflegestandard „KLEIDEN“

Prozesse

alle Bedarfsgruppen	BG 1	BG 2	BG 3	BG 4
<u>Maßnahmen</u>	<u>Maßnahmen</u>	<u>Maßnahmen</u>	<u>Maßnahmen</u>	<u>Maßnahmen</u>
(1) Der spezifische Bedarf des Patienten bezüglich „Kleiden“ wird ermittelt. (2) Patient nutzt Hilfsmittel zum Kleiden und allgemeiner Art (z. B. Patientenruf) situationsgerecht (3) Patient wird über die veränderte Situation beim An- und Auskleiden informiert und bedarfsgerecht beraten. (4) Auf Wunsch des Patienten Einbeziehung von Bezugspersonen (5) Dokumentation der individuellen, durchgeführten Maßnahmen (zu Beginn Maßnahmen benennen; im Verlauf Veränderungen beschreiben)	(6) Selbstständige An- und Auskleiden incl. Vor- und Nachbereitung wird gezielt trainiert, ggf. unter Anleitung und entsprechend häuslicher Gegebenheiten/ (7) Patient wird zum selbstständigen Kleiden motiviert und unterstützend geschult	(6) Selbstständiges An- und Auskleiden incl. Vor- und Nachbereitung wird gezielt unter Anleitung wiederholt trainiert entsprechend häuslicher Gegebenheiten/ (7) Patient wird zum selbstständigen Kleiden motiviert und unterstützend geschult (8) Bedarfsgerechter Einbezug pflegerischer Konzepte, z.B. Bobath, Kinästhetik, Facilitation, Basale Stimulation, Integrative Validation (9) Durch gezieltes Führen/Facilitation werden die vorhandenen Ressourcen stimuliert	(6) An- und Auskleiden incl. Vor- und Nachbereitung wird gezielt unter Anleitung angebahnt und/oder wiederholt trainiert bzw. professionell unterstützt entsprechend häuslicher Gegebenheiten/ (7) Patient wird zum Kleiden motiviert und unterstützend geschult (8) Bedarfsgerechter Einbezug pflegerischer Konzepte, z.B. Bobath, Kinästhetik, Facilitation, Basale Stimulation, Integrative Validation (9) Durch gezieltes Führen/Facilitation werden die vorhandenen Ressourcen stimuliert	(6) An- und Auskleiden incl. Vor- und Nachbereitung wird gezielt angebahnt bzw. professionell unterstützt (Abläufe werden mehrmals Schritt für Schritt durch Führung erlernt) und durch Betroffene mehr oder weniger aktiv unterstützt entsprechend häuslicher Gegebenheiten/ (7) Patient wird zum Kleiden motiviert und unterstützend geschult (8) Bedarfsgerechter Einbezug pflegerischer Konzepte, z.B. Bobath, Kinästhetik, Facilitation, Basale Stimulation, Integrative Validation (9) Durch gezieltes Führen/Facilitation werden die vorhandenen Ressourcen stimuliert, aktiviert, neu oder weiter entwickelt, genutzt und stabilisiert

Beispiel Pflegestandard „KLEIDEN“

Ergebnisse

alle Bedarfsgruppen	BG 1	BG 2	BG 3	BG 4
1. Patient setzt eigene Ziele bezüglich „Kleiden“ um 2. Pneumonierisiko ist reduziert 3. Der spezifische Bedarf des Patienten bezüglich „Kleiden“ ist ermittelt 4. Patient ist über die veränderte Situation beim An- und Auskleiden informiert und bedarfsgerecht beraten 5. Bezugspersonen sind auf Wunsch des Patienten einbezogen 6. Dokumentation ist nachvollziehbar und vollständig 7. Alle an der Versorgung Beteiligten erhalten die notwendigen Informationen	8. individuelle Selbstversorgungsfähigkeit Kleiden ist gefördert, erhalten bzw. wiederhergestellt unter Nutzung von eigenen Ressourcen, Hilfsmitteln oder personeller Unterstützung 9. Selbstständiges An- und Auskleiden incl. Vor- und Nachbereitung ist gezielt trainiert entsprechend häuslicher Gegebenheiten/ Gewohnheiten 10. Patient ist zum selbstständigen Kleiden motiviert und unterstützend geschult 11. Patient nutzt Hilfsmittel zum Kleiden situationsgerecht und sicher	8. individuelle Selbstversorgungsfähigkeit Kleiden ist gefördert, erhalten bzw. wiederhergestellt unter Nutzung von eigenen Ressourcen, Hilfsmitteln oder personeller Unterstützung 9. Selbstständiges An- und Auskleiden incl. Vor- und Nachbereitung ist gezielt trainiert entsprechend häuslicher Gegebenheiten/ Gewohnheiten 10. Patient ist zum selbstständigen Kleiden motiviert und unterstützend geschult 11. Patient nutzt Hilfsmittel zum Kleiden situationsgerecht und sicher	8. individuelle Selbstversorgungsfähigkeit Kleiden ist gefördert bzw. wiederhergestellt unter Nutzung von eigenen Ressourcen, Hilfsmitteln oder personeller Unterstützung 9. An- und Auskleiden incl. Vor- und Nachbereitung ist gezielt trainiert entsprechend häuslicher Gegebenheiten/ Gewohnheiten 10. Patient ist zum selbstständigen Kleiden motiviert und unterstützend geschult 11. Patient nutzt Hilfsmittel zum Kleiden situationsgerecht und sicher	8. individuelle Selbstversorgungsfähigkeit Kleiden ist gefördert unter Nutzung von eigenen Ressourcen, Hilfsmitteln oder personeller Unterstützung 9. An- und Auskleiden incl. Vor- und Nachbereitung ist gezielt trainiert entsprechend häuslicher Gegebenheiten/ Gewohnheiten 10. Patient ist zum Kleiden motiviert und unterstützend geschult 11. Patient nutzt Hilfsmittel zum Kleiden situationsgerecht

AKTIVIEREND-THERAPEUTISCHE PFLEGE IN DER GERIATRIE:

**„Pflegende Hände,
die zur richtigen Zeit
am richtigen Ort
das Richtige tun“**

Claudia Eckardt, Friedhilde Bartels

Definitionen

Definitionen Geriatrie

WAS IST GERIATRIE?

„Geriatrie ist der Zweig der Medizin, der sich mit der Gesundheit im Alter sowie den präventiven, klinischen, rehabilitativen und sozialen Aspekten von Krankheiten beim älteren Menschen beschäftigt.“

Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1989

Definition „Alter“

WHO-DEFINITION (2002)

Die World Health Organisation (WHO) unterteilt den Lebensabschnitt Alter in fünf Altersgruppen:

60-65 Lj.:	„Übergang ins Alter“
60-74 Lj.:	„junge Alte“
75-89 Lj.:	„Betagte und Hochbetagte“
90-99 Lj:	„Höchstbetagte“
100+ Lj:	„Langlebige“

„Das biologische Alter alleine ist dabei nur ein unzulänglicher Maßstab für die Änderungen, die mit dem Älterwerden einhergehen“

WHO, "Aktiv Altern – Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln", April 2002 .

Definitionen Geriatrie

WAS IST GERIATRIE?

Geriatrie ist die Medizinische Spezialdisziplin, die sich mit

- physischen,
- psychischen,
- funktionellen und
- sozialen

Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst.

Dazu gehört die Behandlung älterer Patienten bei

- chronischen Erkrankungen,
- präventiver Zielsetzung,
- (früh-)rehabilitativen Fragestellungen und
- speziellen, auch palliativen Fragestellungen am Lebensende.

Definition der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten 2008

Versorgungsstrukturen

Wo findet Geriatrie statt?

STATIONÄRE VERSORGUNG

Akutgeriatrie/
Geriatrische
Frührehabilitation
(§109 SGB V)

Geriatrische
Rehabilitationsklinik
(§111 SGB V)

NICHTSTATIONÄRE VERSORGUNG

Tagesklinik
(TK)

Ambulante
Geriatrische
Rehabilitation
(AGR)

Mobile
Geriatrische
Rehabilitation
(MGR)

Geriatrische
Instituts-
ambulanz
(GIA)

Geriatrische
Schwerpunkt
praxis

Versorgungsstrukturen

	„109ER“ (AKUT)	„111ER“ (REHA)
ZUGANG FÜR PATIENTEN	Akutstationäre Behandlungsbedürftigkeit und gleichzeitig bestehender frührehabilitativer Behandlungsbedarf	Antragsverfahren mit Genehmigung durch Kostenträger, dieser bestimmt Art und Umfang, Dauer und Beginn, sowie Rehaeinrichtung
RECHTLICHE GRUNDLAGE	Aufzählung der Abteilung Geriatrie in Länder-Krankenhausplanung	Versorgungsvertrag mit Kostenträgern
VERGÜTUNG	DRG-System mit Fallpauschalen und Prozeduren (OPS)	Vereinbarung zwischen Krankenkassen und Träger der Reha-Einrichtung (Pauschalen geringer als im Krankenhausbereich)

OPS 8-550/8-98a

OPERATIONEN- UND PROZEDURENSCHLÜSSEL

- amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von **Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen**
- generell dient der OPS nicht dazu, jeden Handgriff zu verschlüsseln, der an dem Patienten/der Patientin durchgeführt wird
- es werden nur solche Behandlungen verschlüsselt, die für sich genommen eine abgeschlossene Maßnahme darstellen und nicht nur Teil einer Prozedur sind
- wichtige Grundlage für das DRG-System
- Qualitätsberichte der Krankenhäuser
- gibt das BfArM im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit heraus
- wird jährlich überarbeitet (Vorschlagsverfahren durch Verbände, Fachgesellschaften, Krankenhäuser und Krankenkassen)

OPS 8-550 / 8-98a

8-550

Geriatrische frührehabilitative
Komplexbehandlung (GFK)

8-98a

Teilstationäre geriatrische
Komplexbehandlung

STRUKTURMERKMALE

Strukturmerkmale sind Merkmale, die vom Krankenhaus vorzuhalten sind, damit der Kode abgerechnet werden darf



Multiprofessionelles Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich). Die Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein.



Vorhandensein von **besonders geschultem Pflegepersonal** für Aktivierend-therapeutische Pflege. Hierfür muss mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen.



Vorhandensein mindestens folgender **Therapiebereiche**: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie.



BESONDERS GESCHULTES PFLEGEPERSONAL FÜR ATP-G

- Begriffsdefinition der ATP-G auf Basis des Bobath-Konzepts
- ergänzend hierzu beschreibender Katalog und Pflegestandards
- Grundlagen sollten bei der Erstellung des einrichtungsspezifischen Pflegekonzepts Berücksichtigung finden
- mind. 1 Pflegefachkraft muss die Zusatzqualifikation im Umfang von mind. 180 Stunden erfüllen = ZERCUR GERIATRIE® Fachweiterbildung Pflege
- darüber hinaus erfüllen weitere Zertifizierungskurse diese Vorgabe, sofern die Anforderungen gem. DGG, DGKG und BV Geriatrie erfüllt sind
- 6 Monate Berufserfahrung: entspricht einer Tätigkeit in Vollzeit in der Geriatrie am Krankenhaus und/oder Rehabilitationseinrichtung und/oder Tätigkeiten in einer zur Erbringung ambulanter geriatrischer Versorgung anerkannten Struktur. Teilzeitkräfte müssen entsprechend mind. 12 Monate Berufserfahrung nachweisen.

OPS 8-550

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung



BESONDERS GESCHULTES PFLEGEPERSONAL FÜR ATP-G



BUNDESVERBAND
GERIATRIE



Anforderungskatalog an Zusatzqualifikation nach OPS 8-550/8-98a

1. teilnehmergebundene Kriterien:

- mind. 6 Monate Berufspraxis in der Geriatrie (§§ 109, 111 SGB V)
- Erlaubnis zum Führen der staatlich anerkannten Berufsbezeichnung:
 - Krankenschwester oder Krankenpfleger,
 - Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger
 - Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/-pfleger
 - Altenpflegerin oder Altenpfleger



OPS 8-550

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

MINDESTMERKMALE

Mindestmerkmale sind Merkmale, die patientenbezogen zu erfüllen sind, damit der Kode angegeben werden darf.



Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und am Ende der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung in mindestens 2 Bereichen (Selbsthilfefähigkeit, Mobilität). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, ist die Erhebung nachzuholen.



Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Sofern möglich, sind die fehlenden Bestandteile fremdanamnestisch zu erheben bzw. ist die Erhebung nachzuholen, wenn der Zustand des Patienten es erlaubt.

OPS 8-550

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

MINDESTMERKMALE



Die **wöchentliche Teambesprechung** erfolgt unter Beteiligung der fachärztlichen Behandlungsleitung und jeweils mindestens eines Vertreters der Pflege sowie der Therapiebereiche Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie und Psychologie/Neuropsychologie pro vollständiger Woche. Die für diesen Kode erforderliche wochenbezogene Dokumentation ist erfüllt, wenn sie die Ergebnisse der bisherigen Behandlung und die weiteren Behandlungsziele umfasst. Hierfür sind die Beiträge der patientenbezogen beteiligten Berufsgruppen ausreichend. Weitere Nachweise zur Durchführung der Teambesprechung sind nicht erforderlich.



Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie.

OPS 8-98A

TEILSTATIONÄRE GERIATRISCHE KOMPLEXBEHANDLUNG

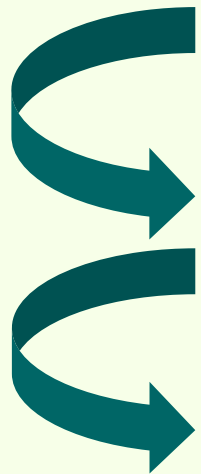
- teilstationäre Schlüsselkodierung in der Geriatrie
- jeder Tag mit teilstationärer geriatrischer Behandlung ist einzeln zu kodieren
- steuert eine teilstationäre geriatriespezifische Fallpauschale (DRG) an, tagesbezogen
- das gesamte multiprofessionelle Team ist an dem Erreichen der Mindestmerkmale beteiligt
- darf nur so lange verwendet werden, wie akutstationärer Behandlungsbedarf besteht

INHALTLICHE UNTERSCHIEDE ZUM OPS 8-550

- Mindestaufenthalt 330 min pro Behandlungstag
- Assessments können 4 Wochen alt sein
- tägliche ärztliche Visite
- keine wöchentliche Teambesprechung
- kommt in der Tagesklinik zur Anwendung

OPS 8-550 / 8-98a

ESSENZIELLES MINDESTMERKMAL BEIDER OPS



ohne **ATP-G** kein OPS 8-550 oder 8-98a

keine **geriatriische** DRG

keine Bezahlung der **frührehabilitativen** Leistung

Deshalb ist es wichtig, den Inhalt dieser geriatriespezifischen Pflegeleistung zu kennen und diese fach- und sachgerecht zu dokumentieren



Pflegepersonalregelung

PPR 2.0

WARUM wurde die PPR 2.0 konzipiert?

*„Wir müssen die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern. Dazu muss erst einmal stationsgenau festgehalten werden: Wie ist die **Belastungssituation**? Das kann man tun, indem man dokumentiert, welche Pflege notwendig wäre, und das mit der Pflege, die vorhanden ist, vergleicht. [...] Das dafür genutzte Instrument **PPR 2.0** ist das Ergebnis der Konzertierten Aktion (K. Lauterbach, 1. Lesung KHPflEG)“*

Der Weg zur PPR 2.0 – gesetzlicher Hintergrund

DURCH WEN wurde die PPR 2.0 konzipiert?



- Vereinbarung im Rahmen der Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP) zur Erarbeitung eines Personalbemessungsinstrumentes auf Basis der PPR aus den 90er Jahren
- Vereinbarung im Koalitionsvertrag
- Pre-Test PPR 2.0 in 2019
- Gesetzliche Verankerung im Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes (KHPfLEG) mit Erprobung und Weiterentwicklung der PPR 2.0 sowie deren Ausweitung

Pressemitteilung BMG vom 14.9.2024 zur Pflegepersonal- regelung 2.0

Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus

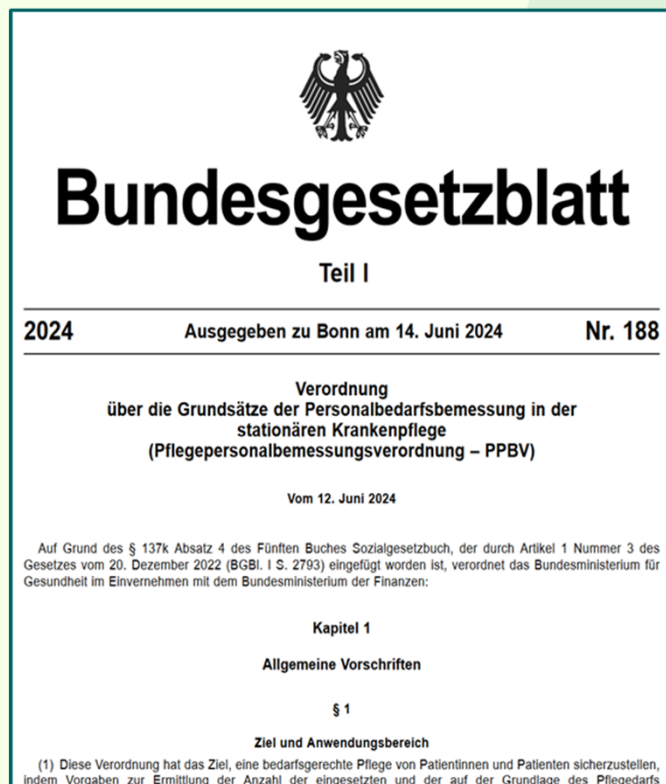
Ziel des Gesetzes ist es, die Situation der Pflege in den Krankenhäusern mittelfristig zu verbessern, indem Idealbesetzungen für die Stationen errechnet und durchgesetzt werden. Dazu soll ein Instrument zur Personalbemessung (PPR 2.0) eingesetzt werden, das im Rahmen der Konzertierte Aktion Pflege von allen Beteiligten entwickelt wurde. Eingeführt werden soll die PPR 2.0 in drei Stufen:

Ab 1. Januar 2023 soll die Erprobungsphase starten. Hier wird die PPR 2.0 dem Praxistest unterzogen. Die Testphase erfolgt in einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern in Normalstationen und in der Pädiatrie. Auf dieser Basis werden in einer Rechtsverordnung den Krankenhäusern Vorgaben für die Personalbemessung gemacht. Verfügt ein Krankenhaus über einen Entlastungstarifvertrag mit verbindlichen Vorgaben zur Mindestpersonalbesetzung auf bettenführenden Stationen, kann von einer Anwendung der PPR 2.0 abgesehen werden. Ab 2025 wird die Personalbemessung dann scharf gestellt und sanktioniert.

Pflegepersonalbemessung

- Einstufung mittels PPR 2.0

Struktur und Systematik



- Aufzeigen des vorhandenen Personalbedarfs und der Differenz zwischen IST-Personalbestand und SOLL-Personalbedarf
- Erhöhung der Transparenz über Personalausstattung auf Stations-/Fachbereichsebene im Tagdienst
- Keine Ermittlung des patientenindividuellen Pflegebedarfs sondern Pflegepersonalbedarfsbemessung
- Einstufung anhand aufwandstreibender Indikatoren, die Hinweise auf den erwarteten Personalbedarf geben
- Berechnung des Bedarfes an Arbeitszeitressourcen für eine bestimmte Organisationseinheit mit hinterlegten Zeitwerten
- Es werden sowohl Zustandsdaten wie auch Leistungsdaten herangezogen, im Sinne von Oder/Und-Bedingungen
- Indikatoren können vorkommen, müssen aber nicht

Soll-Konzeption der PPR 2.0

Notwendige und erwartbare Pflegeleistungen – Was heißt das?

§ 9

Leistungsstufen und Patientengruppen

(1) Zur Ermittlung des Pflegebedarfs sind Patientinnen und Patienten durch die Pflegefachkräfte auf der Grundlage der für sie notwendigen Pflegeleistungen den Leistungsstufen A1 bis A4 und den Leistungsstufen S1 bis S4 gemäß den §§ 10 und 11 unter Berücksichtigung der in Anlage 2 genannten Zuordnungsmerkmale einmal täglich, in der Regel zwischen 15 und 21 Uhr, zuzuordnen. Der konkrete Zeitpunkt der Zuordnung ist durch das Krankenhaus festzulegen; zu diesem Zeitpunkt bereits entlassene Patientinnen und Patienten werden nicht zugeordnet. Grundlage der Zuordnung sind die zu erwartenden Pflegemaßnahmen.

„Die Bestimmung der Minutenwerte erfolgte unter Zugrundelegung einer auf eine ganzheitliche Pflege orientierten **Soll-Konzeption**, die auf die „**Soll-Dauer**“ der einzelnen Pflegemaßnahmen abstellt.“

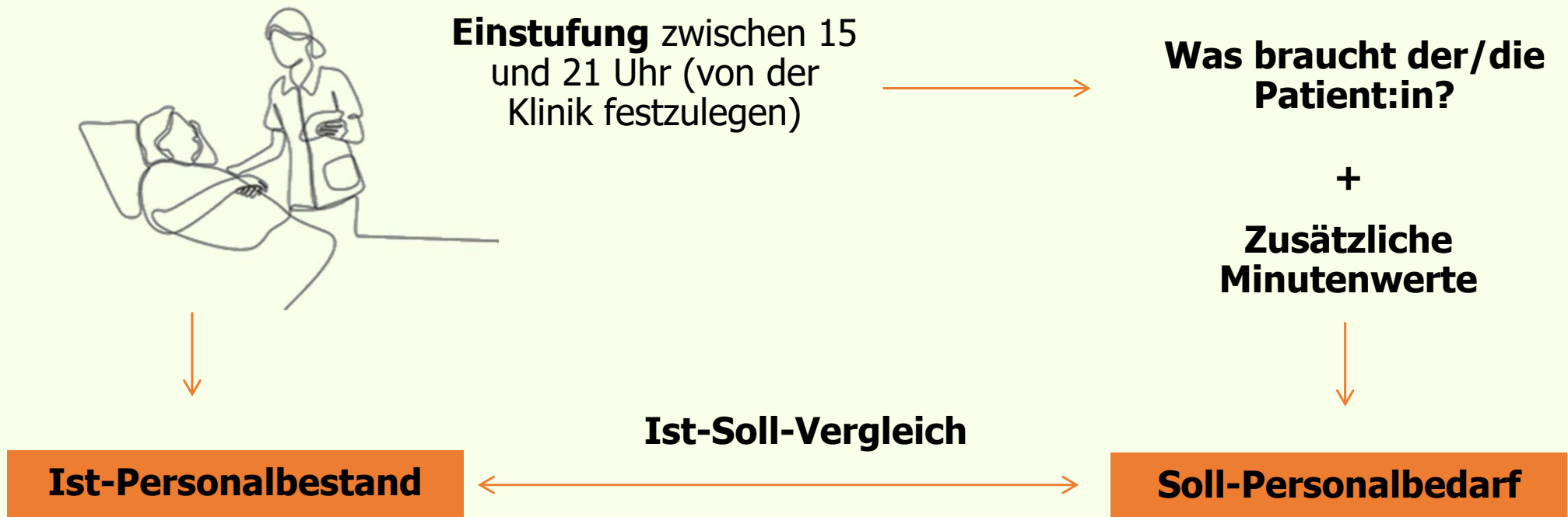
„Auch die Häufigkeit der Durchführung von einzelnen Tätigkeiten während des Regeldienstes wurde in die Berechnungen einbezogen. Auch hier fanden Aspekte ganzheitlicher Pflege Eingang. Beispielsweise wurde bei verschiedenen Prophylaxen die „**Soll-Häufigkeit**“ und nicht die **möglicherweise in der Praxis davon abweichende „Ist-Häufigkeit“** angesetzt.“

(Quelle: RefE, S. 90)

Pflegepersonalbemessung

- Einstufung mittels PPR 2.0

Einstufung



Soll-Konzeption der PPR 2.0

Notwendige und erwartbare Pflegeleistungen – Was heißt das?

WELCHE MAßNAHMEN KONNTEN
AUSGEFÜHRT WERDEN?

z. B.: Ein Lagerungswechsel bei
einem Dekubitus gefährdeten
Patienten konnte nur alle 4 h
erfolgen

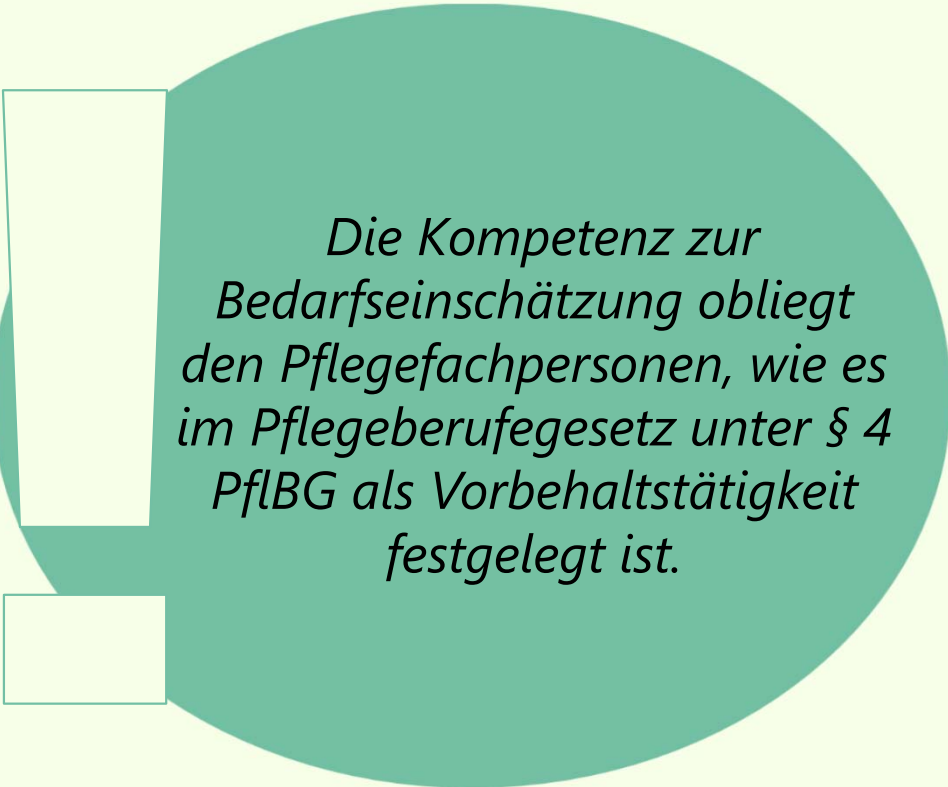
WELCHE MAßNAHMEN WERDEN FÜR
EINE GUTE VERSORGUNG BENÖTIGT?

z. B.: Ein Dekubitus gefährdeter
Patienten benötigt alle 2 h eine
Lagerung.

Notwendige und erwartbare Maßnahmen

Soll-Konzeption der PPR 2.0

Notwendige und erwartbare Pflegeleistungen – Was heißt das?



*Die Kompetenz zur
Bedarfseinschätzung obliegt
den Pflegefachpersonen, wie es
im Pflegeberufegesetz unter § 4
PflBG als Vorbehaltstätigkeit
festgelegt ist.*

Pflegepersonalbemessung

- Einstufung mittels PPR 2.0

Einordnungsmerkmale (Indikatoren)

Anleitung zur Übernahme,
Training

Barthel-Index

Einordnungsmerkmale Allgemeine Pflege				
	A1 Grundbedarfe	A2 Erweiterte Bedarfe	A3 Besondere Bedarfe	A4 Hochaufwendige Bedarfe
Einordnungs- merkmale Leistungs- bereiche	Alle Patient:innen, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden.	1 Einordnungsmerkmal in mindestens 2 Leistungsbereichen aus A2	1 Einordnungsmerkmal in mindestens 2 Leistungsbereichen aus A3 oder es wird eine aktivierende Pflege durchgeführt	1 Einordnungsmerkmale in mindestens 2 Leistungsbereichen aus A4 und ICD-U50.4/U50.5/U51.2 (Barthel-Index, Mini Mental State Examination, erweiterter Barthel- Index 1)
ATP-G Selbstversorgung	Körperpflege	Alle Patient:innen, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden. <i>Unterstützungsbedarf</i> bei überwiegend selbstständiger Körperpflege oder um diese durchführen zu können. <i>Einordnungsmerkmale gemäß PPBV</i>	Überwiegend oder vollständige Übernahme der Körperpflege notwendig <i>Patient wird zur selbständigen Körperpflege trainiert</i> <i>Einordnungsmerkmale gemäß PPBV</i>	Vollständige Übernahme oder Anleitung zur Körperpflege durch die Pflege nötig, in Verbindung mit zusätzlichen Aspekten. <i>Einordnungsmerkmale gemäß PPBV</i>
	Ernährung	Alle Patient:innen, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden. <i>Unterstützungsbedarf</i> bei Vorbereitung der Mahlzeit. <i>Einordnungsmerkmale gemäß PPBV</i>	Unterstützungsbedarf bei Einnahme der Mahlzeit <i>Trink- und Esstraining</i> <i>Einordnungsmerkmale gemäß PPBV</i>	Vollständige Übernahme der Nahrungs- und Flüssigkeitsverabreichung nötig, in Verbindung mit zusätzlichen Aspekten. <i>Einordnungsmerkmale gemäß PPBV</i>
	Ausscheidung	Alle Patient:innen, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden. <i>Unterstützungsbedarf</i> zur kontrollierten Blasen- /Darmentleerung bei Verrichtung von Ausscheidung. <i>Einordnungsmerkmale gemäß PPBV</i>	Überwiegend oder vollständige Übernahme der Maßnahmen im Kontext der Ausscheidung durch die Pflegeperson. <i>Ausscheidungsunterstützung</i> <i>Einordnungsmerkmale gemäß PPBV</i>	Vollständige Übernahme von Maßnahmen zur Ausscheidung, in Verbindung mit zusätzlichen Aspekten. <i>Einordnungsmerkmale gemäß PPBV</i>
ATP-G Bewegung	Mobilisation und Positionswechsel	Alle Patient:innen, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden. <i>Unterstützungsbedarf</i> bei Mobilisation/Positionswechsel. <i>Einordnungsmerkmale gemäß PPBV</i>	Überwiegend oder vollständige Übernahme des Positionswechsels bzw. Mobilisation durch die Pflegeperson. <i>Mobilisierungsmaßnahmen wie Steh- o. Gehtraining</i> <i>Patient ist immobil, Patient ist überwiegend nicht in der Lage, sich im Bett zu drehen/aufzustehen</i> <i>Einordnungsmerkmale gemäß PPBV</i>	Vollständige Übernahme der/s Mobilisation/Positionswechsels, in Verbindung mit zusätzlichen Aspekten. <i>Einordnungsmerkmale gemäß PPBV</i>

Pflegepersonalbemessung

- Einstufung mittels PPR 2.0

Einordnungsmerkmale (Indikatoren)

Einordnungsmerkmale Spezielle Pflege				
	S1 Grundbedarfe	S2 Erweiterte Bedarfe	S3 Besondere Bedarfe	S4 Hochaufwendige Bedarfe
Einordnungsmerkmale Leistungs- bereiche	Alle Patient:innen, die nicht S2, S3 oder S4 zugeordnet werden.	1 Einordnungsmerkmalin mindestens 1 Leistungsbereich aus S2	1 Einordnungsmerkmalin mindestens 1 Leistungsbereich aus S3	1 Einordnungsmerkmalin mindestens 2 Leistungsbereichen aus S3
Operationen/ Invasive Maßnahmen/ Akute Krankheits- phasen	Alle Patient:innen, die nicht S2, S3 oder S4 zugeordnet werden.	Beobachtung- und Kontrollbedarf der Patientin/ des Patienten von Parametern <u>oder</u> von Zu-/Ableitungs-/Absaugsystemen. <i>Einordnungsmerkmalgemäß PPBV</i>	Beobachtungs- und Kontrollbedarf der Patientin/ des Patienten von Parametern <u>oder</u> endotracheales absaugen. <i>Einordnungsmerkmalgemäß PPBV</i>	1 Einordnungsmerkmal in mindestens 2 Leistungsbereichen aus S3. <i>Einordnungsmerkmalgemäß PPBV</i>
Medikamentöse Versorgung	Alle Patient:innen, die nicht S2, S3 oder S4 zugeordnet werden.	Kontinuierliche oder mehrfach wiederholte Infusionen/Transfusionen <u>oder</u> Inhalationen/Atemhilfe. <i>Einordnungsmerkmalgemäß PPBV</i>	Kontinuierliche oder mehrfach wiederholte Infusionen/Transfusionen <u>oder</u> Fortlaufende Beobachtung und Betreuung bei schwerwiegenden Arzneimittelwirkungen. <i>Einordnungsmerkmalgemäß PPBV</i>	1 Einordnungsmerkmal in mindestens 2 Leistungsbereichen aus S3. <i>Einordnungsmerkmalgemäß PPBV</i>
Wund- und Hautbehandlung	Alle Patient:innen, die nicht S2, S3 oder S4 zugeordnet werden.	Aufwendiger <u>Verbandwechsel</u> <u>oder</u> einfacher <u>Verbandswechsel</u> 2x tgl. <u>oder</u> Behandlung großflächiger <u>oder</u> tiefer <u>Wunden</u> oder großer <u>Hautareale</u> . <i>Einordnungsmerkmalgemäß PPBV</i>	Aufwendiger <u>Verbandwechsel</u> mind. 2x tgl. <u>oder</u> einfacher <u>Verbandswechsel</u> mind. 3x tgl. <u>oder</u> Behandlung großflächiger oder tiefer <u>Wunden</u> oder großer <u>Hautareale</u> mind. 2x tgl. <i>Einordnungsmerkmalgemäß PPBV</i>	1 Einordnungsmerkmal in mindestens 2 Leistungsbereichen aus S3. <i>Einordnungsmerkmalgemäß PPBV</i>

Pflegepersonalbemessung

- PPR 2.0

Praktische Anwendung der PPR 2.0

EINSTUFUNG mittels PPR 2.0

PPBV

(2) Jede Patientin und jeder Patient ist durch die Pflegefachkräfte auf der Grundlage seiner Zuordnung nach Absatz 1 einmal täglich einer der folgenden Patientengruppen zuzuordnen.

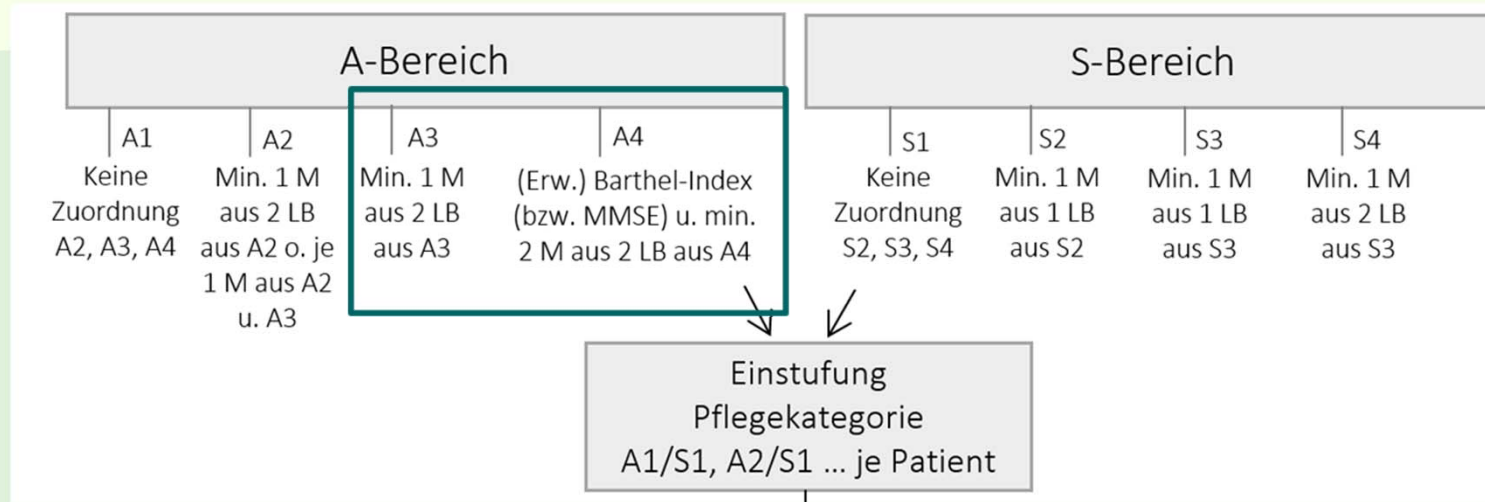
Allgemeine Pflege Spezielle Pflege	A1 Grundleistungen	A2 Erweiterte Leistungen	A3 Besondere Leistungen	A4 Hochaufwendige Leistungen
S1 Grundleistungen	A1/S1	A2/S1	A3/S1	A4/S1
S2 Erweiterte Leistungen	A1/S2	A2/S2	A3/S2	A4/S2
S3 Besondere Leistungen	A1/S3	A2/S3	A3/S3	A4/S3
S4 Hochaufwendige Leistungen	A1/S4	A2/S4	A3/S4	A4/S4

(3) Die Zuordnungen nach den Absätzen 1 und 2 sind durch die Pflegefachkräfte in der Pflegedokumentation auszuweisen.

Pflegepersonalbemessung

- Einstufung mittels PPR 2.0

Zuordnungsregeln



- Eine Zuordnung zur Leistungsstufe **A3** erfolgt, wenn in zwei verschiedenen Leistungsbereichen je ein Zuordnungsmerkmal der Leistungsstufe A3 zutrifft. Patient:innen benötigen die vollständige Übernahme der Pflege oder es wird eine aktivierende Pflege durchgeführt (Vergleiche Begründung zur VO S. 86)
- Eine Zuordnung zur Leistungsstufe A4 erfolgt, wenn in mindestens zwei Leistungsbereichen jeweils ein Einordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe A4 zutrifft und
 - ein Barthel-Index zwischen 0 und 35 Punkten vorliegt oder
 - ein erweiterter Barthel-Index zwischen 0 und 15 Punkten vorliegt, oder
 - ein MMSE zwischen 0 und 16 Punkten vorliegt

Pflegepersonalbemessung

- PPR 2.0

Praktische Anwendung der PPR 2.0

ZUORDNUNG mittels PPR 2.0?

Offizielle FAQs auf Seite des BMG*

In den originären Anwendungsvorschriften zur PPR 2.0 findet sich der Hinweis, dass eine Zuordnung zur Pflegekategorie A3 erfolgt, wenn eine aktivierende Pflege durchgeführt wird. Wie findet die aktivierende Pflege innerhalb der PPBV Beachtung? 

Die Zuordnungsmerkmale der allgemeinen Pflege gemäß Anlage 2 zu § 9 Absatz 1 PPBV weisen in der Pflegekategorie bzw. Leistungsstufe A3 wesentliche, leistungsbezogene Spezifika der aktivierenden Pflege auf. Ausweislich der PPBV und angesichts dessen, dass die Merkmale der Pflege bzw. Leistungsbereiche als Beispiele zu verstehen sind, **ist die aktivierende Pflege ein Leistungsmerkmal bzw. Indikator zur Einordnung in die Kategorie bzw. Stufe A3** (Bekräftigt wird dies durch die Begründung des aus dem Verordnungsentwurfes der PPBV vom 07.02.2024, siehe [BR Drs. 65/24, S. 81](#) ).

Die Kompetenz zur Bedarfseinschätzung obliegt abschließend der Pflegefachpersonen. Insbesondere bei fortschreitendem Behandlungsverlauf kann bei Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit z. B. auch eine Einordnung in A2 begründet sein.

Quelle: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegepersonalbemessung-im-krankenhaus.html>

*unter Mitwirkung von DPR, DKG und ver.di

Praktische Anwendung der PPR 2.0

EINSTUFUNG mittels PPR 2.0?

Einstufungsmerkmale der allgemeinen Pflege gemäß Anlage 2 zu § 9 Absatz 1 PPBV weisen in A3 wesentliche, leistungsbezogene Spezifika der ATP-G auf:

Leistungsbereich	Einordnungsmerkmale A3
Körperpflege	Training zur selbständigen Körperpflege
Ernährung	Unterstützungsbedarf bei Einnahme, Trink- und Esstraining
Ausscheidung	Ausscheidungsunterstützung
Mobilisation, Positionswechsel	Mobilisierung (Steh- o Gehtraining)

PPR 2.0 ⇒ Zusammenfassung

- Die PPR 2.0 dient der **Abbildung** – und damit der Sicherstellung – **einer bedarfsgerechten Versorgung** durch eine entsprechende Personalbedarfsermittlung auf Grundlage aufwandtreibender **Indikatoren**.
- Ziel ist es, die **Personalsituation** der Pflege im Krankenhaus spürbar **zu verbessern**, indem auf Grundlage der Ermittlung des Soll-Personalbedarfs eine angemessene und verlässliche Personalbesetzung sichergestellt wird.
- Die PPR 2.0 dient nicht dazu den Patientenindividuellen Pflegebedarf abzubilden oder tatsächlich geleistete Einzelleistungen zu erfassen.

PPR 2.0 ↔ ATP-G

PPR 2.0

- vom Gesetzgeber auf den Weg gebrachtes Personalbedarfsbemessungsinstrument
- defizitorientierte Indikatoren zur Ermittlung des Bedarfes

ATP-G

- von Bundesverband und der DGATP GmbH (weiter)-entwickeltes Pflegekonzept
- ressourcenorientierte Indikatoren zur Ermittlung des Bedarfes

➡ Im Idealfall kommen beide zu dem gleichen Ergebnis!

Erklärfilm der Gewerkschaft Verdi

Video: Das ist die PPR 2.0



PPR 2.0 – was Du zur Pflegepersonalregelung wissen musst | ver.di
([verdi.de](https://www.verdi.de))