

## « **Rehabilitationspflege**<sup>1</sup> »

Nomenklatur der Rehabilitationspflegeleistungen und Empfehlungen für die Dauer in Minuten der Rehapflege und ihrer Äquivalente in der Grundpflege

Mai 2024

Projektleitung : Pascal DUCLOUX, Koordinator der Projektgruppe

Adresse: Verband PLATEFORME-REHA.CH  
c/o Institution de Lavigny  
Route du Vignoble 60  
1175 Lavigny  
[info@plateforme-reha.ch](mailto:info@plateforme-reha.ch)

Version vom 10. Oktober 2024

*Übersetzung ins Deutsche : Januar 2025*

*Im Zweifelsfall hat die französische Originalfassung Vorrang vor jeder anderen übersetzten Fassung.*

*Dieser Projektbericht ist eine urheberrechtlich geschützte Publikation und darf nicht für kommerzielle Zwecke verwendet werden, es sei denn, der Verband PLATEFORME-REHA.CH hat dem ausdrücklich zugestimmt.*

---

<sup>1</sup> In diesem Dokument verwenden wir den Begriff "*Pflegfachkraft*" für alle Vertreter-Innen des Krankenpflegepersonals. Wir sprechen von "*Patient*", wenn es sich um Pflegeempfänger handelt.

## Inhaltsverzeichnis

1.	EXECUTIVE SUMMARY .....	3
2.	EINFÜHRUNG.....	3
3.	DEFINITION REHAPFLEGE - ERINNERUNG UND PRÄZISIERUNG.....	5
4.	PFLEGETHEORIEN UND -MODELLE .....	7
5.	NOMENKLATUR DER PFLEGELEISTUNGEN.....	8
5.1.	ZWISCHEN THEORIE UND PRAXIS .....	9
5.2.	METHODIK.....	9
5.3.	WAHL DER FORMULIERUNGEN.....	9
6.	SCHLUSSFOLGERUNG .....	29
7.	EXPERTEN-INNEN DER ARBEITSGRUPPE "REHAPFLEGEMINUTEN " . .....	30
8.	ANHÄNGE.....	31
8.1.	THEORIE VON DOROTHEA OREM .....	31
8.2.	ÜBERGANGSTHEORIE VON AFAB IBRAHIM MELEIS .....	31
8.3.	MCGILL-MODELL ODER STÄRKENBASIERTE PFLEGE (PRE LAURIE GOTTLIEB) .....	32
8.4.	MONTREAL MODEL.....	32
8.5.	CARING .....	33
8.6.	INTERMEDIÄRE THEORIE DER SELBSTVERSORGUNG (B. RIEGEL).....	33
8.7.	KONZEPT DER INTERPROFESSIONALITÄT - MODELL VON VAUGHN.....	34
8.8.	WALTER HESBEEN .....	36
9.	LITERATUR.....	37

# 1. Executive summary

## Kontext

Die stationäre Rehabilitation wird über einheitliche nationale Tarifstrukturen finanziert, die an die Art und Intensität der Leistungen gebunden sind. Diese Leistungen setzen sich aus verschiedenen Therapien, medizinischen Handlungen und Pflegeleistungen zusammen, insbesondere der rehabilitationsspezifischen Pflege (nachfolgend Rehapflege genannt).

Die Rehapflege wird jedoch derzeit in keinem der Referenzdokumente auf nationaler Ebene erwähnt (z.B. in der CHOP<sup>2</sup>), obwohl sie für das Erreichen der Rehabilitationsziele unerlässlich ist.

Plateforme-Reha.ch ist ein Verband, der sich zum Ziel gesetzt hat, alle anerkannten Rehabilitationsbereiche in der Schweiz zu fördern, wobei der Patient und seine Versorgung im Mittelpunkt stehen. Im Streben nach Vollständigkeit und weit entfernt von spezifischen Verbandsinteressen arbeitet Plateforme-Reha.ch seit Jahren daraufhin eine Nomenklatur für die Rehapflege sowie dem damit verbundenen Zeitaufwand vorzuschlagen.

## In diesem Bericht entwickelte Konzepte

2019 haben Pflegeexperten eine Definition für die Rehapflege vorgeschlagen und im Jahr 2020 hat Plateforme-Reha.ch eine Nomenklatur der damit verbundenen Rehabilitationspflegeleistungen publiziert. In diesem Bericht hat eine neue Arbeitsgruppe mit Experten aus verschiedenen Einrichtungen die Liste dieser Pflegeleistungen überarbeitet und für jede Leistung Standardminuten hinzugefügt. Parallel dazu hat die Expertengruppe Pflegetheorien referenziert, die der Pflege klar definierte Rahmenbedingungen geben und somit eine effiziente Rehabilitation fördern.

Die Dokumentation ist ein Teil der Pflege. Daher ist es unerlässlich, den Pflegefachkräften eine Liste von Leistungen anzubieten, deren Formulierung so eindeutig ist, dass er auf ihre Absicht hinweist, und deren Dauer in Minuten in den Informationssystemen der einzelnen Einrichtungen erfasst werden kann.

Die verschiedenen Leistungen der Pflegefachkräfte sind in zwei Ansätzen zu unterscheiden:

- a. *Grundpflege*, bei der es sich um Aufgaben handelt, die die Pflegekraft anstelle des Patienten ausführt;
- b. *Rehapflege*, bei der der Patient die Handlung selbstständig ausführt, unterstützt durch die Fähigkeiten, Ermutigungen und Anleitung der Pflegefachkraft.

Über die pflegerische Haltung und ein interdisziplinäres Engagement hinaus stellt die Rehapflege den Patienten in den Mittelpunkt seiner Versorgung, je nachdem, ob er als Partner, Akteur oder Hauptentscheider fungiert.

Um Rehapflege rechtsgültig zu erbringen, muss die Pflegefachkraft zuvor geschult werden. Dadurch wird insbesondere ihre Fähigkeit maximal entwickelt, das Potenzial des Patienten zu erkennen, um ihn zum Akteur seines Rehabilitationsprozesses zu machen.

## Perspektiven

Die Rehapflege ist etablierte Realität. Es liegt im Interesse aller Akteure des Systems auf Bundesebene, diese Rehapflege und den damit verbundenen Zeitaufwand zu berücksichtigen. In einem ersten Schritt schlägt dieser Bericht standardisierte Rehapflegezeiten vor, die auf Stichprobenbasis erstellt wurden. In einem zweiten Schritt sollten diese Rehapflegezeiten an die institutionellen Gegebenheiten angepasst werden. Dies wird nicht nur einen zusätzlichen Rahmen für das Pflegepersonal schaffen, sondern auch genaue Daten über die Pflegetätigkeit und ihre Auswirkungen auf den Rehabilitationsprozess liefern. Ein systematischer und besser strukturierter Einsatz von Rehapflege als bisher, begleitet von spezifischen Schulungen, wird die vorgeschlagene Nomenklatur und die bestehenden Rehabilitationspraktiken bereichern.

# 2. Einführung

In der Revision des Bundesgesetzes betreffend der Krankenversicherung (KVG) von 2007 bezüglich der Spitalfinanzierung verlangt Art. 49, dass die Finanzierung der stationären Rehabilitation mit einer einheitlichen nationalen Tarifstruktur organisiert wird, verbunden mit der Art und Intensität der

<sup>2</sup> "Schweizer Klassifikation der chirurgischen Eingriffe", die für statistische und tarifliche Zwecke verwendet wird.

Leistungen. Die SwissDRG AG hat dafür nacheinander SwissDRG, TARPSY und ST REHA für die Rehabilitation entwickelt. Alle diese Strukturen sind auf der Grundlage von Codes aufgebaut, die aus ICD-Diagnosen und aus der Klassifikation der chirurgischen Eingriffe (CHOP) stammen.

In den rehabilitationsspezifischen CHOP-Codes sind Mindestleistungen für die einzelnen Rehabilitationsarten oder -bereiche definiert. Während Therapien erwähnt werden, wird die Pflege, insbesondere die rehabilitationsspezifische Pflegeleistung nicht erwähnt, obwohl es sich dabei um Pflegeleistungen handelt, die für das Erreichen der Rehabilitationsziele unerlässlich sind.

Um diesen Mangel zu beheben, hat Plateforme-Reha.ch folgende Schritte unternommen :

- ✓ Vorschlag einer Definition der ABTP (Aktivierend- und begleitend-therapeutische Pflege) im Jahr 2019, welche später in Rehapflege umbenannt wurde<sup>A</sup> . Diese Definition wird in Abschnitt 2 in Erinnerung gerufen.
- ✓ Erstellung einer Nomenklatur für Rehapflegeleistungen<sup>B</sup>. Eine Expertengruppe hat festgestellt, dass die Leistungskataloge, die in den meisten Einrichtungen verwendet werden, keine spezifischen Formulierungen zur Identifizierung von Rehapflege enthalten. Aufgrund dieser Feststellung schlug die Arbeitsgruppe eine Liste von Formulierungen für die Rehapflege vor und empfahl den Rehabilitationseinrichtungen, diese in ihr Informationssystem zu integrieren.

Diese Nomenklatur der Rehapflegeleistungen ist direkt mit den Indikatoren der FIM-Skala (Measurement of Functional Independence) verbunden, um Klinikern bei der Planung und/oder Erfassung ihrer Leistungen zu helfen. Sie ist auch mit den ICF-Codes (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit nach WHO<sup>C</sup> ) verbunden.

Die CHOP-Codes<sup>D</sup> für die Rehabilitation haben viele Fragen aufgeworfen und es wurden entsprechende Anpassungen vorgenommen, insbesondere betreffend der Therapiedauer und der Mindestmerkmale. Die Therapien unterscheiden sich je nach Rehabilitationsbereich in Art und Intensität. Die Anrechnung von Minuten für pflegerische Leistungen als solche ist noch Gegenstand von Diskussionen, ebenso wie die Anrechnung von Therapieminuten, die unter Delegation durchgeführt werden.

Gemäss den Definitionen der WHO (2022, 2014) "*ist Rehabilitation die Gesamtheit aller Interventionen, die erforderlich sind, wenn eine Person aufgrund des Alterns oder eines Gesundheitsproblems (nicht übertragbare Krankheiten, Störungen, Verletzungen oder Traumata) Schwierigkeiten bei ihren täglichen körperlichen, geistigen und sozialen Aktivitäten hat*".<sup>E</sup> *Rehabilitation bedeutet "eine Reihe von Interventionen, die darauf ausgelegt sind, die Funktionsfähigkeit zu optimieren und die Behinderung von Menschen mit Gesundheitsproblemen bei der Interaktion mit ihrer Umgebung zu verringern"*.<sup>F</sup>

Die spezifischen Leistungen, die von Pflegefachkräften erbracht werden, entsprechen dieser Definition vollständig. Sie sind ein unentbehrlicher Bestandteil im Rehabilitationsprozess.

Wie in DefReha© 3.0 (2020, S. 65)<sup>G</sup> spezifiziert, "*entspricht die Leistung immer einer koordinierten, zielgerichteten, multidisziplinären und multiprofessionellen Rehabilitationsplanung und Leistungserbringung. [...] Jeder Patient soll innerhalb weniger Tage die optimalste Kombination von therapeutischen Massnahmen erhalten (z.B. Grundpflege, Rehapflege, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, medizinische Behandlungen usw.), die seinem Funktionsdefizit entspricht.*"

Die Rehapflege beteiligt sich an den Rehabilitationszielen, wie sie in DefReha© 3.0 genannt werden. Sie werden von Pflegephilosophien und -theorien eingerahmt, die ihren Nutzen und ihre Relevanz unterstreichen. Letztere helfen den Pflegefachkräften, besser auf die Vielzahl und Komplexität der Gesundheitsprobleme zu reagieren, insbesondere indem sie in der Rehabilitation spezifischere Pflegeansätze vorschlagen als in der Akutpflege. Diese Versorgungskonzepte haben dazu geführt, dass sich die Pflegefachkräfte anpassen, neue Kompetenzen entwickeln und sich weiterbilden, um angemessene Antworten auf die immer spezifischeren Bedürfnisse der Patienten anbieten zu können. Die Rehapflege ist ein Teil dieser Antworten.

Die seit 2020 vorgeschlagene Nomenklatur war Gegenstand zahlreicher Experimente und Feststellungen. Die Anbieter von Abrechnungstools von Pflegeleistungen (LEP<sup>3</sup>, PRN<sup>4</sup>, andere) haben ihre Kataloge angepasst, jedoch nicht immer vollständig, indem sie nicht alle vorgeschlagenen Rehapflegeteilleistungen oder nicht die Standardminuten für jede Leistung integriert haben.

Experten aus verschiedenen Einrichtungen und Rehabilitationsbereichen schlagen in diesem dritten Rehapflegeteilleistungsbericht eine überarbeitete Liste dieser Leistungen vor, jeweils mit standardisierten Minutenangaben, die auf durchschnittlich gemessenen Werten in diesen Institutionen basieren.

Der nächste Schritt besteht darin, diesen Rehapflegeteilleistungskatalog in die Leistungserfassung der Pflege mit LEP oder PRN zu integrieren. Dieser Katalog kann dann als Referenzsystem für die Erfassung der Rehapflegeteilleistungsminuten dienen.

### 3. Definition Rehapflege - Erinnerung und Präzisierung

Der Bericht von 2019 über die Definition von *Rehapflege* beschrieb sie als "die Gesamtheit aller Massnahmen, die es dem Patienten ermöglichen, seine Ressourcen zu mobilisieren, um ein möglichst hohes Mass an funktioneller Unabhängigkeit zu erlangen oder zu erhalten und so seine Teilhabe an den Aktivitäten des täglichen Lebens zu fördern."

Drei wesentliche Punkte tragen zu einem operativen Rahmen bei, um sie von der Grundpflege zu unterscheiden :

1. Die von der Pflegefachkraft eingenommene Haltung ist spezifisch für den Rehabilitationsbereich.
2. Die Pflege verfolgt ein Ziel, das interdisziplinär und mit dem Patienten oder seinem therapeutischen Vertreter definiert wurde. Das Ziel und seine Interventionen werden laufend evaluiert, gemessen und angepasst.
3. Die mobilisierten Kompetenzen sind vielfältig und werden spezifisch im Rehabilitationsbereich angewendet.

Nach einigen Jahren der Praxis und des Austauschs in den Einrichtungen ist es angebracht, die Schlüsselprinzipien, die die therapeutische Haltung der Pflege ausmachen, zu präzisieren.

In der Rehabilitation hat die Pflegefachkraft eine spezifische Haltung, um die Ressourcen des Patienten zu mobilisieren, damit dieser die Aktivität selbstständig ausführen kann.

Unter Aktivität verstehen wir diejenige, die nach der Situationsanalyse und der Festlegung eines Rehabilitationsziels gemäss dem Modell der funktionalen Gesundheit der ICF (2001) betroffen ist.



Im Falle einer Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang mit den Verrichtungen des täglichen Lebens führt die Pflegefachkraft diese mit ihren eigenen Kenntnissen und Fähigkeiten aus. Sie führt die Pflege anstelle des Patienten in einem von ihr benötigten Zeitfenster aus. In diesem Fall spricht man von Grundpflege.

<sup>3</sup> LEP ist eine Methode zur Berechnung der realisierten Belastung (LEP SA®).

<sup>4</sup> PRN ist eine Methode zur Berechnung der voraussichtlichen Belastung (E.R.O.S. Montreal).

Da das Rehabilitationsziel darin besteht, dass der Patient seine Unabhängigkeit wiedererlangt, nimmt sich die Pflegefachkraft die Zeit, die der Patient benötigt, um seine Ressourcen zu mobilisieren und die Aktivität auszuführen. Sie hat diese Zeit nicht vollständig unter Kontrolle, da der Patient der Hauptakteur ist und somit das "Tempo" vorgibt.

Die Pflegefachkraft passt sich an, damit der Patient Zeit hat, die Aktivität auszuführen, indem sie ihn ermutigt, anregt und ihm die notwendigen Anweisungen gibt. Die Pflegefachkraft fördert die Selbstständigkeit des Patienten und greift gegebenenfalls ein, um die Aktivität zu vervollständigen (z.B. Hygienepflege eines spezifischen Körperteils, sich fertig ankleiden usw.).

Wenn ein Rehabilitationspotenzial erkannt wird, kann es sein, dass die Pflegefachkraft dennoch eine Aktivität anstelle des Patienten durchführen muss. In diesem Fall achtet sie darauf, diese Grundpflege zu begrenzen und so bald wie möglich eine Rehapflege vorzuziehen.

Diese Haltung oder Einstellung der Pflegefachkraft erfordert spezifische Kenntnisse und Haltungen, damit die Rehapflege dynamische Auswirkungen auf die Fortschritte des Patienten hat. Sie umfasst die Fähigkeit, das Potenzial jedes Patienten zu erkennen, sowohl was seinen Willen als auch seine Ausführungsfähigkeit betrifft. Sie baut eine besondere Beziehung (helfende Beziehung, Coach) zum Patienten auf, der zu einem Partner im Rehabilitationsprozess wird. Die Pflegefachkraft nimmt ihren Platz im interdisziplinären Pflegeprojekt ein und beteiligt sich aktiv an der Festlegung von Zielen, die mit dem Patienten gemeinsam erarbeitet werden, und die erreichbar und messbar sind.

Die Verfolgung eines interdisziplinären Rehabilitationsziels ist die zweite Differenzierung zwischen Rehapflege und Grundpflege.

Der Begriff Patientenbeteiligung ist für den Rehabilitationsprozess von entscheidender Bedeutung. DefReha© 3.0 erkennt jedoch an, dass die "*rehabilitative Kapazität*" (Seite 18)<sup>H</sup> nicht immer eingeschätzt werden kann, insbesondere "*bei Patienten mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten [...] oder Kindern, deren Entwicklung eine autonome Beteiligung an ihrer Rehabilitation nicht zulässt*". In diesem Zusammenhang verstärken die Pflegefachkräfte eine ständige Überwachung und Betreuung. Der Patient in seinem Lebensumfeld wird als ein System betrachtet, das mehrere Akteure umfasst, die miteinander in Beziehung stehen. Das Team muss die Ressourcen des Patienten in seinem weiteren Umfeld bewerten. Die Angehörigen werden zu wichtigen Akteuren und können sogar zu den ersten Partnern im Rehabilitationsprozess werden. Der Patient muss seine Unabhängigkeit als autonome Person wiedererlangen, um auch andere Aktivitäten neben der Selbstversorgung des täglichen Lebens zu übernehmen.

Je nach Abhängigkeitsgrad und Autonomie umfasst die Präsenzzeit der Pflegefachkraft einen Anteil an relativer Zeit für Grundpflege, Schulung, Stimulation und Anleitung, um die interdisziplinären Ziele zu erreichen.

Die Rehapflegedefinition erwähnt die Patientenbeteiligung an den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), deren Definition "*grundlegende Aktivitäten, die eine Person täglich ausführt, um ihre primären Bedürfnisse zu befriedigen*" lautet. Diese Aktivitäten sind ein sehr guter Indikator für die Grundfunktionen, die Unabhängigkeit und die Selbstständigkeit eines älteren Menschen. Gewöhnlich werden 6 ADL-Kategorien unterschieden:

- Erscheinungsbild: ein akzeptables Mass an Hygiene und Körperpflege
- Sich kleiden: sich selbständig an- und ausziehen
- Ernährung: sich von zubereiteter Nahrung nehmen und essen
- Ausscheidungen: seine Bedürfnisse im Zusammenhang mit Harn- und Stuhlkontinenz sichern
- Fortbewegung: sich innerhalb der Wohnung (flache oder gestaltete Oberflächen) fortbewegen oder sich bei Gefahr aus der Wohnung entfernen
- Verlagerung: von einer liegenden/sitzenden/stehenden Position in die andere wechseln

Je nach Kategorie der Pflegefachkräfte werden weitere ADL's aufgelistet. So zählt die American Association of Ergotherapists 10 Aktivitäten<sup>!</sup>. Sie trennt **schlucken** und **trinken** und unterscheidet auch

zwischen **Toilettenhygiene** und **Spinkterkontrolle**. Die FIM greift diese Unterscheidung übrigens auch auf.

Diese ADL's werden über den ganzen Tag verteilt durchgeführt und erfordern eine Begleitung des Patienten in seinem Rhythmus (Pepin u.a., 2017)<sup>J</sup> bei der Mobilisierung seines Potenzials und in der Kontinuität des Rehabilitationsprogramms. Die Pflegefachkräfte bieten daher rund um die Uhr Betreuung, Anleitung, Beratung, therapeutische Anweisung, Einrichtung und Schulung zur Durchführung von ADL's an sowie Hilfe bei der Verwaltung von Hilfsmitteln. In diesem Sinne sind sie ein wesentlicher Partner im interdisziplinären Team und diese Haltung gehört zur Rehapflege.

Gleichzeitig mit der Ressourcenstärkung (ADL und andere) führen die Pflegefachkräfte zahlreiche spezialisierte Interventionen (Grundpflege) durch, um den Heilungsprozess zu gewährleisten. Dies gilt z.B. für die Versorgung komplexer Wunden, die Durchführung technischer Pflegeinterventionen oder für Blutentnahmen.

## 4. Pflegetheorien und -modelle

Verschiedene Pflegetheorien und die daraus abgeleiteten Modelle beschreiben einen bestimmten Pflegerahmen, um eine wirksame Rehabilitation zu ermöglichen. Diese Theorien stammen aus der Pflegewissenschaft und werden von den Einrichtungen genutzt, deren Mitglieder die Experten sind, die diesen Bericht unterzeichnet haben.

Warum wird über Pflegetheorien gesprochen? Weil die im Anhang aufgeführten Theorien einen durchdachten Pflegerahmen aufzeigen, der für die Betreuung von Rehabilitationspatienten förderlich ist. Sie illustrieren, welchen Platz der Patient, sein Umfeld und die Pflegefachkräfte im Rehabilitationskontinuum einnehmen und wie sie interagieren.

Um die Begriffe semantisch zu klären, wäre eine Theorie ein System von Gesetzen, eine Art und Weise, Fakten wahrzunehmen, ein Konzept basierend auf einer Reihe von Beobachtungen und Reaktionen auf Phänomene. Sie *"dient dazu, ein bestimmtes Phänomen sowie die damit verbundenen Beziehungen, die für dieses Phänomen typisch sind, zu definieren, zu beschreiben, zu verstehen, zu erklären, darzustellen und vorherzusagen. Sie dient auch dazu, neue Fragen zu stellen, die Beobachtungen teilweise zu strukturieren, ein Urteil über die Realität zu fällen und in einigen Fällen sogar Entscheidungen zu treffen, die den Verlauf der täglichen Ereignisse beeinflussen."* (Thomas S. Kuhn, 1972)<sup>K</sup>. Pflegetheorien haben zum Ziel, eine Vorstellung vom Individuum, von der Gesundheit, von den Interaktionen mit seiner Umgebung sowie die Rolle oder die Ziele der Pflege zu definieren.

Ein Pflegemodell wird als Erweiterung einer Theorie entwickelt. Es behandelt einen kleineren Bereich von Situationen in einem begrenzten Kontext. Das Pflegemodell hilft dem Pflegepersonal, seine beruflichen Praktiken zu verbessern, indem es einen Pflegeprozess vorschlägt und die Rollen von Pflegefachkräften und Patienten konzeptualisiert. Es stellt eine Art und Weise dar, Pflege zu sehen und durchzuführen.

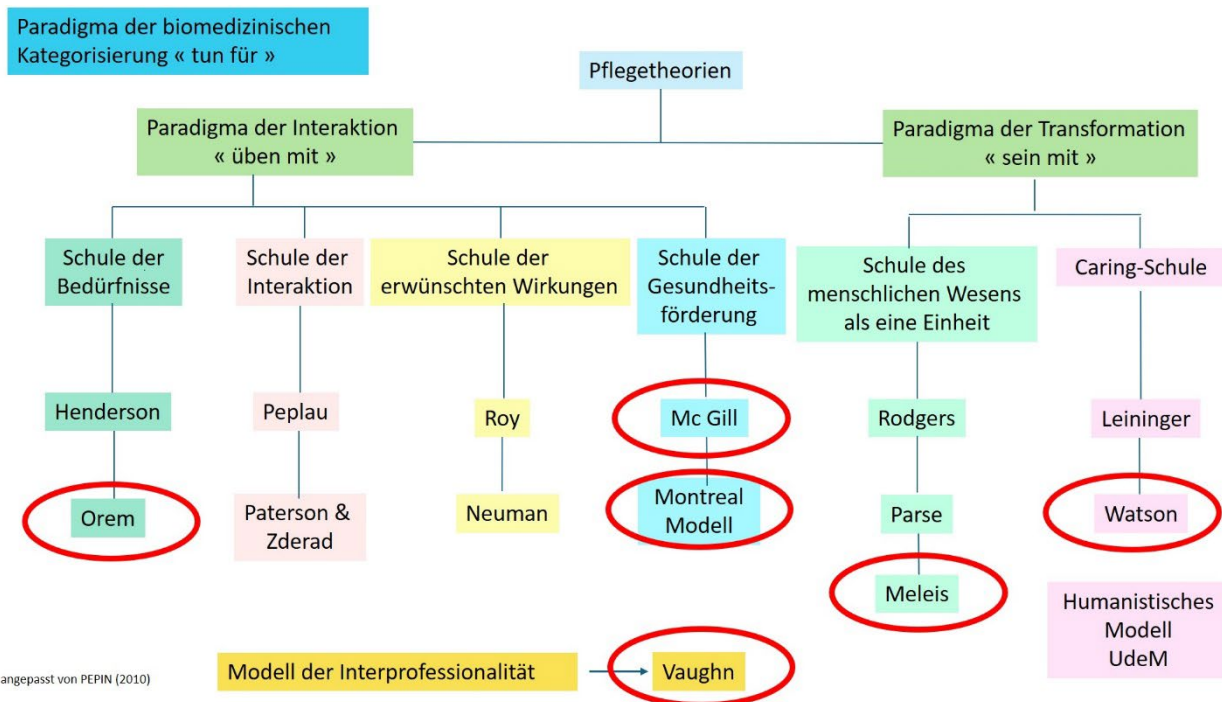
Die im Anhang aufgeführten Pflegetheorien und -modelle unterscheiden sich komplett von einem biomedizinischen Modell des "Tun für" und bieten eine humanistischere und transdisziplinäre Sichtweise, die den Patienten in den Mittelpunkt stellt und ihn zum Akteur seiner Pflege macht. Die Denkschulen bestimmen somit zwei neue Paradigmen in der Interaktion mit dem Patienten: "Üben mit" und "Sein mit".

Viele Theoretikerinnen<sup>5</sup> haben Pflegeansätze konzeptualisiert (siehe nachfolgend), um den Pflegefachkräften bei der Ausübung ihrer Arbeit eine bessere Orientierung zu geben.

---

<sup>5</sup> Auch in männlicher Form zu lesen

Alle diese Theorien stellen den Patienten in den Mittelpunkt der Versorgung, einige gehen sogar so weit, ihn zum wichtigsten Partner und Entscheidungsträger zu machen.



Die Pflegekonzepte, die von vielen Rehabilitationseinrichtungen übernommen wurden, sollen zeigen, wie wichtig es ist, den Patienten als wesentlichen Akteur im Rehabilitationsprozess zu betrachten. Je mehr seine Bedürfnisse und Forderungen berücksichtigt werden, desto mehr bringt er sich in die verschiedenen Therapien ein.

Er beteiligt sich an der Entwicklung und der Bewertung seiner Rehabilitationsziele, die nach seinem Verständnis formuliert werden, und erhält fachlichen Rat von Pflegefachkräften.

Die Pflegefachkräfte helfen ihm dabei, seine Lebensgeschichte, seine gesundheitlichen Erfahrungen und seine Fähigkeit zur Anpassung und Resilienz zu erforschen. Sie geben notwendige Ratschläge, um den Rehabilitationsprozess zu optimieren, und helfen dem Patienten, seinen Lebensstil zu verbessern.

Die interdisziplinäre Arbeit ist eine wesentliche Voraussetzung für die Patientenbegleitung, ebenso wie die Einbeziehung pflegender Angehöriger, die eine unverzichtbare Unterstützung darstellen, wenn der Patient Defizite aufweist.

## 5. Nomenklatur der Pflegeleistungen

Der internationale Rat der Pflegefachkräfte definiert Pflegeleistungen als *"integralen Bestandteil des Gesundheitssystems, bestehend aus der Förderung der Gesundheit, der Verhütung von Krankheiten, der Pflege von körperlich und geistig nicht gesunden Menschen und von Menschen mit Behinderungen aller Altersgruppen in allen primären, sekundären und tertiären Versorgungskontexten, einschliesslich der Gemeindepflege."* (ICN, 1987) [...]. Pflegefachkräfte übernehmen eine sehr spezifische Funktion, indem sie die Reaktionen kranker oder gesunder Menschen auf ihren Gesundheitszustand beurteilen und sie dann bei der Durchführung von Aktivitäten unterstützen, welche zur Gesundheit, zur Genesung oder zum Sterben in Würde beitragen. Dabei helfen die Pflegefachkräfte diesen Menschen, so schnell wie möglich eine teilweise oder vollständige Unabhängigkeit zu erlangen (Henderson 1978)".<sup>L</sup>

Laut SBK *"sind Pflegefachkräfte ein zentrales Element der Rehabilitation. Sie sind an allen Aspekten des multidimensionalen Rehabilitationsprozesses beteiligt. Eine ihrer wichtigsten Eigenschaften ist, dass sie es verstehen, eine vertiefte Beziehung zu den Patienten und ihren Familien aufzubauen. Dadurch erhalten sie einen umfassenderen Einblick in deren persönliche Situation, aber auch in den Gesamtüberblick, was für den Rehabilitationsprozess sehr wichtig ist. Die Rehapflege muss daher*

*unbedingt unterstützt und gestärkt werden, um eine qualitativ hochwertige Rehabilitation gewährleisten zu können (Gutenbrunner u.a., 2022)."*

Diese Position veranschaulicht die verschiedenen Pflege-theorien, die den Menschen in den Mittelpunkt der Pflege stellen, wobei die Pflegefachkraft durch ihre Beziehung zum Patienten und seinem Umfeld als bevorzugte Ansprechpartnerin fungiert.

Die Rehabilitationspflegekompetenzen sind in der Literatur umfassend beschrieben und werden in diesem Dokument nicht weiter ausgeführt.

### **5.1. Zwischen Theorie und Praxis**

Die Umsetzung der Pflege-theorien erfordert Organisation und Hilfsmittel, die die Tätigkeiten der Pflegefachkräfte in der Rehabilitation erleichtern. Die Dokumentation ist ein Teil der Pflege und um die Pflegefachkräfte bei der Planung und Dokumentation ihrer Pflege zu unterstützen, ist es unerlässlich, ihnen eine Liste von Leistungen vorzuschlagen, deren Wortlaut so eindeutig ist, wie die Leistungen die vorgesehen sind.

In dem Bericht der « Rehabilitationspflege » vom Jahr 2020 hat eine von Plateforme-Reha.ch beauftragte Expertengruppe eine Nomenklatur der Rehabilitationspflegeleistungen vorgeschlagen, die auf den Elementen der FIM basiert.

Basiert auf den Erfahrungen mehrerer Einrichtungen hat eine neue Expertengruppe diese Nomenklatur überarbeitet und schlägt nun Zeitangaben in Minuten vor für jede therapeutische Rehabilitationspflege und für die gleichwertige Grundpflege, wenn es eine solche gibt.

### **5.2. Methodik**

14 Rehabilitationseinrichtungen extrahierten aus ihren Informationssystemen alle dokumentierten Pflegeleistungen über einen variablen Zeitraum von 15 bis 30 Tagen. Die Leistungen von mehr als 300 Patienten, die insgesamt mindestens 7 Tage in der Rehabilitation verbrachten, wurden hinsichtlich ihrer Formulierung und Dauer in Minuten analysiert.

Alle diese Einrichtungen haben in ihrem Informationssystem Rehapflege gemäss der unter Punkt 2 erwähnten Definition aufgenommen. Sie haben jedoch auch ältere Formulierungen beibehalten, die aus technischen, finanziellen oder urheberrechtlichen Gründen nicht aus dem Informationssystem entfernt werden konnten. Diese Formulierungen wurden jedoch als Rehapflege beibehalten, da sie in der Pflegedokumentation als solche identifiziert wurden (ICF-Code, Rehapflegespezifikation, die bei einer Transcodierung hinzugefügt wurde, usw.).

Um den durchschnittlichen Zeitaufwand für die Grundpflege zu messen, sammelten wir Daten von 170 Patientendossiers, die in Akutspitälern (Innere Medizin, Neurologie und orthopädische Chirurgie) hospitalisiert waren. Unter allen dokumentierten Pflegeleistungen identifizierten wir diejenigen, die in denselben Bereich wie eine Rehapflege fallen könnten. Zum Beispiel wurde bei der « Körperhygiene » die teilweise Hilfe bei der Körperhygienepflege mit der Rehapflege mit dem Patienten üben, seine Körperhygienepflege einzuhalten, verglichen.

### **5.3. Wahl der Formulierungen**

Warum sollte man auf eine korrekte Formulierung einer Rehapflege bestehen? Die Definition von Rehapflege erfordert klare Formulierungen, die auf die Pflegehaltung, die Person, die die Handlung ausführt und vor allem auf die aktive Patientenbeteiligung hinweisen.

*"Das Pflegeziel ist auf die Entwicklung der funktionalen und kognitiven Kompetenzen des Patienten gerichtet, damit er bei der Erfüllung der Aufgabe ein Höchstmass an Autonomie und Unabhängigkeit erlangen kann." (Schlussbericht 2020 Plateforme-Reha.ch)*

In der Rehapflege ist die Formulierung "üben mit" einer der Begriffe, die diese Pflegehaltung sowie die erwartete Patienteneinbeziehung verdeutlichen. Dieser Katalog, der zur Leistungserfassung

bestimmt ist, ist eine Aggregation von Leistungen. Folglich bezieht er sich auf mehrere Pflegehandlungen wie Ressourcen-Mobilisierung, Motivationserhöhung, Anleitung, Unterstützung, Schulung, Pflegedurchführung usw., die Teil der im Patientendossier verwendeten Terminologie sind.

Daher sind die Verben bei der Formulierung der Pflegeleistungen entscheidend.

Üben, trainieren, rehabilitieren bedeutet Rehapflege, im Gegensatz dazu Verben wie helfen bei, mobilisieren, transferieren, tun, an-/ausziehen, waschen, wechseln, zufügen/entfernen, ausführen usw. bedeuten Grundpflege.

Ein Beispiel dazu aus den von Westschweizer Einrichtungen erhaltenen Daten.

Im Bereich "Selbstversorgung" findet man 2 unterschiedliche Formulierungen :

Grundpflege	Rehabilitationspflege
Mahlzeiten und die Einnahme von Getränken begleiten	Nahrungs-/Trinkaufnahme üben
Durchschnittswert von 7 Minuten pro Akt	Durchschnittswert von 15 Minuten pro Akt

Die nachfolgend überarbeitete Nomenklatur fasst die Rehapflege auf, die nach folgender Struktur untergliedert ist :

**Bereich – Rehapflege :**

**Mit dem Patienten für die Durchführung von + Bereich/Tätigkeit + üben.  
(Durchführungen von Aktivitäten, Ressourcen-Mobilisierung, Umgang mit technischen Hilfsmitteln sowie der Umgebung)**

Konkret bedeutet dies Folgendes :

**Essen**

**Mit dem Patienten üben, seine Mahlzeiten einzunehmen**

(Üben Sie mit dem Patienten, Gefässe zu öffnen, Essbesteck zu benutzen, Nahrung in Stücke zu schneiden und zum Mund führen, sie im Mund umherzubewegen, soziale Normen einzuhalten, korrekter Umgang mit Zahnprothesen, passendes Essbesteck)

Die Rehapflegen mit "üben für" beinhalten den Umgang mit technischen Hilfsmitteln und angepassten Geräten.

Die Darstellung der folgenden Tabellen ist wie folgt untergliedert :

- ✓ Bereich, Unterbereich
- ✓ Formulierung der Rehapflege
- ✓ Beschreibung - Beispiel
- ✓ durchschnittliche Zeit der Rehapflege, durchschnittliche Zeit der Grundpflege
- ✓ ICF-Übereinstimmung

Die ICF-Übereinstimmungen enthalten nicht nur die Codes, sondern auch deren Formulierung.

Die Nomenklatur von Pateforme-Reha.ch vom Jahr 2020 bot nur die ICF-Codes an.

Es werden auch neue Rehapflegen vorgeschlagen: Jede Einrichtung kann sie frei verwenden, um den Bedürfnissen der Pflegefachkräften, des Kontexts und der Patienten gerecht zu werden.

In Bezug auf die FIM ist die **Ernährung** der 1. Indikator für SELBSTVERSORGUNG. Aus klinischen Gründen wurde sie in drei verschiedene Rehapflegen unterteilt:

Bereich	Unterbereich	Formulierung der Rehapflege	Beschreibung - Beispiel	Durchschnittliche Zeit der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Grundpflege	ICF-Übereinstimmung
ERNÄHRUNG	Trinken	Mit dem Patienten üben, seine Flüssigkeitszufuhr sicherzustellen	Beispiel: Mit dem Patienten üben, Gefässe zu öffnen, Getränke einzuschenken, ein Gefäss zu ergreifen, es zum Mund zu führen, ein geeignetes Glas zu handhaben; mit Flüssigkeitsverdicker, langem Strohhalm, NG-Sonde und PEG umgehen, ...	5 Minuten	4 Minuten	<b>D5 SELBSTVERSORGUNG</b> <b>d560 Trinken</b> Ein Gefäss mit einem Getränk in die Hand zu nehmen, es zum Mund zu führen und den Inhalt in üblicher Weise zu trinken, Flüssigkeiten zum Trinken mischen, rühren, giessen, Flaschen und Dosen öffnen, mit einem Strohhalm trinken oder fließendes Wasser wie z.B. vom Wasserhahn oder aus einer Quelle trinken; nuckeln.
	Essen	Mit dem Patienten üben, seine Mahlzeiten einzunehmen	Beispiel: Mit dem Patienten üben, Gefässe zu öffnen, Essbesteck zu benutzen, Nahrung in Stücke schneiden und zum Mund führen, sie im Mund umherzubewegen, soziale Normen einzuhalten, korrekter Umgang mit Zahnprothesen, passendes Essbesteck	15 Minuten	7 Minuten	<b>D5 SELBSTVERSORGUNG</b> <b>d550 Essen</b> Die koordinierten Handlungen und Aufgaben durchzuführen, die das Essen servierter Speisen betreffen, sie zum Mund zu führen und auf kulturell akzeptierte Weise zu verzehren, Nahrungsmittel in Stücke zu schneiden / brechen, Flaschen & Dosen zu öffnen, Essbesteck zu benutzen, Mahlzeiten einnehmen, zu schlemmen oder zu speisen.
	Schluckstörung - Dysphagie	Schlucken neu erlernen und/oder mit dem Patienten üben für selbstständigen Umgang mit technischen Hilfsmitteln (Flüssigkeitsverdicker, angepasstes Glas...).	Beispiel: Mit dem Patienten üben, sich während des Essens angemessen zu positionieren, um das Schlucken zu erleichtern. Üben Sie mit dem Patienten, sicher zu schlucken um das Risiko einer Dysphagie zu minimieren. Üben Sie mit dem Patienten die Zungen, Kiefer- und Rachenmuskulatur. Üben Sie mit dem Patienten Schlucktechniken, wenn er ein Tracheostoma hat.	20 Minuten	15 Minuten	<b>B KÖRPERFUNKTIONEN</b> <b>B5 FUNKTIONEN DES VERDAUUNGS-, DES STOFFWECHSEL- UND DES ENDOKRINEN SYSTEMS</b> <b>b510 Funktionen der Nahrungsaufnahme</b> Funktionen, die im Zusammenhang mit der Aufnahme und der Bearbeitung fester Stoffe stehen und der Aufnahme flüssiger Stoffe in den Körper durch den Mund. B5100 Saugen B5101 Beissen B5102 Kauen B5103 Handhabung von Speisen im Mund B5104 Speichelfluss B5105 Schlucken B5106 Regurgitation und Erbrechen B5108 und B109 Funktionen der Nahrungsaufnahme, anders bezeichnet oder nicht näher bezeichnet

Der 2. und 3. Indikator der FIM in der SELBSTVERSORGUNG sind das **Erscheinungsbild** sowie die **Körperhygiene (sich waschen)**, die in "Körperhygienepflege" umbenannt wurde. Im Bereich der Körperhygienepflege werden zwei neue Rehapflegen vorgeschlagen (in blau), um der Praxis gerecht zu werden und die Leistungserfassung und die Differenzierung der Zeiten zu erleichtern.

Bereich	Unterbereich	Formulierung der Rehapflege	Beschreibung - Beispiel	Durchschnittliche Zeit der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Grundpflege	ICF-Übereinstimmung
ERSCHEINUNGSBILD – KÖRPERHYGIENEPFLEGE	Pflege des Erscheinungsbildes	Mit dem Patienten üben sich um sein Erscheinungsbild zu kümmern	Beispiel: Mit dem Patienten üben, sich das Gesicht, die Zähne, den Mund, die Hände und die Haare zu waschen, sich zu frisieren, sich zu rasieren, sich zu schminken, Umgang mit Toilettenartikeln, Wassertemperatur, Orthese, Prothese, ...	5 Minuten	4 Minuten	<b>D AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION D5 SELBSTVERSORGUNG d520 Seine Körperteile pflegen</b> Sich um seine Körperteile wie Haut, Gesicht, Zähne, Kopfhaut, Nägel und Genitalien über das Waschen und Abtrocknen hinaus zu kümmern. B5200 Die Haut pflegen B5201 Die Zähne pflegen B5202 Die Haare und den Bart pflegen B5203 Die Fingernägel pflegen B5204 Die Fussnägel pflegen B5208 Seine Körperteile pflegen, anders bezeichnet B5209 Seine Körperteile pflegen, nicht näher bezeichnet
	Sich waschen	Mit dem Patienten üben, seine Körperpflege einzuhalten (Oberkörper)	Beispiel: Mit dem Patienten üben, sich einzuseifen, abzuspülen und abzutrocknen, Umgang mit Toilettenartikeln, Wassertemperatur, langstielige Bürste, ...	10 Minuten	-	<b>D AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION D5 SELBSTVERSORGUNG d510 Sich waschen</b> Den ganzen Körper oder Körperteile mit Wasser und geeigneten Reinigungs- und Abtrocknungsmaterialien oder -methoden zu waschen und abzutrocknen, wie baden, duschen, Hände, Füße, Gesicht und Haare waschen und mit einem Handtuch abtrocknen. D5100 Körperteile waschen B5101 Den ganzen Körper waschen B5102 Sich abtrocknen B5108 Sich waschen, anders bezeichnet B5109 Sich waschen, nicht näher bezeichnet
		Mit dem Patienten üben, seine Körperpflege einzuhalten (Unterkörper)	Beispiel: Mit dem Patienten üben, sich einzuseifen, abzuspülen und abzutrocknen, Umgang mit Toilettenartikeln, Wassertemperatur, langstielige Bürste, ...	15 Minuten	-	
		Mit dem Patienten üben, seine Körperpflege einzuhalten (bei Bedarf Details angeben)	Beispiel: mit dem Patienten üben, sich einzuseifen, abzuspülen und abzutrocknen, Umgang mit Toilettenartikeln, Wassertemperatur, langstielige Bürste, ...	25 Minuten	15 Minuten	

Der 4. und 5. Indikator der FIM in der SELBSTVERSORGUNG sind das **An- und Auskleiden des Ober- und Unterkörpers** mit zwei verschiedenen Rehapflegen aber mit demselben ICF-Code.

Bereich	Unterbereich	Formulierung der Rehapflege	Beschreibung - Beispiel	Durchschnittliche Zeit der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Grundpflege	ICF-Übereinstimmung
SICH KLEIDEN	Oberkörper an- und auskleiden	Mit dem Patienten üben, seinen Oberkörper an- und auszukleiden	Beispiel: Mit dem Patienten üben, den Kopf und die Arme zu strecken für die Kopf- und Armöffnungen, Kleider zurechtziehen, zu befestigen, zu- und aufknöpfen, Orthesen, Prothesen, Klettverschluss und Druckknöpfe handhaben, Spitalhemd ausgenommen, ...	7 Minuten	4 Minuten	<b>D AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION D5 SELBSTVERSORGUNG d540 Kleidung anziehen</b> Die koordinierten Handlungen und Aufgaben durchzuführen, welche das An- und Ausziehen von Kleidung und Schuhwerk in Abfolge und entsprechend den sozialen und klimatischen Bedingungen betreffen, wie Hemden, Röcke, Blusen, Hosen, Unterwäsche, Saris, Kimonos, Strumpfhosen, Hüte, Handschuhe, Mäntel, Schuhe, Stiefel, Sandalen oder Slipper anziehen, ordnen und ausziehen. d5400 Kleidung anziehen d5401 Kleidung ausziehen d5402 Schuhe anziehen d5403 Schuhe ausziehen d5404 Geeignete Kleidung auswählen d5408 Sich kleiden, anders bezeichnet d5409 Sich kleiden, nicht näher bezeichnet
	Unterkörper an- und auskleiden	Mit dem Patienten üben, seinen Unterkörper an- und auszukleiden	Beispiel: Mit dem Patienten üben, die Hosen über Knöchel, Knie, Hüfte zu ziehen, zurechtziehen, zu befestigen, zu- und aufknöpfen, Orthesen, Prothesen, Schuhlöffel, Klettverschluss und Druckknöpfe handhaben	10 Minuten	6 Minuten	

Der 6. Indikator ist die **Toilettenbenutzung (Hygiene)**. Aus klinischer Sicht wird die entsprechende Rehapflege im Unterbereich **Ausscheidungen** erfasst: **Intimhygiene und korrektes Wiederanziehen der Kleidung**.

Die Experten haben lange darüber diskutiert, ob diese Rehapflege beibehalten werden soll oder nicht. Einige waren der Ansicht, dass die klinischen Beobachtungen zur Messung dieses Indikators während der Eliminationspflege stattfinden. Für andere bedeutete die Beibehaltung dieses Indikators, die Pflegefachkräfte nicht zu schulen aber die in ihrem Informationssystem eingesetzten Instrumente zu ändern.

Bereich	Unterbereich	Formulierung der Rehapflege	Beschreibung - Beispiel	Durchschnittliche Zeit der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Grundpflege	ICF-Übereinstimmung
AUSSCHIEDUNGEN	Ausscheidung: Dammhygiene und korrektes wiederanziehen der Kleidung	Mit dem Patienten üben, die Dammhygiene sicherzustellen und nach den Ausscheidungsaufgaben die Kleider wieder korrekt anzuziehen.	Beispiel: Mit dem Patienten den Umgang mit Toilettenpapier und Haltegriffen üben.	8 Minuten	8 Minuten	<b>D AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION</b> <b>D5 SELBSTVERSORGUNG</b> <b>d530 Die Toilette benutzen</b> Die Beseitigung menschlicher Ausscheidungen (Menstruationssekrete, Urin, Stuhl) zu planen und durchzuführen sowie sich anschliessend zu reinigen. d5300 Die Belange der Blasenentleerung regulieren d5301 Die Belange der Darmentleerung regulieren d5302 Die Belange der Menstruation regulieren d5308 Die Toilette benutzen, anders bezeichnet d5309 Die Toilette benutzen, nicht näher bezeichnet

Die in der FIM bewertete SPHINKTERKONTROLLE umfasst zwei Indikatoren und somit zwei miteinander verbundene Rehapflegen: die Blasenentleerung und die Darmentleerung. Eine zusätzliche Rehapflege ist für die Menstruationspflege hinzugefügt worden. In dieser neuen Version schlagen wir den Status quo für Einrichtungen vor, die dies wünschen, oder die die Intimhygiene und das Anziehen der Kleidung in die beiden blau markierten Rehapflegen der Tabelle aufzunehmen. Obwohl die Menstruationspflege in die beiden blau markierten Rehapflegen integriert werden könnte, hat es die Expertengruppe vorgezogen, sie unabhängig zu lassen. Zu beachten ist, dass diese Rehapflegen demselben ICF-Code entsprechen.

Bereich	Unterbereich	Formulierung der Rehapflege	Beschreibung - Beispiel	Durchschnittliche Zeit der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Grundpflege	ICF-Übereinstimmung
AUSSCHIEDUNGEN	Blase entleeren	Mit dem Patienten üben, seine Urinausscheidung zu handhaben	Beispiel: Kontinenzrehabilitation, Stomamanagement, Peritonealdialyse, Harnsonde, Selbstkatheterisierung, Kontinenz-Zwischenfälle handhaben, Bettpfanne, Toilettenstuhl, Behandlung, anatomischer Schutz usw.	8 Minuten	5 Minuten	<b>D AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION D5 SELBSTVERSORGUNG d530 Die Toilette benutzen</b> Die Beseitigung menschlicher Ausscheidungen (Menstruationssekrete, Urin, Stuhl) zu planen & durchzuführen sowie sich anschliessend zu reinigen. d5300 Die Belange der Blasenentleerung regulieren d5301 Die Belange der Darmentleerung regulieren d5302 Die Belange der Menstruation regulieren d5308 d5309 Die Toilette benutzen, anders bezeichnet oder nicht näher bezeichnet
	Darm entleeren	Mit dem Patienten üben, seinen Stuhlgang zu handhaben	Beispiel: Darmrehabilitation, Stomamanagement, Kontinenz-Zwischenfälle handhaben, Bettpfanne, Toilettenstuhl, Behandlung, anatomischer Schutz, Inkontinenzauflage usw.	8 Minuten	5 Minuten	<b>D AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION D5 SELBSTVERSORGUNG d530 Die Toilette benutzen</b> Die Beseitigung menschlicher Ausscheidungen (Menstruationssekrete, Urin, Stuhl) zu planen und durchzuführen sowie sich anschliessend zu reinigen. d5300 Die Belange der Blasenentleerung regulieren d5301 Die Belange der Darmentleerung regulieren d5302 Die Belange der Menstruation regulieren d5308 d5309 Die Toilette benutzen, anders bezeichnet oder nicht näher bezeichnet
	Blase entleeren	Mit dem Patienten üben, seine Urinausscheidung sicherzustellen und nach den Ausscheidungsaufgaben die Kleidung wieder anzuziehen.	Beispiel: Kontinenzrehabilitation, Stomamanagement, Peritonealdialyse, Harnsonde, Selbstkatheterisierung, Kontinenz-Zwischenfälle handhaben, Bettpfanne, Toilettenstuhl, Behandlung, anatomischer Schutz usw. Mit dem Patienten den Umgang mit Toilettenpapier und Haltegriffen üben.	8 Minuten	-	<b>D AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION D5 SELBSTVERSORGUNG d530 Die Toilette benutzen</b> Die Beseitigung menschlicher Ausscheidungen (Menstruationssekrete, Urin, Stuhl) zu planen und durchzuführen sowie sich anschliessend zu reinigen. d5300 Die Belange der Blasenentleerung regulieren d5301 Die Belange der Darmentleerung regulieren d5302 Die Belange der Menstruation regulieren d5308 d5309 Die Toilette benutzen, anders bezeichnet oder nicht näher bezeichnet
	Darm entleeren	Mit dem Patienten üben, seinen Stuhlgang sicherzustellen und nach den Ausscheidungsaufgaben die Kleidung wieder anzuziehen.	Beispiel: Darmrehabilitation, Stomamanagement, Kontinenz-Zwischenfälle handhaben, Bettpfanne, Toilettenstuhl, Behandlung, anatomischer Schutz, Inkontinenzauflage usw. Mit dem Patienten den Umgang mit Toilettenpapier und Haltegriffen üben.	9 Minuten	-	<b>D AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION D5 SELBSTVERSORGUNG d530 Die Toilette benutzen</b> Die Beseitigung menschlicher Ausscheidungen (Menstruationssekrete, Urin, Stuhl) zu planen und durchzuführen sowie sich anschliessend zu reinigen. d5300 Die Belange der Blasenentleerung regulieren d5301 Die Belange der Darmentleerung regulieren d5302 Die Belange der Menstruation regulieren d5308 d5309 Die Toilette benutzen, anders bezeichnet oder nicht näher bezeichnet
	Menstruation	Mit der Patientin den Umgang mit ihrer Menstruationspflege üben.	Beispiel: Mit der Patientin den Umgang mit Hygieneartikeln, Unfällen usw. üben.	5 Minuten	5 Minuten	<b>D AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION D5 SELBSTVERSORGUNG d530 Die Toilette benutzen</b> d5302 Die Belange der Menstruation regulieren

Die VERLAGERUNGEN werden durch drei verschiedene Indikatoren, d.h. ebenfalls drei Rehapflegen, identifiziert. Für die Einrichtungen, die dies wünschen, schlagen wir eine Vereinfachung vor, indem wir sie unter einer einzigen Rehapflege in blau zusammenfassen. Es ist anzumerken, dass die Daten für diese Leistungen kaum Unterschiede in Minuten aufweisen.

Bereich	Unterbereich	Formulierung der Rehapflege	Beschreibung - Beispiel	Durchschnittliche Zeit der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Grundpflege	ICF-Übereinstimmung
SICH VERLAGERN	Verlagern : Bett, Stuhl, Rollstuhl	Mit dem Patienten das sichere Verlagern vom Bett zum Stuhl/Rollstuhl üben.	Beispiel: Mit dem Patienten üben, vom Bett/Stuhl aufzustehen, sich erheben und hinzusetzen, Beine aus dem Bett legen und hinstellen, den Umgang mit Bremsen, Fusskeilen und Armlehnen handhaben, schwenken und gleiten, Handgriffe , Bettgitter, Orthese / Prothese, Stock, Rahmen, Scheibe, Gleitbrett handhaben, ...	7 Minuten	6 Minuten	<b>D AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION</b> <b>D4 MOBILITÄT</b> <b>d420 Sich verlagern</b> Sich durch Änderung der Körperposition oder Verlagerung, sowie durch den Gebrauch verschiedener Transportmittel von einem Platz zu einem anderen bewegen. d4200 Sich beim Sitzen verlagern d4201 Sich im Liegen verlagern d4208 Sich verlagern, anders bezeichnet d4209 Sich verlagern, nicht näher bezeichnet
	Verlagern : WC	Mit dem Patienten das sichere Verlagern zur Toilette üben.	Beispiel: Mit dem Patienten üben, sich der Toilette zu nähern, sich zu setzen, die Toilette zu verlassen, Haltegriffe, Brett, Sitzerrhöhung handhaben, ...	7 Minuten	6 Minuten	
	Verlagern : Badewanne / Dusche	Mit dem Patienten das sichere Verlagern zur Badewanne/Dusche üben.	Beispiel: Mit dem Patienten den Umgang mit Haltegriffen, Brett, angepasstem Sitz, usw. üben bei der Annäherung sowie beim Betreten und Verlassen der Badewanne/Dusche.	7 Minuten	6 Minuten	
	Verlagern: Bett, Stuhl, Rollstuhl, WC, Badewanne / Dusche	Mit dem Patienten üben, sich zwischen Bett, Stuhl/Rollstuhl, WC und Badewanne /Dusche sicher zu transferieren.	Beispiel: Mit dem Patienten üben, vom Bett/Stuhl aufzustehen, sich erheben und hinzusetzen, Beine aus dem Bett legen und hinstellen, den Umgang mit Bremsen, Fusskeilen und Armlehnen handhaben, schwenken und gleiten, Handgriffe , Bettgitter, Orthese / Prothese, Stock, Rahmen, Scheibe, Gleitbrett handhaben usw. Mit dem Patienten üben, sich der Toilette zu nähern, sich zu setzen, sie zu verlassen, Haltegriffe, Brett, Sitzerrhöhung handhaben usw. Mit dem Patienten den Umgang mit Haltegriffen, Brett, angepasstem Sitz, usw. üben bei der Annäherung sowie beim Betreten und Verlassen der Badewanne/Dusche.	7 Minuten	-	

Die FORTBEWEGUNG wird durch Gehen, Rollstuhlfahren und Treppensteigen beurteilt, d.h. durch drei spezifische Rehapflegen. Nur sehr wenige Einrichtungen bieten Rehapflege für das Treppensteigen an, da diese Aktivität überwiegend in den Aufgabenbereich der Physiotherapeuten fällt.

Bereich	Unterbereich	Formulierung der Rehapflege	Beschreibung - Beispiel	Durchschnittliche Zeit der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Grundpflege	ICF-Übereinstimmung
SICH FORBEBEWEGEN	Gehen	Mit dem Patienten die sichere Fortbewegung üben: Gehen	Beispiel: Mit den Patienten üben, auf einer ebenen Fläche zu gehen, mit Orthese, Prothese, Gehhilfe, Stock,...	10 Minuten	8 Minuten	<b>D AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION</b> <b>D4 MOBILITÄT</b> <b>d450 Gehen</b> Sich zu Fuss auf einer Oberfläche Schritt für Schritt so fortzubewegen, dass stets wenigstens ein Fuss den Boden berührt, wie beim Spazieren, Schlendern, Vorwärts-, Rückwärts- oder Seitwärtsgehen. d4500 Kurze Entfernungen gehen d4501 Lange Entfernungen gehen d4502 Auf unterschiedlichen Oberflächen gehen d4503 Hindernissen umgehen d4508 Gehen, anders bezeichnet d4509 Gehen, nicht näher bezeichnet
	Sich im Rollstuhl fortbewegen	Mit dem Patienten die sichere Fortbewegung üben : Rollstuhl	Beispiel: Mit dem Patienten üben, sich zu bewegen, umzudrehen, zu bremsen, zurückzufahren usw.	7 Minuten	5 Minuten	<b>D AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION</b> <b>D4 MOBILITÄT</b> <b>d465 Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstung fortbewegen</b> Seinen ganzen Körper unter Verwendung von speziellen Geräten, die zur Erleichterung der Mobilität entworfen sind, oder anderen Hilfsvorrichtungen der Fortbewegung auf beliebigen Oberflächen oder in beliebigen Umgebungen von einem Ort zu einem anderen fortzubewegen, wie mit Schlittschuhen, mit Skiern oder mit einer Tauchausrüstung, oder sich auf einer Strasse mit einem Rollstuhl oder Gehwagen fortbewegen.
	Treppen	Mit dem Patienten die sichere Fortbewegung üben : Treppe	Beispiel: Mit dem Patienten üben, die Treppen hinauf- oder hinab zu steigen, im Umgang mit Handläufen, Stock, Rampe, usw.	8 Minuten	-	<b>D AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION</b> <b>D4 MOBILITÄT</b> <b>d450-d469 Gehen und sich fortbewegen</b> <b>d455 Sich fortbewegen</b> d4551 Klettern/steigen ( <i>Den ganzen Körper über Oberflächen oder Objekte auf- oder abwärts zu bewegen, wie bei Stufen, Steinen/Felsen, Leitern, Treppen, Randsteinen oder anderen Objekten</i> ). d4558 Sich auf andere Weisen fortbewegen, anders bezeichnet d4559 Sich auf andere Weisen fortbewegen, nicht näher bezeichnet

Verstehen und Ausdruck sind zwei Indikatoren, die in der FIM besonders schwer zu bewerten sind. Für die beiden entsprechenden Rehapflegen veranschaulichen die ICF-Codes die Vielfalt der betroffenen Elemente.

Bereich	Unterbereich	Formulierung der Rehapflege	Beschreibung - Beispiel	Durchschnittliche Zeit der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Grundpflege	ICF-Übereinstimmung
KOMMUNIKATION	Verstehen	Mit dem Patienten üben, um Informationen, Anweisungen, einfache oder komplexe Gespräche zu verstehen	Beispiel: Mit dem Patienten die Verbesserung der Art und Weise des Informationsaustausches üben, durch auditive, visuelle, sprachliche Methoden, Lernförderung, Umgang mit Brillen, Hörgeräten, und anderen, die Sinne ansprechenden Hilfsmitteln, ...	10 Minuten	5 Minuten	<b>D AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION</b> <b>D1 LERNEN UND WISSENSANWENDUNG</b> <b>d110-d129 Bewusste sinnliche Wahrnehmungen.</b> d110 Zuschauen ( <i>Bewusstes Einsetzen des Sehsinns, um visuelle Reize wahrzunehmen, wie einer Sportveranstaltung beizuwohnen oder dem Spiel von Kindern zuschauen</i> ). d115 Zuhören ( <i>Bewusstes Einsetzen des Hörsinns, um akustische Reize wahrzunehmen, wie Radio, Musik oder einen Vortrag hören</i> ). d120 Andere bewusste sinnliche Wahrnehmungen ( <i>Bewusstes Einsetzen anderer elementarer Sinne, um Reize wahrzunehmen, wie die materielle Struktur zu tasten und zu fühlen, Süßes zu schmecken oder Blumen zu riechen</i> ). d129 Bewusste sinnliche Wahrnehmungen, anders oder nicht näher bezeichnet <b>D3 KOMMUNIKATION</b> <b>d310-d329 Kommunizieren als Empfänger</b> d310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen ( <i>Die wörtliche und übertragene Bedeutung von gesprochenen Mitteilungen zu erfassen, wie verstehen, ob eine Aussage eine Tatsache behauptet oder ob sie eine idiomatische Wendung ist</i> ). d315 Kommunizieren als Empfänger non-verbaler Mitteilungen ( <i>Die wörtliche und übertragene Bedeutung von durch Gesten, Symbole und Zeichnungen vermittelten Mitteilungen zu erfassen, wie zu erkennen, dass ein Kind müde ist, wenn es seine Augen reibt, oder dass das Läuten einer Warnglocke Feuer bedeutet</i> ). d320 Kommunizieren als Empfänger von Mitteilungen in Gebärdensprache. d325 Kommunizieren als Empfänger schriftlicher Mitteilungen d329 Kommunizieren als Empfänger, anders oder nicht näher bezeichnet

Bereich	Unterbereich	Formulierung der Rehapflege	Beschreibung - Beispiel	Durchschnittliche Zeit der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Grundpflege	ICF-Übereinstimmung
KOMMUNIKATION	Ausdruck	Mit dem Patienten üben, einfache oder komplexe Ideen auszudrücken	Beispiel: Mit dem Patienten die Verbesserung der Art und Weise des Informationsaustausches üben, durch verbale und nonverbale Methoden, Lernförderung, aktives Zuhören, Umgang mit Kommunikationsmitteln, Schreibunterstützung,...	10 Minuten	5 Minuten	<b>D AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION</b> <b>D3 KOMMUNIKATION</b> <b>d330-d349 Kommunizieren als Sender</b> d330 Sprechen ( <i>Wörter, Wendungen oder längere Passagen in mündlichen Mitteilungen mit wörtlicher und übertragener Bedeutung zu äussern, wie in gesprochener Sprache eine Tatsache auszudrücken oder eine Geschichte zu erzählen</i> ). d335 Non-verbale Mitteilungen produzieren ( <i>Gesten, Symbole und Zeichnungen zur Vermittlung von Bedeutungen einzusetzen, wie seinen Kopf schütteln, um Uneinigkeit anzuzeigen, oder ein Bild oder Diagramm zeichnen, um eine Tatsache oder eine komplexe Vorstellung zu vermitteln</i> ). d340 Mitteilungen in Gebärdensprache ausdrücken d345 Mitteilungen schreiben d349 Kommunizieren als Sender, anders oder nicht näher bezeichnet  <b>d360 Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken.</b> Kommunikationsgeräte, -techniken und andere Kommunikationsmittel verwenden, wie einen Freund per Telefon anrufen.

Der letzte Bereich der FIM trägt den BEZIEHUNGSFÄHIGKEIT UND KOGNITIVE FÄHIGKEITEN. Es werden drei Indikatoren gemessen: **soziale Interaktion**, **Problemlösung** und **Gedächtnis**. Es wurden neun Rehapflegen vorgeschlagen, um den Bereich der Pflegepraxis abzudecken. Für die sozialen Interaktionen schlägt die ICF eine breite Palette von Codes vor, die den Pflegefachkräften helfen den gesamten Umfang ihrer potenziellen Leistungen zu verstehen.

Bereich	Unterbereich	Formulierung der Rehapflege	Beschreibung - Beispiel	Durchschnittliche Zeit der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Grundpflege	ICF-Übereinstimmung
SOZIALE TEILNAHME UND INTERAKTION	Angemessene soziale Interaktionen	Mit dem Patienten üben, seine Emotionen und sozialen Interaktionen angemessen zu steuern.	Beispiel: Angemessenes Verhalten mit anderen, Teilnahme an Therapiegruppen, emotionale Kontrolle und Temperamentregulierung, Steuerung der Stimmungskontrolle usw.	15 Minuten	8 Minuten	<b>D AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION</b> <b>D7 INTERPERSONELLE INTERAKTIONEN UND BEZIEHUNGEN</b> <b>d710-d729 Allgemeine Interaktionen</b> d710 Allgemeine soziale Aktivitäten (Mit anderen in einer im Kontext und sozial angemessenen Weise zu interagieren, wie die erforderliche Rücksichtnahme und Wertschätzung zu zeigen oder auf Gefühle anderer zu reagieren). d720 Komplexe soziale Interaktionen (Interaktionen mit anderen im Kontext und sozial angemessenen Weise aufrechtzuerhalten und zu hand-haben, wie Gefühle/Impulse zu steuern, verbale und physische Aggressionen zu kontrollieren, bei sozialen Interaktionen unabhängig zu handeln und in Übereinstimmung mit sozialen Regeln/Konventionen zu handeln). <b>d730-d779 Besondere Beziehungen zu anderen</b> d730 Mit Fremden umgehen d740 Formelle Beziehungen d750 Informelle soziale Beziehungen d760 Familienbeziehungen d770 Intime Beziehungen d779 Besondere interpersonelle Beziehungen, anders oder nicht näher bezeichnet <b>D9 AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION</b> <b>D9 GEMEINSCHAFTS-, SOZIALES UND STAATSBÜRGERLICHES LEBEN</b> <b>d910 Gemeinschaftsleben</b> Sich an allen Aspekten des gemeinschaftlichen sozialen Lebens zu beteiligen, wie in Wohlfahrts-organisationen, Dienstleistungsvereinigungen oder professionellen Sozialorganisationen mitzuwirken. <b>d920 Erholung und Freizeit</b> Sich an allen Formen des Spiels, von Freizeit- oder Erholungsaktivitäten beteiligen, wie an Spiel und Sport in informeller oder organisierter Form, Programmen für körperliche Fitness, Entspannung, Unterhaltung oder Zerstreuung; Kunstgalerien, Museen, Kino oder Theater besuchen, handwerklich tätig sein und Hobbys frönen, lesen, Musik spielen; Sehenswürdigkeiten besichtigen, Tourismus- und Vergnügungsreisen machen. <b>d930 Religion und Spiritualität</b> Sich an religiösen / spirituellen Aktivitäten beteiligen und/oder engagieren.

Bei der **Problemlösung** schlagen wir die Möglichkeit einer Vereinfachung vor, indem wir die beiden untenstehenden Rehapflegen zu einer einzigen, blau markierten Rehapflege zusammenfassen.

Bereich	Unterbereich	Formulierung der Rehapflege	Beschreibung - Beispiel	Durchschnittliche Zeit der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Grundpflege	ICF-Übereinstimmung
ENTSCHEIDUNGEN & PROBLEMLÖSUNG	Entscheidungsfindung	Mit dem Patienten üben, Entscheidungen zu treffen	Beispiel: Anleitung bei der schlüssigen Identifizierung des Kontextes und der Herausforderungen, Ermutigung...	8 Minuten	5 Minuten	<b>D AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION</b> <b>D1 LERNEN UND ANWENDUNG VON WISSEN</b> <b>d160-d179 WISSENSANWENDUNG</b> <b>d175 Probleme lösen</b> Lösungen für eine Frage oder Situation zu finden, indem das Problem identifiziert und analysiert wird, Lösungsmöglichkeiten entwickelt und die möglichen Auswirkungen abgeschätzt werden und die gewählte Lösung umgesetzt wird, wie die Auseinandersetzung zweier Personen schlichten. <b>d177 Entscheidungen treffen</b> Eine Wahl zwischen Optionen zu treffen, diese umzusetzen und ihre Auswirkungen abzuschätzen, wie einen besonderen Gegenstand auswählen und kaufen, oder sich entscheiden, eine Aufgabe unter vielen, die erledigt werden müssen, zu übernehmen und diese auszuführen. <b>D2 ALLG. AUFGABEN/ANFORDERUNGEN</b> <b>d210 Eine Einzelaufgabe übernehmen</b> Einfache oder komplexe, koordinierte Handlungen durchführen, die sich auf die mentalen und physischen Anteile beziehen, um erfolgreich eine Aufgabe zu bewältigen, wie eine Arbeit aufzunehmen, Zeit, Raum und Materialien für die Arbeit zu organisieren, die Ausführungsetappen zu definieren, die Arbeit mit Beharrlichkeit abzuschliessen. <b>d220 Mehrfachaufgaben übernehmen</b> Einfache oder komplexe, koordinierte Handlungen als Bestandteile einer multiplen, integrierten und komplexen Aufgabe in aufeinander folgenden Schritten oder gleichzeitig zu bearbeiten. <b>d230 Die tägliche Routine durchführen</b> Einfache, komplexe, koordinierte Handlungen auszuführen, um die Anforderungen der alltäglichen Prozeduren oder Pflichten zu planen, zu handhaben und zu bewältigen, wie Zeit einplanen und den Tagesplan für die verschiedenen Aktivitäten aufstellen. <b>d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen</b> Einfache oder komplexe, koordinierte Handlungen durchführen, um die psychischen Anforderungen, die erforderlich sind, um Aufgaben, die besondere Verantwortung beinhalten, und mit Stress, Ablenkung und Krisensituationen einhergehen, zu handhaben und zu kontrollieren, wie ein Fahrzeug bei dichtem Verkehr fahren.
	Alltägliche / komplexe Probleme lösen	Mit dem Patienten üben, alltägliche sowie komplexe Probleme zu lösen	Beispiel: Anleitung bei der schlüssigen Identifizierung von Problemen, Anleitung und Übung bei der Initiierung, Planung und Durchführung von ADL's, Verbalisierung des Hilfebedarfs	8 Minuten	8 Minuten	
	Entscheidungsfindung, alltägliche / komplexe Probleme lösen	Mit dem Patienten üben, Entscheidungen zu treffen und/oder gewöhnliche, komplexe Probleme zu lösen	Beispiel: Anleitung bei der schlüssigen Identifizierung des Kontextes und der Herausforderungen, Ermutigung...	10 Minuten	-	

Bei der **Problemlösung** schlagen wir eine Vereinfachung vor, indem wir die beiden unten aufgeführten Rehapflegen zu einem einzigen, blau markierten Rehapflege zusammenfassen, wobei der richtige Umgang mit der Behandlung dem Umgang mit Gefahren- und Risikosituationen ähneln kann.

Bereich	Unterbereich	Formulierung der Rehapflege	Beschreibung - Beispiel	Durchschnittliche Zeit der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Grundpflege	ICF-Übereinstimmung
ENTSCHEIDUNGEN & PROBLEMLÖSUNG	Behandlungs-Management	Mit dem Patienten üben, die Durchführung seiner Behandlung sicherzustellen	Beispiel: verbale Kontrolle, Anregung zur Teilnahme, Behandlungen lernen, Verwaltung der Pillendose, des Wochenplans, ...	8 Minuten	6 Minuten	<b>D AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION</b> <b>D5 SELBSTVERSORGUNG</b> <b>d570 Auf seine Gesundheit achten</b> Für physischen Komfort, Gesundheit sowie für physisches und mentales Wohlbefinden zu sorgen, wie für eine ausgewogene Ernährung und ein angemessenes Niveau körperlicher Aktivität zu sorgen, sich warm oder kühl halten, Gesundheitsschäden vermeiden, sicheren Sex zu praktizieren einschliesslich Kondome zu benutzen, für Impfschutz und regelmässige ärztliche Untersuchungen zu sorgen. d5700 Für sein Wohlbefinden sorgen d5701 Auf seine Ernährung und seine körperliche Verfassung achten d5702 Seine Gesundheit erhalten ( <i>Auf sich selbst zu achten, indem man das tut, was gut ist für die eigene Gesundheit, und zwar im Hinblick auf Gesundheitsrisiken und Krankheitsverhütung, und man sich über diese Notwendigkeit im Klaren ist. Hierzu gehören professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, medizinischem oder anderem gesundheitlichem Rat folgen, Gesundheitsrisiken vermeiden wie körperliche Verletzungen, ansteckende Krankheiten, Drogeneinnahme und sexuell übertragbare Krankheiten</i> ). d5708 Auf seine Gesundheit achten, anders bezeichnet d5709 Auf seine Gesundheit achten, nicht näher bezeichnet
	Gefahren-Management	Mit dem Patienten üben, Gefahren- und Risikosituationen zu erkennen und zu bewältigen	Beispiel: Unterstützung, Anleitung und Übung mit dem Patienten bei der Identifizierung und Früherkennung von Risiken, Entwicklung sicherer und angepasster Lösungen, z.B. Risiko und Prävention von Stürzen...	8 Minuten	6 Minuten	
	Umgang mit der Behandlung und/oder Gefahr	Mit dem Patienten üben, die Durchführung seiner Behandlung sicherzustellen und/oder Gefahren- und Risikosituationen zu erkennen und damit umzugehen	Beispiel: verbale Kontrolle, Anregung zur Teilnahme, Behandlungen lernen, Verwaltung der Pillendose, des Wochenplans,... Beispiel: Unterstützung, Anleitung und Übung mit dem Patienten bei der Identifizierung und Früherkennung von Risiken, Entwicklung sicherer und angepasster Lösungen, z.B. Risiko und Prävention von Stürzen...	10 Minuten	-	

Der **Gedächtnisbereich** der FIM wurde in der Nomenklatur von 2020 durch vier Rehapflegen repräsentiert. Wir entwickeln ihre Formulierungen in therapeutische Pflege weiter und entsprechen damit der gängigen Berufspraxis.

Bereich	Unterbereich	Formulierung der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Grundpflege	ICF-Übereinstimmung
BEZIEHUNGSORIENTIERTE UNTERSTÜTZUNG & THERAPEUTISCHE SCHULUNG	Steigerung des Gefühls der Selbstwirksamkeit	Therapeutische Pflege: Stärkung des Selbstwirksamkeitsgefühls. (Aufbau einer komplexen Beziehung, Festlegung gemeinsamer Ziele, Unterstützung bei der Übernahme von Verantwortung)	15 Minuten	-	<b>E UMWELTFAKTOREN</b> <b>E4 EINSTELLUNGEN</b> <b>e450 Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe</b> Allgemeine oder spezifische Meinungen und Überzeugungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe, die eine bestimmte Person oder andere Dinge betreffen (z.B. soziale, politische und ökonomische Themen), und die individuelles Verhalten und Handlungen beeinflussen.
	Therapeutische Übungen	Therapeutische Pflege: Motivationsgespräch	15 Minuten	8 Minuten	
	Soziale Unterstützung: Selbstwertgefühl / Selbstwahrnehmung	Therapeutische Pflege: Verbesserung des Selbstwertgefühls / Selbstwahrnehmung	15 Minuten	-	
	Verbesserung des Gesundheitswissens	<b>Therapeutische Bildung in Einzel- oder Gruppenarbeit:</b> mit dem Ziel, die Motivation und die Fähigkeiten des Patienten zu erhöhen, auf Informationen zuzugreifen, sie zu verstehen, zu bewerten und zu nutzen, um Entscheidungen in Bezug auf seine Gesundheit zu treffen	30 Minuten (Einzelperson) bis 60 Minuten (Gruppe)	10 Minuten	<b>D AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION</b> <b>D5 SELBSTVERSORGUNG</b> <b>d570 Auf seine Gesundheit achten</b> Für physischen Komfort, Gesundheit sowie für physisches und mentales Wohlbefinden zu sorgen, wie für eine ausgewogene Ernährung und ein angemessenes Niveau körperlicher Aktivität zu sorgen, sich warm oder kühl halten, Gesundheitsschäden vermeiden, sicheren Sex zu praktizieren einschliesslich Kondome zu benutzen, für Impfschutz und regelmässige ärztliche Untersuchungen zu sorgen. <b>d5700 Für sein Wohlbefinden sorgen</b> (Auf sich selbst zu achten...) <b>d5701 Auf seine Ernährung und seine körperliche Verfassung achten</b> (Auf sich selbst zu achten, indem man sich seiner Bedürfnisse bewusst ist, gesund isst und sich körperlich fit hält). <b>d5702 Seine Gesundheit erhalten</b> (Auf sich selbst zu achten, indem man das tut, was gut ist für die eigene Gesundheit, und zwar im Hinblick auf Gesundheitsrisiken und Krankheitsverhütung, und man sich über diese Notwendigkeit im Klaren ist. Hierzu gehören professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, medizinischem oder anderem gesundheitlichem Rat folgen, Gesundheitsrisiken vermeiden wie körperliche Verletzungen, ansteckende Krankheiten, Drogeneinnahme und sexuell übertragbare Krankheiten). d5708 et d5709 Auf seine eigene Gesundheit achten, anders bezeichnet oder nicht näher bezeichnet <b>d810-d839 Erziehung/Bildung</b> d839 Bildung/Ausbildung, nicht näher bezeichnet

Die folgenden Rehapflegen stehen nicht im Zusammenhang mit der FIM. Sie wurden 2020 vorgeschlagen, weil sie der klinischen Realität der Pflegefachkräfte entsprachen. In Übereinstimmung mit den oben dargestellten Pflege-theorien ist die Einbeziehung von Angehörigen integraler Bestandteil der Rehabilitation. Sie sind wichtige Akteure, insbesondere wenn die Patienten unter kognitiven Defiziten leiden und motivierende Unterstützung benötigen.

Wir schlagen eine Vereinfachung vor, indem wir die beiden untenstehenden Rehapflegen zu einer einzigen, blau markierten Rehapflege zusammenfassen. Therapeutische Schulung und Unterstützung für pflegende Angehörige verfolgen ähnliche Ziele.

Bereich	Unterbereich	Formulierung der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Grundpflege	ICF-Übereinstimmung
BEZIEHUNGSORIENTIERTE UNTERSTÜTZUNG & THERAPEUTISCHE SCHULUNG	Therapeutische Schulung für pflegende Angehörige	Ressourcen-Mobilisierung von Angehörigen. Therapeutische Schulung in Einzel- oder Gruppenarbeit : zur Steigerung des Gesundheitswissens und zur Förderung der Entwicklung effektiver Anpassungsstrategien	30 Minuten (Einzelperson) bis 60 Minuten (Gruppe)	20 bis 60 Minuten	<b>D AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION</b> <b>D6 HÄUSLICHES LEBEN</b> d660 Anderen helfen Haushaltsmitgliedern und anderen beim Lernen, Kommunizieren, der Selbstversorgung, der Fortbewegung innerhalb und ausserhalb des Hauses zu helfen; sich dem Wohlbefinden der Haushaltsmitglieder und anderer widmen.
	Unterstützung für pflegende Angehörige	Beziehungsunterstützung: Mobilisierung und Erhaltung der Ressourcen der Angehörigen	20 Minuten	-	
	Therapeutische Schulung und Unterstützung für pflegende Angehörige	Beziehungsunterstützung: Mobilisierung und Erhaltung der Ressourcen der Angehörigen Therapeutische Schulung in Einzel- oder Gruppenarbeit : zur Steigerung des Gesundheitswissens und zur Förderung der Entwicklung effektiver Anpassungsstrategien	30 Minuten (Einzelperson) bis 60 Minuten (Gruppe)	-	

Viele Therapien werden von Pflegefachkräften durchgeführt, die eine spezielle Ausbildung dafür absolviert haben. Es gibt keine Rehapflegeformulierungen nach eigener Definition, nachfolgend werden aber einige Beispiele vorgeschlagen, die jede Einrichtung nach Bedarf erstellen kann. Es gibt auch keine Verbindung zur ICF. Diese Therapien sind wichtige Leistungen in den verschiedenen identifizierten Rehabilitationsprogrammen.

Bereich	Unterbereich	Formulierung der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Grundpflege	ICF-Übereinstimmung
SPEZIFISCHE THERAPIEN	Spezifische Einzel-/Gruppentherapien	Aromatherapie Kunsttherapie Bibliotherapie Tiergestützte Mediation Musiktherapie Lichttherapie Therapeutisches Berühren Verbesserte Selbstwahrnehmung Entspannungstherapie Erleichterung der Hypnose Reflexotherapie usw.	30 Minuten (Einzelperson) bis 60 Minuten (Gruppe)	10 Minuten	Keine ICF-Verbindung

In der Nomenklatur von 2020 war der Dokumentation eine Zeile gewidmet worden. Diese Koordinations- und Abspracheminuten zwischen Patienten, pflegenden Angehörigen und Pflegefachkräften sind wichtig und sollten bei der Erfassung von Aktivitäten oder der Messung des Pflegeaufwands berücksichtigt werden. **Sie sind jedoch eine so genannte indirekte Pflege und werden in den Rehabilitationspflegeminuten nicht berücksichtigt.** Diese wird auch in der Akutversorgung erwähnt.

Bereich	Unterbereich	Formulierung der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Grundpflege	ICF-Übereinstimmung
KOORDINATION	Koordination, Beratung : Patienten, Angehörige, Netzwerk	Zeit, die der therapeutischen Pflege gewidmet ist. Festlegung/Aktualisierung des Rehabilitationsplans. Interdisziplinäre Pflegekonferenz, (therapeutische Einzelgespräche, Netzwerkgespräche, Beratungsgespräche mit Angehörigen, interdisziplinäres Kolloquium, usw.)	15 Minuten		Keine ICF-Verbindung

Die Arbeit der Expertengruppe und die Nachforschung in den Partnereinrichtungen haben den Bedarf an neuen Rehapflegebestandteilen aufgezeigt. So hat die pulmonale Rehabilitation, für die der ANQ keine FIM, sondern einen Fragebogen zu chronischen Atemwegserkrankungen (CRQ-Skala) verlangt, das Bedürfnis geäußert, eine gewisse Anzahl von Rehapflegen zu schaffen. Andererseits können sich Patienten mit Lungenerkrankungen auch in einer anderen Art von Rehabilitation wiederfinden, was diese Neugründungen rechtfertigt. Es gab auch andere Bedürfnisse, wie z.B. spezielle Lernangebote für die Behandlung von Schmerzen oder Diabetes, um einige davon zu nennen. Anmerkung : Einige Minuten nicht in den Durchschnittszeiten der Grundpflege enthalten, da keine Übereinstimmung in der Akutversorgung gefunden wurde.

Bereich	Unterbereich	Formulierung der Rehapflege	Beschreibung - Beispiel	Durchschnittliche Zeit der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Grundpflege	ICF-Übereinstimmung
ATMUNG	Atemübungen	Den Patienten zur Selbstversorgung anleiten: seine Atemübungen praktizieren	Husten und Spucken	10 Minuten	5 Minuten	<b>B KÖRPERFUNKTIONEN</b> <b>B4 FUNKTIONEN DES KARDIOVASKULÄREN, HÄMATOLOGISCHEN, IMMUN- UND ATMUNGSSYSTEMS.</b> <b>b440-b449 Atmungssystemfunktionen</b> Funktionen die Inspiration, Gasaustausch zwischen Luft und Blut sowie Expiration betreffen. <b>b445 Funktionen der Atemmuskulatur</b> Funktionen, der an der Atmung beteiligten Muskeln. <b>b450 Weitere Atmungsfunktionen</b> Weitere Funktionen, die die Atmung betreffen, wie Husten, Niesen und Gähnen.
	Sauerstofftherapie	Den Patienten zur Selbstversorgung anleiten: Umgang mit Beatmungshilfen	Mit dem Patienten oder der Familie den Umgang üben mit den Beatmungshilfen (CPAP, BIPAP, NIV, ...), der Atemfrequenz, der Ausrüstung, der Messung des SpO2-Wertes, ...	10 Minuten	-	<b>D AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION</b> <b>D8 BEDEUTENDE LEBENSBEREICHE</b> <b>d810-d839 Erziehung / Bildung</b> d839 Bildung/Ausbildung, anders oder nicht näher bezeichnet
	Behandlung der Atemwege durch Inhalation	Den Patienten zur Selbstversorgung anleiten: Umgang mit der Inhalationsbehandlung	Durchführen der Behandlung durch Inhalation	5 Minuten	3 Minuten	
	Pflege eines Tracheostomas	Den Patienten zur Selbstversorgung anleiten: Umgang mit der Tracheostomapflege	Die Haut pflegen, die Kanüle reinigen, das Material wechseln	15 Minuten	12 Minuten	
	Test / Atemfunktion	Umgang mit der Peak-flow-Technik	Mit dem Patienten die Peak-flow-Technik üben, einschliesslich ihrer Dokumentation	10 Minuten	4 Minuten	

Bereich	Unterbereich	Formulierung der Rehapflege	Beschreibung - Beispiel	Durchschnittliche Zeit der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Grundpflege	ICF-Übereinstimmung
SONSTIGES	Umgang mit Müdigkeit	Den Patienten schulen im Umgang mit Müdigkeit	Beispiel: Mit dem Patienten üben, Ruhezeiten zwischen den ADL's einzufügen, seine Ermüdungstoleranz zu erhöhen, Entspannungsübungen zu machen, einfachere Aufgaben auszuführen ...	15 Minuten	-	<b>B KÖRPERFUNKTIONEN</b> <b>B4 FUNKTIONEN DES KARDIOVASKULÄREN, HÄMATOLOGISCHEN, IMMUN- UND ATMUNGSSYSTEMS</b> <b>b460 – Empfindungen verbunden mit dem Herz-Kreislauf- und Atmungssystem</b> Empfindungen wie Aussetzen des Herzschlags, Herzklopfen und Kurzatmigkeit
	Umgang mit Schmerzen	Den Patienten schulen im Umgang mit Schmerzen	Beispiel: Mit dem Patienten üben, schmerzlindernde Lagerungen einzunehmen, schmerzlindernde Mittel zu verwenden (Kälte, Wärme, ...).	15 Minuten	-	<b>B KÖRPERFUNKTIONEN</b> <b>B4 FUNKTIONEN DES KARDIOVASKULÄREN, HÄMATOLOGISCHEN, IMMUN- UND ATMUNGSSYSTEMS</b> <b>b280 Schmerzempfindungen - Schmerzrisiko</b> Empfinden eines unangenehmen Gefühls, das mögliche oder tatsächliche Schäden einer Körperstruktur anzeigt.
	Umgang mit dem Blutzuckerspiegel	Den Patienten schulen im Umgang mit Diabetes	Beispiel: Mit dem Patienten üben, den kapillaren Blutzucker zu messen. Und die Symptome von Hypo- oder Hyperglykämie usw. zu verstehen.	15 Minuten	-	<b>B KÖRPERFUNKTIONEN</b> <b>B5 FUNKTIONEN DES VERDAUUNGS-, DES STOFFWECHSEL- UND DES ENDOKRINEN SYSTEMS</b> <b>b540 Allgemeine Stoffwechselfunktionen</b> b5401 Kohlenhydratstoffwechsel - Risiko von Hyperglykämie b5408 Allgemeine Stoffwechselfunktionen - Risiko von Hypoglykämie
	Schlaf und Ruhe	Den Patienten schulen, im Umgang mit Schlafsymptomen	Beispiel: Mit dem Patienten üben, sich Relax- und Entspannungsstrategien anzueignen.	15 Minuten	-	<b>B KÖRPERFUNKTIONEN</b> <b>B1 MENTALE FUNKTIONEN</b> b134 Funktionen des Schlafes

Bereich	Unterbereich	Formulierung der Rehapflege	Beschreibung - Beispiel	Durchschnittliche Zeit der Rehapflege	Durchschnittliche Zeit der Grundpflege	ICF-Übereinstimmung
SONSTIGES	Risiko-Prävention	Den Patienten schulen im Umgang mit verschiedenen Lagerungspositionen im Bett	Beispiel: Mit dem Patienten therapeutische Verlagerungen üben.	15 Minuten	8 Minuten	<b>D AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION</b> <b>D4 MOBILITÄT</b> <b>d420 Seine Lage verändern</b> d4201 Lageänderungen im Bett <b>B KÖRPERFUNKTIONEN</b> <b>B8 FUNKTIONEN DER HAUT UND DER HAUTANHANGSGEBILDE</b> <b>b810 Schutzfunktionen der Haut</b> Funktionen der Haut zum Schutz des Körpers vor schädlichen physikalischen, chemischen und biologischen Einflüssen. <b>b820 Heilfunktionen der Haut</b> Funktionen, die die Heilung von Wunden und anderen Schäden der Haut betreffen. <b>b830 Andere Funktionen der Haut</b> Funktionen der Haut ausser Schutz und Wiederherstellung, wie Kühlen und Schweissabsonderung. <b>b840 Auf die Haut bezogene Empfindungen</b> Empfindungen im Zusammenhang mit der Haut, wie Juckreiz, Brennen und stechende Empfindungen.

Die Liste der Schulungen im Umgang mit einer Situation könnte je nach klinischer Situation erweitert werden. Für Patienten mit Stoma gibt es oft spezielle Unterweisungen. Jede Einrichtung kann diese weiterentwickeln und in ihr Informationssystem aufnehmen.

## 6. Schlussfolgerung

Die Rehapflege ist eine etablierte Realität. Dieser Bericht liefert eine erste Version von Standardzeiten, die auf der Grundlage der bestehenden Praktiken in etablierten Einrichtungen, die seit mehr als 25 Jahren stationäre Rehabilitation in mehreren verschiedenen Bereichen durchführen, definiert wurden.

Bislang bestätigen Pflegefachkräfte überwiegend die in den Patientendossiers standardmässig vorgeschlagene Zeit. Sie wissen, wie wichtig es ist, die tatsächlichen Behandlungszeiten anzugeben, sind aber nicht immer in der Lage, diese genau anzugeben. Im Interesse der Effizienz wurden die meisten Informationssysteme so definiert, dass die Dokumentation der Rehapflegezeiten gefördert oder sogar vorgeschrieben wird.

In den Einrichtungen werden Schulungen durchgeführt, um die Anwendung der Rehapflege zu begleiten und ihre Nomenklatur sowie die entsprechenden Zeiten weiterzuentwickeln. Diese Massnahmen sollten auf alle Rehabilitationseinrichtungen in der Schweiz ausgeweitet werden und dieser Bericht ist ein erster konkreter Schritt in diese Richtung.

Das Ziel für die Zukunft ist, von allzu standardisierten Zeiten abzuweichen, da diese per Definition nicht mit den spezifischen Bedürfnissen jedes einzelnen Patienten in Verbindung stehen.

Es ist zwar wesentlich, dass die Leistungszeiten standardmässig vorgeschlagen werden, aber es ist ebenso wichtig, dass die Pflegefachkräfte sie entsprechend der Abhängigkeit des Patienten anpassen, insbesondere im Hinblick auf die FIM-Indikatoren. Letztendlich würde eine Vergleichsstudie zwischen den FIM-Werten und den tatsächlich dokumentierten und von den Einrichtungen angegebenen Zeiten von Vorteil sein.

Dieser Bericht liefert eine Nomenklatur und sogenannte "Standard"-Rehapflegeminuten, die es ermöglichen, den Bedürfnissen der verschiedenen Pflegekontexte gerecht zu werden, die jedoch an die klinischen Situationen angepasst werden müssen.

Wir empfehlen den Rehabilitationseinrichtungen, diese Nomenklatur in die Rehapflege zu integrieren und die notwendigen Überlegungen zu ihrer korrekten Umsetzung einzuleiten. Plateforme-Reha.ch übernimmt die Aufgabe, über H+ die Verbindung herzustellen, um den Umfang dieser Studie auf möglichst viele Rehabilitationseinrichtungen in der Schweiz auszuweiten.

Diese Integration muss mit Schulungen in der Rehapflege einhergehen, um eine korrekte Anwendung von Rehapflege zu fördern und zu lehren. Sie kann in verschiedenen Etappen erfolgen, z.B. Grundwissen, Ausbildung von Spezialisten oder sogar von Rehabilitationsexperten vor Ort. Eine verstärkte Koordination mit den Fachhochschulen im Gesundheitsbereich wird ebenfalls empfohlen, um die Unterschiede zwischen Grund- und Rehapflege zu verdeutlichen.

## 7. Experten-Innen der Arbeitsgruppe "Rehapflegeminuten".

### Projektleitung

**Pascal DUCLOUX**, ehemalige leitende Pflegefachkraft des Universitätsspital Genf

### Projektgruppe

<b>Patrice ANDRES</b> , Infirmier chef adjoint des pôles Rééducation & Gériatrie	Hôpital du Jura /centre de rééducation
<b>Habiba BECHNOUNE</b> , Directrice adjointe des soins	eHnv - Établissements Hospitaliers du Nord Vaudois
<b>Yann BETTEX</b> , vice-Chief Nursing Officer	Clinique romande de réadaptation (SUVA)
<b>Valentine BREGY</b> , Chief Nursing Officer	Clinique romande de réadaptation (SUVA)
<b>Cindy CASTRO</b> , Infirmière clinicienne spécialisée (ICLS)	Fédération des Hôpitaux Vaudois - FHV
<b>Sofia CRUZ</b> , Responsable Pôle Soins	Institution de Lavigny
<b>Malik EGGER</b> , Infirmier clinicien spécialisé	Hôpital fribourgeois
<b>Julie JACQUES EVANGELISTA</b> , Infirmière spécialisée en gériatrie	Hôpital Riviera Chablais - site de la Providence
<b>Patrick JACQUIN</b> , Directeur des soins	Clinique de la Lignière
<b>Alain JUNGER</b> , Adjoint à la direction des soins en charge du SI pour les soins	CHUV – Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
<b>Émilie KORT</b> , Infirmière clinicienne spécialisée	Hôpital fribourgeois
<b>Karim MEKDADE</b> , Infirmier chef du département de gériatrie, réadaptation et soins palliatifs	Réseau Hospitalier Neuchâtelois
<b>Valentin OESTREICHER</b> , Physiothérapeute Spécialiste Clinique en Réadaptation	HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève
<b>Stéphanie PERROT MINNOT</b> , Référente LEP	eHnv - Établissements Hospitaliers du Nord Vaudois
<b>Alain SALLET</b> , Chargé de projet et de la documentation patient intégré	HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève
<b>Joël SINNAEVE</b> , Coordinateur des filières de réadaptation	Hôpital du Valais

### Kontakt

Verband PLATEFORME-REHA.CH  
 c/o Institution de Lavigny  
 Route du Vignoble 60  
 1175 Lavigny  
 +41 78 672 24 90  
 info@plateforme-reha.ch

## 8. Anhänge

### 8.1. Theorie von Dorothea OREM<sup>M</sup>

Die Selbstversorgungstheorie von Dorothea OREM eignet sich besonders gut für die Rehabilitation: Pflege ist mehr als eine Kombination aus allen möglichen Tätigkeiten. Es ist ein durchdachter, organisierter, kontrollierter und auf ein Ziel gerichteter Prozess. Die "Selbstversorgung" beruht auf der Philosophie, dass *"alle Patienten für sich selbst sorgen möchten"*. Dementsprechend können sich Patienten schneller und umfassender erholen, wenn sie sich nach besten Kräften um sich selbst kümmern dürfen. Der Patient wird **AKTIV** in Bezug auf seine Gesundheit.

Die Selbstversorgung ist mit drei Arten von Notwendigkeiten verbunden: universelle Bedürfnisse (Lebensnotwendigkeiten), entwicklungsbedingte Bedürfnisse (Jugend, Schwangerschaft, Lebensende, ...) und Notwendigkeiten, die mit Veränderungen des Gesundheitszustands zusammenhängen. Sie sind das Ergebnis von Handlungen, die auf die eigene Person oder die Umgebung gerichtet sind, um die Regulierung der Funktionsabläufe im Interesse des Lebens und des Wohlbefindens, der Funktionsfähigkeit und der Entwicklung zu gewährleisten. Sobald eine Person eine Einschränkung oder ein Defizit in der Selbstversorgung aufweist, benötigt sie eine therapeutische Selbstversorgungshilfe, d.h. Pflegeinterventionen, die zu bestimmten Zeiten erforderlich sind, um die regulierenden Handlungen zur Lebenserhaltung, zur Gesundheitserhaltung oder -förderung, der Entwicklung und des allgemeinen Wohlbefindens zu erfüllen. Dieses Defizit an Selbstversorgung zeigt, wann Pflege erforderlich ist, um die Person bei der Ausführung ihrer Selbstversorgung zu unterstützen.

### 8.2. Übergangstheorie von Afaf Ibrahim MELEIS<sup>N</sup>

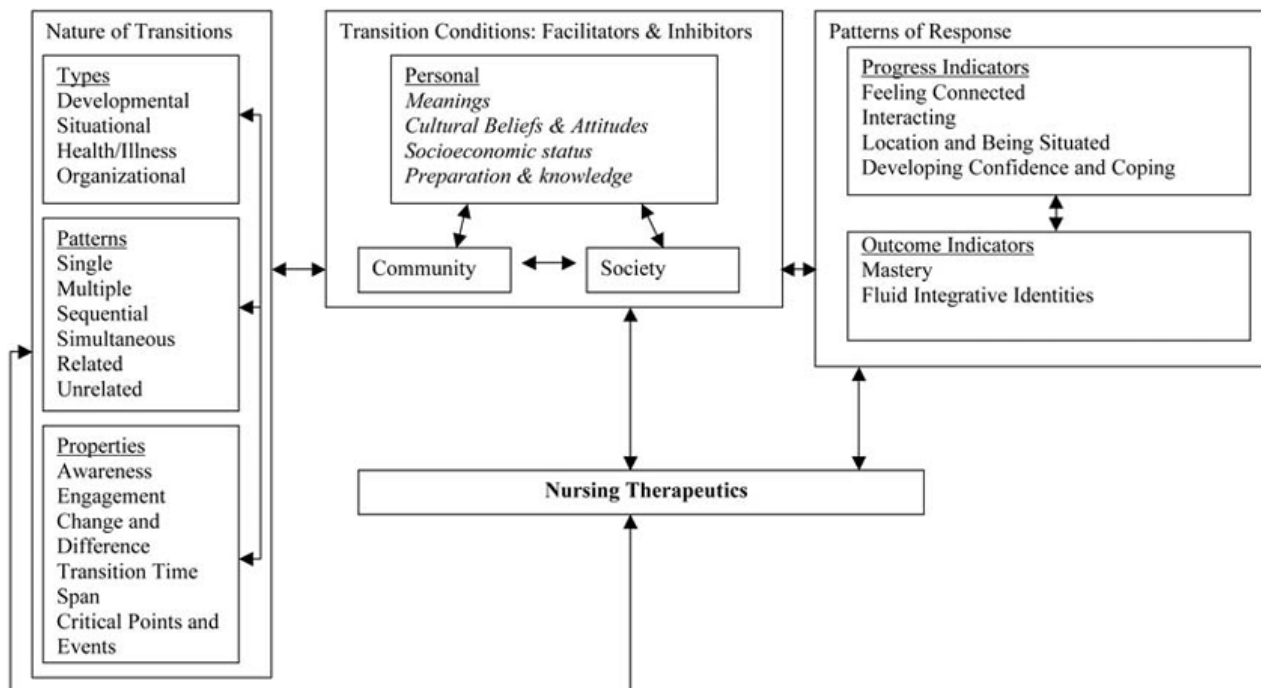
Das Wort Übergang stammt vom lateinischen Wort *transire* ab, das als zeitliche Bewegung definiert wird, d.h. "von einer Seite zu einer anderen gehen".

Laut Meleis (2010) ein Übergang ist ein Prozess, in dem sich das Individuum von einer Lebensphase, einer Situation oder einem Status zu einer anderen bewegt, was Auswirkungen auf die gepflegte Person und ihr Umfeld hat. In dieser Übergangsphase könnte die Fragestellung aus Sicht der Pflegefachkraft lauten: *"Wie können wir ganzheitliche Pflegeinterventionen anbieten, um den Patienten sowie seine Familie im Übergangsprozess bis zum Erreichen eines neuen Gleichgewichts zu begleiten?"*. Diese Theorie versucht, die Auslöser von Veränderungen zu beschreiben, zu antizipieren, was erlebt wird/was passieren wird, klinische Ergebnisse vorherzusagen und Empfehlungen für Interventionen zu geben.

Mehrere Arten von Übergängen sind zu berücksichtigen:

- ✓ der **Entwicklungsübergang**, der sich auf die Lebensabschnitte bezieht;
- ✓ der **Übergang von Gesundheit zu Krankheit**, der sich auf eine Veränderung des Gesundheitszustands einer Person bezieht;
- ✓ der **organisatorische Übergang**, der z.B. eine Veränderung der Arbeitsumgebung oder der Arbeitsstruktur beinhaltet;
- ✓ der **situative Übergang**, der eine Veränderung der erzieherischen und beruflichen Rollen oder des Lebens- oder Pflegeumfelds vermuten lässt.

Übergänge haben Eigenschaften, Bedingungen und Prozessindikatoren, die die Pflegeinterventionen bestimmen.



### 8.3. McGill-Modell oder stärkenbasierte Pflege (Pre Laurie GOTTLIEB)<sup>o</sup>

Die stärkenorientierte Pflege stellt einen Paradigmenwechsel für Patienten und Pflegefachkräfte dar. Vom defizitorientierten medizinischen Modell geht man zu einem Modell über, das sich auf die Stärken des Einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft stützt.

Das McGill-Modell der stärkenorientierten Pflege beruht auf der Idee einer gleichberechtigten Partnerschaft zwischen Pflegefachkräften, Patienten und Familien in Bezug auf die Unterstützung, den Informationsaustausch und die Interessenvertretung des Patienten. In ihrer Arbeit saht Pre Laurie Gottlieb *"wir beobachteten, wie die Menschen auf ihre Diagnose reagierten, wie sie sich von ihrer Krankheit erholten und wie wir ihnen helfen konnten in der Gemeinschaft gesund zu bleiben"*. Patienten und ihre Angehörigen werden mit Respekt behandelt und als Personen mit eigener Persönlichkeit, eigenen Vorlieben und eigener Geschichte angehört.

Bei diesem Ansatz werden Pflegefachkräfte, Patienten und ihre Familien ermutigt, in sich selbst und in ihrem Umfeld die Kräfte zu erkennen und zu bewahren, um die Gesundheit zu fördern und die Heilung zu unterstützen.

Das Modell erläutert auch, wie man zur Pflegefachkraft wird, indem man seine Sinne schult, seine Beobachtungsgabe verfeinert und seine Kommunikationsfähigkeiten perfektioniert. Das Ziel ist, das klinische Urteilsvermögen und die Entscheidungsfindung zu verbessern. Er vermittelt Wege, vorhandene und neue Kräfte zu erkennen, zu mobilisieren und zu unterstützen, um Gesundheit und Heilung zu fördern. Er legt den Schwerpunkt auf klinische und kritische Untersuchungen, klinisches Verständnis sowie Urteilsvermögen, Entscheidungsfindung und evidenzbasierte Praxis.

### 8.4. Montreal Model<sup>P</sup>

Das Montreal-Modell geht über das Modell des stärkenorientierten Ansatzes hinaus, indem es diesen auf die Organisation und Führung von Leistungen ausdehnt. In dem Bestreben, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, hat die medizinische Fakultät der Universität Montreal ein Beziehungsmodell vorgeschlagen, das die Partnerschaft zwischen Patienten und Fachkräften im Gesundheitsbereich fördert. Das Erfahrungswissen der Patienten, das aus dem Erleben mit der Krankheit stammt, kommt zum Wissen der Pflegekräfte hinzu. Dieses kombinierte Wissen bildet eine Partnerschaft, in der der Patient an den ihn betreffenden Entscheidungen beteiligt ist und Einfluss auf die Organisation der Pflege nimmt. Dadurch wird die direkte Erbringung der Pflege besser gelenkt.

Dieses Modell wurde weitgehend in die Organisation vieler Einrichtungen übernommen, wo Patientenpartner nun bei den getroffenen strategischen Entscheidungen konsultiert werden.

### 8.5. CARING<sup>Q</sup>

Der Philosoph Milton Mayeroff definierte 1971 den Begriff Caring als *"die Tätigkeit, einer anderen Person zu helfen, zu wachsen und sich selbst zu aktualisieren, ein Prozess, eine Art und Weise, mit der anderen Person in Beziehung zu treten, die ihre Entwicklung fördert"*.

Watson (1979) schlägt einen humanistischen Ansatz in der Pflege vor, der den spirituellen Aspekt des Menschen berücksichtigt. Sie entwickelt eine Theoretisierung des Pflegeprozesses, die sie Human Caring nennt und die sich auf Faktoren stützt, die sie als "carativ" (im Gegensatz zu kurativ) bezeichnet und die die Entwicklung, die Gesundheitserhaltung oder einen friedlichen Tod begünstigen. Die zehn nachfolgenden Faktoren *"dienen als Leitfaden für das Verständnis des zwischenmenschlichen therapeutischen Prozesses zwischen Pflegefachkraft und Patient"* :

- ✓ *Entwicklung eines humanistisch-altruistischen Wertensystem*
- ✓ *Berücksichtigung und Unterstützung des Glaubens- und Hoffnungssystem*
- ✓ *Kultivierung einer Sensibilität für sich selbst und andere*
- ✓ *Aufbau einer hilfsbereiten und vertrauensvollen Beziehung*
- ✓ *Förderung und Akzeptanz um positive und negative Gefühle auszudrücken*
- ✓ *Systematische Anwendung der wissenschaftlichen Methode zur Problemlösung im Entscheidungsprozess*
- ✓ *Förderung des interpersonellen Lehrens und Lernens*
- ✓ *Schaffung eines unterstützenden, schützenden und/oder korrigierenden mentalen, physischen, soziokulturellen und spirituellen Umfelds*
- ✓ *Unterstützung bei der Befriedigung menschlicher Bedürfnisse*
- ✓ *Berücksichtigung existenziell-phänomenologischer und spiritueller Faktoren*

Eine Caring-Gelegenheit ergibt sich in dem Moment (ein definierter Punkt in Zeit und Raum), in dem sich die Pflegefachkraft und die zu pflegende Person mit ihrer einzigartigen Lebensgeschichte und ihrem phänomenalen Feld in einer Transaktion von Mensch zu Mensch begegnen. Das phänomenale Feld umfasst *"Gefühle, körperliche Empfindungen, Gedanken, spirituelle Überzeugungen, Ziele, Hoffnungen, Umweltüberlegungen und Bedeutungen der eigenen Wahrnehmungen - alle diese Elemente basieren auf der Vergangenheit der Person, ihrem gegenwärtigen Moment und einer wie auch immer antizipierten Zukunft"* (Watson, 1988).

Für Watson (1999) kennzeichnet die transpersonale Caring-Beziehung eine besondere Art der Verbindung zwischen Pflegefachkraft und Patient, die auf humanistischen Werten beruht. Ihr zufolge ist das Ziel dieser Beziehung dem Patienten Schutz, Verbesserung und Erhaltung der Menschenwürde, Ganzheitlichkeit und Harmonie zu geben.

### 8.6. Intermediäre Theorie der Selbstversorgung (B. RIEGEL)<sup>R</sup>

In dieser sogenannten intermediären Theorie, die sich auf chronische Krankheiten konzentriert, wird Selbstversorgung als ein Prozess definiert, bei dem die Gesundheit durch gesundheitsfördernde Praktiken und Krankheitsbewältigung aufrechterhalten wird. Sie sind im Zusammenhang mit einer chronischen Krankheit wichtiger und krankheitsspezifisch. Diese Selbstversorgung ist nicht für alle Patienten gleich, bestimmte Aktivitäten können für einen Patienten als sinnvoll definiert werden, während sie für einen anderen Patienten möglicherweise ungeeignet sind.

Unabhängig von einer Krankheit ist Selbstversorgung ein Verhalten, das zur Gesundheitserhaltung und zur Verbesserung des körperlichen und emotionalen Wohlbefindens angewendet wird. Sie entwickeln sich je nach Kontext und hängen von früheren Erfahrungen, Gewohnheiten, Motivation, Überzeugungen und Werten, Selbstvertrauen, kognitiven Fähigkeiten, der Unterstützung durch andere und dem Zugang zu medizinischer Versorgung ab.

Bei einer chronischen Krankheit müssen sich diese Verhaltensweisen ändern (z.B. mit dem Rauchen aufhören oder mehr Sport treiben). Es ist Aufgabe des Pflegepersonals, Empfehlungen zu machen und deren Nutzen zu belegen.

Durch Zusammenarbeit und Vertrauen können so neue Verhaltensweisen gefördert werden, die von Patienten mit chronischen Krankheiten bei Aufrechterhaltung ihrer körperlichen und emotionalen Stabilität helfen. Sie können völlig eigenbestimmt sein oder Empfehlungen widerspiegeln, die zwischen Patienten und Pflegefachkräften gegenseitig vereinbart wurden. Die Überwachung der Selbstversorgung bezieht sich auf die persönliche Beobachtung von Veränderungen der Anzeichen und Symptomen. Ihr Management ist definiert als eine Reaktion auf auftretende Anzeichen und Symptome. Die Selbstversorgung kann ausreichend oder unzureichend, vernünftig und überlegt oder automatisch und unbedacht sein.

4 Patientenprofile:

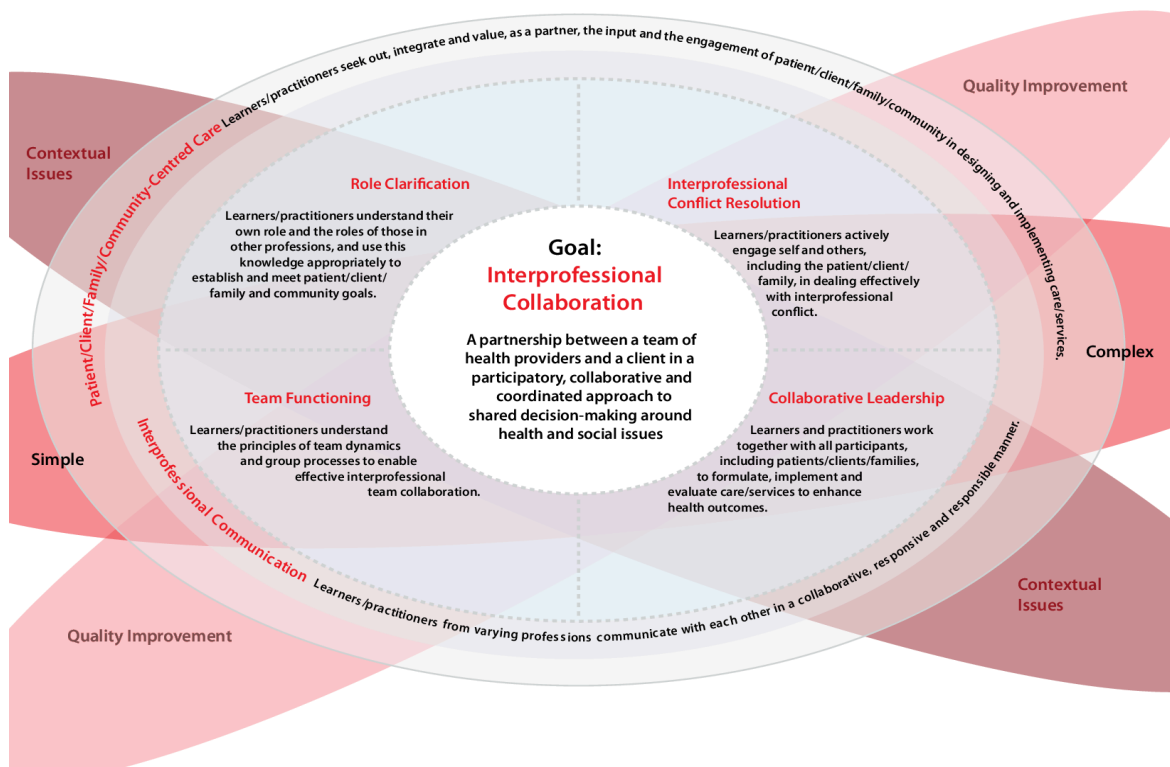
- ✓ Diejenigen, die wenig Wissen oder ein unzureichendes Verständnis haben und eine nicht-qualitative Selbstversorgung anwenden
- ✓ Diejenigen, die unreflektiert Selbstversorgung übernehmen
- ✓ Diejenigen, die über Informationsmaterial verfügen, sich aber weigern, den richtigen Verhaltensweisen zu folgen (begründete Entscheidung, intelligente Nichtteilnahme oder Selbstbestimmung).
- ✓ Diejenigen, die sich überlegt und gezielt um sich selbst kümmern

Die Herausforderung für Pflegefachkräfte besteht darin, herauszufinden, was die Patienten aus ihren Erfahrungen gelernt haben, ob das, was sie wissen, richtig ist, und die Entwicklung der Fähigkeiten zu erleichtern, die für die Durchführung der Selbstversorgung erforderlich sind.

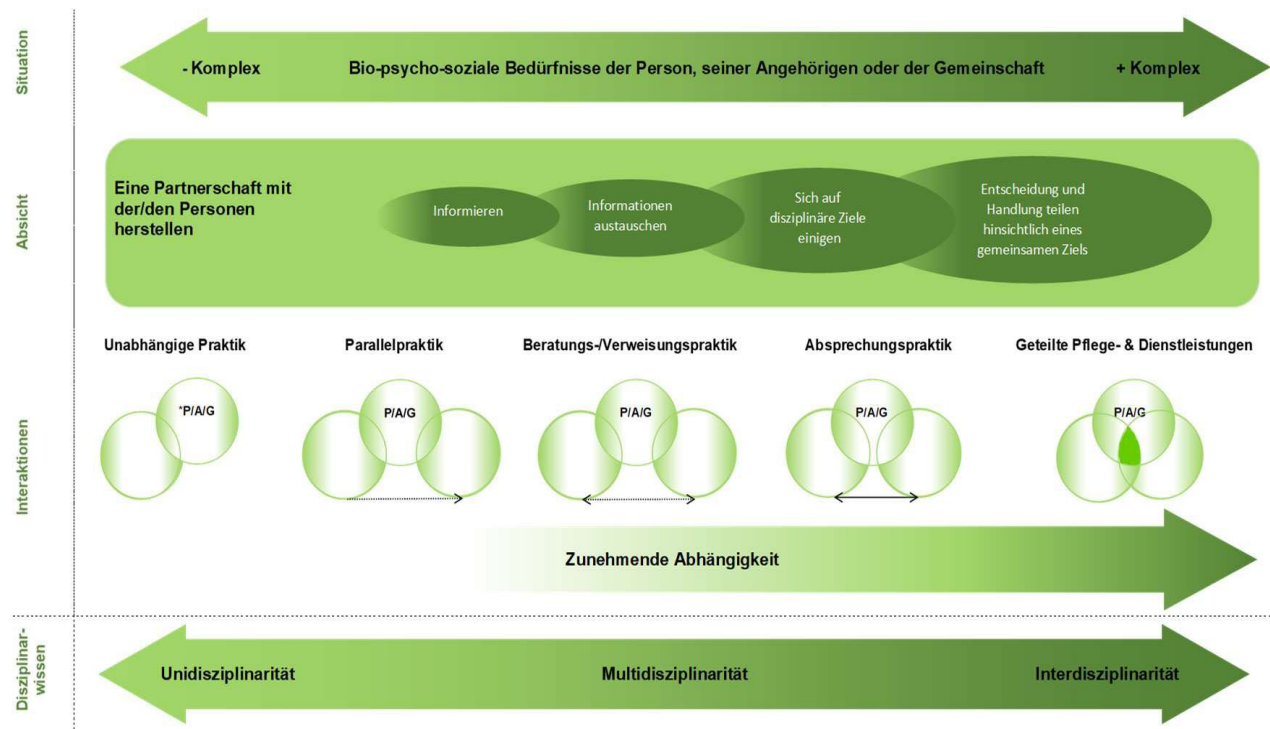
### 8.7. Konzept der Interprofessionalität - Modell von VAUGHN<sup>S</sup>

Die Interprofessionalität ist eine entscheidende Dimension in der Rehabilitation und war Gegenstand von zahlreichen Referenztexten und -vorschlägen.

Ein Beispiel ist das Konzept des **Pan-canadischen Konsortiums für Interprofessionalität im Gesundheitswesen**, welches unten aufgeführt ist.<sup>T</sup>



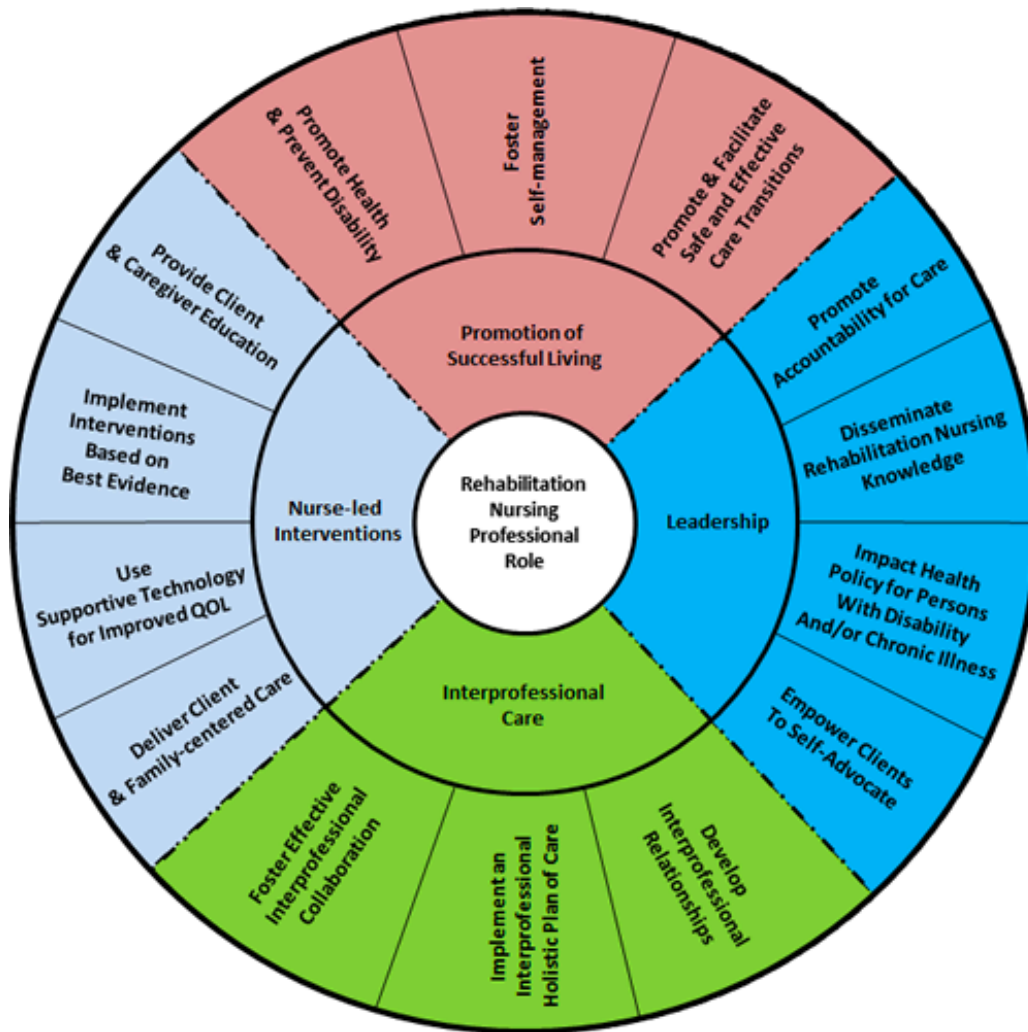
Oder das **Kontinuum der Praktiken der interprofessionellen Zusammenarbeit** (Careau u.a., 2014).<sup>U</sup>



In einem Erklärungsleitfaden erklären die Autoren, dass "die Herausforderung für die Fachkräfte eines Teams, eines Programms oder einer Abteilung darin besteht, die interprofessionellen Zusammenarbeitspraktiken nicht zu kristallisieren. Sie müssen entsprechend den bio-psycho-sozialen Bedürfnissen der Person, ihren Angehörigen oder der Gemeinschaft und vor allem der Komplexität angepasst werden. Dies beinhaltet die Entwicklung von Kapazitäten, verschiedene Praktiken zu nutzen, aber auch das Sehen und Verstehen der Faktoren, die einen günstigen oder ungünstigen Kontext für die interprofessionelle Zusammenarbeit schaffen. Diese Faktoren beeinflussen sich gegenseitig. Einige betreffen unsere Gesundheits-, Bildungs- und Arbeitssysteme, während andere mit den Arbeitsprozessen in unseren Einrichtungen und der Einstellung deren Mitglieder zu tun haben." (Careau u.a., Seite 17). [...] Je grösser die Interaktion und die Interdependenz sind, je intensiver und komplexer gestaltet sich die Zusammenarbeit und desto wichtiger ist es, diese Fähigkeiten zu beherrschen. Leider neigen Personen häufig dazu, ihre Fähigkeiten als Mitarbeiter zu überschätzen" (Seite 19).

Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)<sup>V</sup> ermutigt auf seiner Website, die Pflege für eine qualitativ hochwertige Rehabilitation zu stärken (Myrta Kohler, Stephan Behr, Claudia Gabriel, Karin Roth). Sie stellt "ein in den USA entwickeltes Modell zu den Pflegerollen in der Rehabilitation vor, welches sich auf vier Bereiche konzentriert: Leadership, pflegegeleitete Interventionen, interprofessionelle Pflege und die Förderung einer erfolgreichen und lebenswerten Zukunft (Vaughn u.a., 2016). Eine in Deutschland durchgeführte qualitative Studie hat ebenfalls die Bedeutung der therapeutischen Rehapflege belegt. Die Fähigkeiten der Beobachtung, Wahrnehmung und Kommunikation gehören dazu" [...] und sind entscheidend, "um gezielt zu beobachten, adäquate Behandlungsziele zu definieren und daraus geeignete Interventionen ableiten zu können (Lautenschläger, 2015)."

Von der Association of Rehabilitation Nurses wurde ein Kompetenzmodell für die Berufspraxis in der Rehabilitationspflege entwickelt, welches die Rehabilitationspraxisbereiche und die erforderlichen Kompetenzen beschreibt (Vaughn S., 2016). Dieses Modell ist vor allem für die Begleitung von Einrichtungen bei ihren Ausbildungs- und Weiterbildungsprogrammen von Interesse.



## 8.8. Walter HESBEEN<sup>W</sup>

Walter HESBEEN hat viel über das Wort "Pflege" theoretisiert.

Pflege bedeutet, *"einer Person, die sich in einer für sie besonderen Situation befindet, besondere Aufmerksamkeit zu schenken, um ihr zu helfen und zu ihrem Wohlbefinden und ihrer Gesundheit beizutragen"*. Diese Definition ergänzt die Pflegedefinition, welche eine Reihe von Handlungen und Aufgaben umfasst.

Die Erbringung von Pflegeleistungen erfordert ein Bewusstsein für die Bedeutung, die ihr beigemessen wird. Wenn die betreute Person als wichtig angesehen wird, wird die Pflegefachkraft dazu veranlasst ihr ebenso grosse Aufmerksamkeit widmen, was wiederum zu einer höheren Qualität der Pflege führt.

Das "sich kümmern um" ist keine Qualifikation und erfordert kein Diplom. Es ist *"eine Bereitschaft, sich auf den Menschen einzulassen"*.

In diesem Zusammenhang argumentiert er, dass man sich um die Pflegefachkräfte kümmern muss, wenn man sich um die Patienten kümmern will. Rücksichtnahme, Respekt, Menschlichkeit, Wohlwollen und Sensibilität sind Stichwörter, die sich in Walter Hesbeen's Literatur wiederfinden.

Ausgehend von diesen Ideen kann man extrapolieren und sagen, dass eine Pflegefachkraft auf sich selbst achten muss, um sich besser um Patienten kümmern zu können. Man muss sich körperlich und geistlich wohlfühlen, um anderen zu helfen.

## 9. Literatur

<sup>A</sup> [https://www.plateforme-reha.ch/2019\\_STMC\\_d%C3%A9finition-et-r%C3%A9f%C3%A9rences\\_Plateforme-Reha\\_FR.pdf](https://www.plateforme-reha.ch/2019_STMC_d%C3%A9finition-et-r%C3%A9f%C3%A9rences_Plateforme-Reha_FR.pdf)

<sup>B</sup> [https://plateforme-reha.ch/wp-content/uploads/2021/08/Rapport-SIR\\_2020\\_FR.pdf](https://plateforme-reha.ch/wp-content/uploads/2021/08/Rapport-SIR_2020_FR.pdf)

<sup>C</sup> Weltgesundheitsorganisation (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health, Genf.

<sup>D</sup> <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/nomenclatures/medkk/instruments-codage-medical.html>

<sup>E</sup> [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB152/B152\\_8-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_8-fr.pdf)

<sup>F</sup> <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

<sup>G</sup> <https://www.hplus.ch/fr/politik/defrehafr>

<sup>H</sup> <https://www.hplus.ch/fr/politik/defrehafr>

<sup>I</sup> Roley SS, DeLany JV, Barrows CJ u.a., "Occupational therapy practice framework: domain & practice, 2nd edition", Am J Occup Ther, Vol. 62, n°6, 2008, S. 625-83.

<sup>J</sup> Pepin, J., Ducharme, F. & K rouac, S. (2017). La pens e infirmi re (4. Aufl.). Montreal: Cheneli re Education.

<sup>K</sup> Thomas S. Kuhn, La Structure des révolutions scientifiques (Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen), Paris, Flammarion, 1972

<sup>L</sup> Henderson, Virginia, Principles and Practice of Nursing, Macmillan, New York, 1978

<sup>M</sup> Orem, D. (2001). Krankenpflege: Konzepte für die Praxis (6. Aufl.). In McEwen, M. und Wills, E. (Hrsg.). Theoretische Grundlage für die Krankenpflege. Verbandigte Staaten: Lippincott Williams & Wilkins.

Taylor, SG (2006). Dorothea E. Orem: Theorie des Selbstpfledefizits in der Krankenpflege

<sup>N</sup> Meleis AI, Hrsg. Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York, NY: Springer; 2010.

Meleis IA. Theoretische Krankenpflege: Entwicklung und Fortschritt. 4. Aufl. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins; 2007

<sup>O</sup> <https://www.mcgill.ca/nursing/fr/propos/soins-infirmiers-fondes-sur-les-forces>

<https://www.dac82.fr/sites/dac82/files/uploads/article%20version%20def.pdf>

<sup>P</sup> Pomey u.a. 2015, Das "Montreal-Modell": Herausforderungen für die Beziehungspartnerschaft zwischen Patienten und Pflegefachkräften.

<sup>Q</sup> Watson, Jean, Le caring Philosophie und Wissenschaft der Krankenpflege, Seli Arslan Verlag, Paris, 1998

Boivin Brigitte, modèle conceptuel en soins infirmiers de réadaptation: Le caring, IRDPQ, September 2006

Watson, J. Le caring, Philosophie und Wissenschaft der Krankenpflege,  d. Seli Arslan für die französische Übersetzung, 1998

<sup>R</sup> Riegel, B., Jaarsma, T., Strömberg, A. (2012) Theory of Self-Care of Chronic Illness. Middle Range Theory of Nursing (35) 194-204

<sup>S</sup> Vaughn, Stephanie; Mauk, Kristen L.; Jacelon, Cynthia S.; Larsen, Pamala D.; Seigle, Jill; Wintersgill, Wendy; Grotte, Christine E.; Dufresne, David Less, Journal of Nursing in Rehabilitation. 41(1):33-44, Januar-Februar 2016.

<sup>T</sup> <https://www.ciusss-capitalnationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/RCPI/schema-referentiel-national-CIP.pdf>

<sup>U</sup> Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2014 und Rev. 2018). Continuum of Interprofessional Collaboration Practices in Health and Social Services - Explanatory Guide. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).

<sup>V</sup> <https://sbk-asi.ch/fr/actualite/renforcer-les-soins-pour-une-readaptation-de-qualite>

<sup>W</sup> Pflegerischer Humanismus und Krankenpflege, Walter Hesbeen, 2017