



Universität Bielefeld

Institut für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bielefeld, IPW

# **Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs**

**Verfasser:**

**K. Wingenfeld (IPW Bielefeld) und**

**A. Büscher (Hochschule Osnabrück)**

**unter Mitarbeit von D. Wibbeke (IPW Bielefeld)**

**im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit  
Bielefeld/Osnabrück, November 2017**

## Inhalt

1. Einleitung .....	3
2. Aufgabenstellung und Vorgehen .....	3
3. Neue Akzentuierungen in der Ausgestaltung pflegerischer Hilfen .....	7
4. Systematisierung pflegerischer Aufgaben und Aktivitäten .....	12
4.1 Bereichsübergreifende pflegerische Aufgaben.....	13
4.2 Aufgabenbeschreibungen auf der Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.....	17
Bereich: 1. Mobilität .....	18
Bereich: 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten.....	19
Bereich: 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen.....	20
Bereich: 4. Selbstversorgung .....	21
Bereich: 5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen.....	22
Bereich: 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte .....	23
Bereich: 8. Haushaltsführung .....	24
4.3 Unterstützung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz und zur Reduzierung pflegebedingter Belastungen.....	25
4.4 Indirekte Leistungen .....	27
5. Fazit.....	30
Literaturverzeichnis.....	31

### Anmerkung:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text auf eine geschlechterspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten stets für beide Geschlechter.

## 1. Einleitung

Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ändern sich nicht nur das Begutachtungsinstrument und der Leistungszugang, sondern auch das Verständnis von Pflege, das sich stärker darauf ausrichtet, die Selbständigkeit der Pflegebedürftigen möglichst lange zu erhalten und zu fördern. Dies wird insbesondere in der Regelung des § 36 SGB XI (ambulante Pflegesachleistungen) deutlich, der hinsichtlich des Leistungsinhalts ausdrücklich auf die Bereiche (Module) des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 14 Absatz 2 SGB XI Bezug nimmt. Die Änderung des Blickwinkels im Verständnis von Pflege beschränkt sich aber nicht auf den Leistungsinhalt des § 36 SGB XI, sondern betrifft ganz verschiedene Bereiche der Pflegeversicherung.

Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Recht der Pflegeversicherung gibt dabei Impulse, pflegerische Maßnahmen auf das neue Verständnis von Pflege auszurichten, damit die Selbständigkeit der Pflegebedürftigen möglichst lange erhalten und gestärkt werden kann.

Um den Prozess der Weiterentwicklung zu fördern und den Entscheidungsträgern oder den Pflegeeinrichtungen eine Grundlage für fachliche Anpassungen zu verschaffen, wurde das vorliegende Papier erstellt. Es versteht sich als Versuch, pflegerische Aufgaben und Hilfen entlang des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments bzw. der in den Modulen und Kriterien des Instruments angesprochenen Bedarfskonstellationen zu strukturieren. Die inhaltliche Gliederung folgt deshalb weitgehend den Bereichen nach § 14 Absatz 2 SGB XI bzw. der modularen Struktur des neuen Begutachtungsinstruments. Die aufgeführten Aufgaben und Maßnahmen können insofern bereits heute als Bestandteil der Pflege im Sinne des SGB XI verstanden werden.

Es ist allerdings nicht die Aufgabe des vorliegenden Papiers, bei der Beschreibung pflegerischer Aufgaben und Hilfen eine leistungsrechtliche Zuordnung vorzunehmen. Diskussionen und Entscheidungen über Zuordnungsfragen sollten an anderer Stelle erfolgen.

## 2. Aufgabenstellung und Vorgehen

Der Zweck der vorliegenden Arbeit ist eine Systematisierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben, die sich an der Struktur und den Grundideen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bzw. des zu seiner Umsetzung geschaffenen neuen Begutachtungsinstruments<sup>1</sup> orientieren. Sie soll interessierten

---

<sup>1</sup> Das sog. „Neue Begutachtungsassessment (NBA)“ wurde durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz zum 1. Januar 2017 im Recht der Pflegeversicherung umgesetzt. Es ist seitdem das Begutachtungsinstrument der Pflegeversicherung und wird daher im Folgenden entweder als „Begutachtungsinstrument“ oder – um die Veränderungen gegenüber dem vor dem 1. Januar 2017 geltenden Instrument deutlich zu machen – als „neues Begutachtungsinstrument“ bezeichnet. Die Bezeichnung „Neues Begutachtungsassessment (NBA)“ ist dem gegenüber die Bezeichnung, die das Instrument als Ergebnis der entsprechenden Forschungs- und Entwicklungspro-

---

Verbänden, Einrichtungen und anderen Akteuren eine Orientierungshilfe zur Verfügung stellen, die bei der Ausgestaltung von Versorgungskonzepten, Rahmenverträgen oder auch bei der Entwicklung von neuen, pflegewissenschaftlich fundierten Konzepten verwendet werden kann.

Es ist zu betonen, dass sich diese Systematik nicht als Beschreibung von Leistungskomplexen oder ähnlichen Leistungsdefinitionen versteht. Die Zielsetzung bei der Erstellung des Papiers bestand nicht darin, den bereits vorhandenen, verrichtungsorientierten Leistungskatalogen weitere Maßnahmen hinzuzufügen. Insbesondere darf aus der fehlenden Benennung einer Maßnahme nicht geschlossen werden, die betreffende Maßnahme sei im Rahmen der aufgeführten Aufgaben nicht von Belang. Die Systematik sollte also auf keinen Fall als abschließende Auflistung von Maßnahmen verstanden werden.

Vielmehr bewegt sich die Systematik auf der Ebene von zusammenfassenden Aufgabenbeschreibungen, mit denen meist ein Bündel verschiedener Maßnahmen angesprochen wird. Diese Beschreibungen können genutzt werden, um beispielsweise einen Maßnahmenbereich einzugrenzen, der für eine bestimmte Form der Zeitvergütung zugrunde gelegt wird, oder Maßnahmen zu definieren, die mehrere Teilaufgaben umfassen. Sie können ggf. auch in der Diskussion über Qualifikationsanforderungen im Zusammenhang mit Maßnahmen, die auf der Basis des neuen Pflegeverständnisses erbracht werden, im Rahmen des SGB XI genutzt werden. Schließlich sind die vorliegenden Aufgabenbeschreibungen auch als Orientierungshilfe für die qualitative Weiterentwicklung der Pflege verwendbar. Denn sie geben darüber Auskunft, welche Aufgabenfelder berücksichtigt werden sollten, wenn eine Erweiterung des Leistungsprofils entsprechend der Aktivitäten und Lebensbereiche, die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angesprochen werden, erfolgen soll.

Die Erstellung der vorliegenden Systematik beruht im Wesentlichen auf zwei Arbeitsschritten, die im Folgenden näher beschrieben werden sollen.

### ***Literaturrecherche***

Zur Erarbeitung der Aufgabenbeschreibungen wurde zunächst eine Literaturrecherche durchgeführt, bei der die Suche nach Systematisierungen pflegerischer Maßnahmen im Vordergrund stand<sup>2</sup>. Darüber hinaus erfolgte eine Internetrecherche nach Materialien mit ähnlichem Inhalt.

---

jekte im Vorfeld der Einführung hatte; sie wird seit der Umsetzung im Recht der Pflegeversicherung vom Gesetzgeber nicht mehr verwendet.

<sup>2</sup> Verwendet wurden dabei folgende Stichworte (und ihre englischsprachigen Pendanten): *Pflegeinterventionen, Pflegemaßnahmen, Pflegediagnosen, Pflegeplanung, Pflegeklassifikationen* und *Pflegeinterventionsklassifikationen*.

Die Ergebnisse dieser Recherchen wurden auf ihre Relevanz hin überprüft. Zahlreiche Titel erwiesen sich als wenig relevant, weil sie keinerlei Aufgaben- oder Maßnahmenbeschreibungen enthielten, die nicht schon in anderen, einschlägigen Übersichtswerken berücksichtigt wurden.

Der Erarbeitung einer neuen Systematik wurden schließlich vor allem folgende Arbeiten zugrunde gelegt:

- Arbeiten aus dem Bereich der Pflegediagnosen, die häufig Bezüge zu pflegerischen Maßnahmen beinhalten (Georg/Hermann 2005, Carpenito 2014, Doenges et al. 2003, ICN 2011, Jaffe/Skidmore Roth 2000, Stefan et al. 2009)
- die Pflegeinterventionsklassifikation „NIC“ (Bulechek et al. 2016)
- Ergebnisse des Projekts „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ in Nordrhein-Westfalen (Korte-Pötters et al. 2007)<sup>3</sup>
- Arbeiten, die im Rahmen der Entwicklung des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) entstanden sind (vgl. Wingenfeld et al. 2008).

Angelehnt an die modulare Struktur des neuen Begutachtungsinstruments wurden die in den Quellen aufgeführten Interventionen zugeordnet. Es war zu beachten, dass beruflich Pflegende in Deutschland, etwa im Vergleich zur amerikanischen Krankenpflege, andere Rechte und Pflichten in ihrem Tätigkeitsbereich aufweisen. So wurden Maßnahmen, die in Deutschland nicht von Pflegekräften ausgeübt werden, nicht berücksichtigt. Gleiches gilt für Maßnahmen, die ausschließlich der Krankenhauspflege zuzuordnen sind. Die Bezeichnung vieler Maßnahmen wurde zur besseren Verständlichkeit auf sprachlicher Ebene angepasst.

### ***Diskussion im Rahmen eines Workshops***

Ein erster Entwurf der ausgearbeiteten Aufgabenbeschreibungen wurde in einem Workshop des Bundesgesundheitsministeriums Mitte Mai 2017 den Mitgliedern des Beirats zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zur Diskussion vorgelegt. Es handelte sich um eine ganztägige Veranstaltung, bei der die Teilnehmer die Gelegenheit hatten, Form, Inhalt und Vollständigkeit der Aufgabenbeschreibungen zu diskutieren und zu kommentieren.

Im Rahmen dieses Workshops wurden zahlreiche Fragen und Hinweise formuliert. Der Schwerpunkt der Diskussion lag allerdings weniger bei der Frage, welche konkreten Aufgaben auf der Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu berücksichtigen sind. Im Mittelpunkt standen vielmehr der Verwendungskontext und die Art der Darstellung des Leistungsspektrums. Hingewiesen wurde u. a. auf die zahlreichen fachlichen Anforderungen, die aus verschiedenen, im Entwurf dargelegten Aufgaben resultieren. Besondere fachliche Anforderungen ergeben sich vor allem aus der überge-

---

<sup>3</sup> Dieses Projekt ist vor allem deshalb von Interesse, weil es das bislang einzige deutsche Modellvorhaben darstellt, in dem nicht nur Leistungsbeschreibungen entwickelt, sondern auch hinsichtlich ihrer Praktikabilität und ihres Nutzens praktisch erprobt wurden

ordneten Zielsetzung *Förderung der Selbständigkeit* und aus *edukativen Maßnahmen*. Auch betonten einige Teilnehmer die Notwendigkeit, Rahmenbedingungen der Umsetzung zu klären. Damit angesprochen waren u. a. personelle Voraussetzungen (Qualifikation und Anzahl der Mitarbeiter). Die Diskussionen, die sich an solchen und anderen Punkten festmachten, gingen zum Teil weit über die Intention des vorliegenden Papiers hinaus. Die betreffenden Hinweise erwiesen sich allerdings als sehr wichtig für den weiteren Umgang mit Fragen, die die Bestimmung des Leistungsspektrums auf der Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs betreffen.

Ähnlich wie die unmittelbare Diskussion während des Workshops zeigten auch die schriftlichen Rückmeldungen der Teilnehmer ein sehr heterogenes Spektrum an Fragen und Hinweisen. Diese Rückmeldungen wurden während einer Kleingruppenphase erstellt, in der eine Unterteilung in mehrere kleine, moderierte Diskussionsgruppen erfolgte. Mit Hilfe eines Rotationsverfahrens hatte jede Gruppe Gelegenheit, sich trotz begrenzter Zeit mit allen Themenbereichen und somit mit dem vorgeschlagenen Entwurf in seiner Gesamtheit zu befassen.

Zu der besonders wichtigen Frage, mit welchem Differenzierungsgrad Aufgaben in der pflegerischen Versorgung sinnvollerweise dargestellt werden sollten, gab es sehr uneinheitliche Auffassungen. Gewünscht wurde zum Teil eine wesentlich weniger differenzierte, zum Teil aber auch eine deutlich stärker detaillierte und konkretisierende Form der Darstellung. Eine bestimmte Tendenz der Rückmeldungen in die eine oder andere Richtung ließ sich nicht feststellen.

Einige Kommentare zeigten, dass sich die Skepsis gegenüber einer detaillierten Ausarbeitung aus der Sorge ergab, der schon seit Jahren vorherrschende Hang zur kleinteiligen, fragmentierten Darstellung pflegerischer Aufgaben könnte gestärkt werden. Dieser Hinweis bezog sich vor allem auf manche Landesrahmenverträge, in denen übermäßig differenzierte Auflistungen von Tätigkeiten zu finden seien.

Wünsche einer stärkeren Konkretisierung resultierten eher aus Überlegungen, die die praktische Umsetzung betreffen. Insbesondere bei Maßnahmen aus dem Bereich der psychosozialen Unterstützung, also bei kommunikationsintensiven Pflegemaßnahmen, wurden Konkretisierungen als wünschenswert bezeichnet, um die Umsetzung in der Praxis zu erleichtern. Die Loslösung vom engen Verrichtungsbezug, der das Leistungsspektrum der ambulanten Pflege nach dem SGB XI bislang kennzeichnete, wirft an vielen Punkten die Frage auf, mit Hilfe welcher Handlungskonzepte die betreffenden Aufgaben umgesetzt werden könnten.

Es sollte nicht Zweck des vorliegenden Papiers sein, fertige Konzepte für die Praxis bereitzustellen, sondern eine Grundlage für die Diskussion um fachlich-konzeptionelle Anpassungen auf der Basis des neuen Pflegeverständnisses zu schaffen. Die Diskussion und die vielen schriftlichen Rückmeldungen zeigten aber, wie hoch der Bedarf ist, Möglichkeiten der Umsetzung konkreter zu beschreiben. Zweifellos besteht hier auf Seiten der Pflegeeinrichtungen und ihrer Mitarbeiter ein nicht zu unterschätzender Informations- und Qualifizierungsbedarf.

Die schriftlichen Kommentare wurden im Anschluss an die Veranstaltung ausgewertet und der Entwurf in Teilen angepasst. Ergänzungen der Pflegeaktivitäten, die im ersten Entwurf aufgeführt waren, ergaben sich allerdings nur punktuell. Bei der abschließenden Überarbeitung entschieden sich die Verfasser, an einigen Stellen eine noch stärkere Zusammenfassung der beschriebenen Aufgaben vorzunehmen, um das Verständnis der gesamten Systematik zu erleichtern, ohne dass wesentliche Inhalte verloren gehen.

### **3. Neue Akzentuierungen in der Ausgestaltung pflegerischer Hilfen**

Zur besseren Einordnung der in Kapitel 4 beschriebenen pflegerischen Aufgaben werden zunächst einmal diejenigen fachlichen Grundgedanken benannt, auf denen der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsinstrument beruhen und die damit auch die Ausgestaltung pflegerischer Hilfen prägen sollten.

#### *Umfassende Hilfe bei der Bewältigung der Folgen von Krankheit und funktionellen Beeinträchtigungen*

Das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit<sup>4</sup>, das mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz im SGB XI verankert wurde, stellt die Frage nach der Selbständigkeit im Umgang mit den Folgen von Krankheit und funktionellen Beeinträchtigungen in den Mittelpunkt. Als pflegebedürftig gelten demnach Menschen, die nicht in der Lage sind, ohne Hilfe anderer Personen die Auswirkungen gesundheitlicher Probleme in verschiedenen Lebensbereichen zu bewältigen. Diese Auswirkungen umfassen zunächst einmal zahlreiche alltägliche Aktivitäten<sup>5</sup>, aber auch den unmittelbaren Umgang mit Krankheitsfolgen (z. B. mit therapeutischen Anforderungen, mit Schmerzen oder mit der Notwendigkeit von Verhaltensanpassungen) und die psychische Situation.

Das fachliche Verständnis der Hilfen, das diesem Pflegebedürftigkeitsbegriff entspricht, kann in ganz ähnlicher Art und Weise formuliert werden. Pflege in diesem Sinne zielt darauf ab, pflegebedürftige Menschen direkt oder indirekt<sup>6</sup> darin zu unterstützen, die Auswirkungen gesundheitlicher Probleme in verschiedenen Lebensbereichen zu bewältigen.

---

<sup>4</sup> Aus fachlicher Sicht handelt es sich eigentlich nicht um ein neues, sondern eher um das „alte“, ursprüngliche Verständnis vor Pflegebedürftigkeit, das verschiedenen wichtigen Pflege-theorien und dem professionellen Selbstverständnis in der internationalen Fachdiskussion zugrunde liegt – vgl. Wingefeld et al. 2008.

<sup>5</sup> Genau genommen handelt es sich um Aktivitäten, die für gewöhnlich in der Wohnumgebung durchgeführt werden.

<sup>6</sup> „Indirekt“ bedeutet in diesem Fall, durch die Unterstützung pflegender Angehöriger oder anderer Bezugspersonen dazu beizutragen, dass eine bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt ist.

Im Grunde genommen handelt es sich dabei um einen sehr einfachen Gedanken. Ihn mit all seinen Konsequenzen zu erfassen fällt allerdings manchmal schwer, weil er mit dem Verständnis einer verrichtungsorientierten Pflege, die für das SGB XI bis Ende 2016 kennzeichnend war, wenig gemeinsam hat. Pflegerische Unterstützung in diesem Sinne bedeutet beispielsweise,

- bei der Nutzung von Möglichkeiten der Mobilitätsförderung im Lebensalltag und der Integration bewegungsfördernder Alltagshandlungen in den Tagesablauf Hilfe zu leisten.
- kurze Maßnahmen zur Aktivierung kognitiver und emotionaler Prozesse in den Tagesablauf eines Heimbewohners einzubauen.
- einen demenziell Erkrankten darin zu unterstützen, alltäglichen Aktivitäten und Beschäftigungen nachzugehen, indem Möglichkeiten bedürfnisgerechter Beschäftigung identifiziert und im Lebensalltag verankert werden.
- einen pflegebedürftigen Menschen darin zu unterstützen, eine bestehende Inkontinenz zu bewältigen, indem beispielsweise die Selbstpflegekompetenz verbessert, die Entwicklung problematischer Verhaltensweisen (z. B. Reduzierung der Trinkmenge) vermieden und die Teilnahme am sozialen Leben trotz bestehender Beeinträchtigungen gefördert wird.
- pflegende Angehörige im Umgang mit herausforderndem Verhalten in der häuslichen Umgebung zu unterstützen, indem beispielsweise verhaltenswirksame Faktoren identifiziert, die Tagesstruktur, materielle Umgebung und Versorgungsabläufe angepasst oder Verhaltensweisen der pflegenden Angehörigen reflektiert werden.

Dabei behalten körperbezogene Maßnahmen, die heute in der Langzeitpflege im Vordergrund stehen, durchaus ihre Bedeutung. Hinzu kommen aber verschiedene Formen der psychosozialen Unterstützung sowie anleitende und beratende Tätigkeiten. Außerdem richtet sich die Aufmerksamkeit verstärkt auf die Frage, über welche Fähigkeiten der pflegebedürftige Mensch noch verfügt und wie diese Fähigkeiten erhalten oder vielleicht sogar verbessert werden können. Dies erfordert Flexibilität auf Seiten der beruflich Pflegenden, die durch die Vergütungssysteme, die auf verrichtungsbezogenen Leistungsbeschreibungen aufbauen, nicht beeinträchtigt werden sollte.

### *Erhaltung und Förderung der Selbständigkeit*

Die Förderung von Selbständigkeit ist ein zentrales Thema für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung auf der Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Festzustellen ist allerdings, dass das Ziel des Erhalts der Eigenständigkeit pflegebedürftiger Menschen schon seit Beginn der Pflegeversicherung immer wieder betont wurde. So findet sich zur generellen Ausrichtung der Hilfen, die durch die Pflegeversicherung gewährt werden, an prominenter Stelle im elften Sozialgesetzbuch der Satz: „Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten“ (§ 2 Abs.



---

1 SGB XI). Die Umsetzung der sog. aktivierenden Pflege wird in einem anderen Zusammenhang als Verpflichtung der Einrichtungen festgeschrieben (vgl. § 11 SGB XI).

Diese Vorschriften sind schon seit vielen Jahren Bestandteil der Normen zur Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung, werfen aber in der Praxis nach wie vor Schwierigkeiten auf. Eine Rolle spielt hierbei die Vorstellung, die Förderung der Selbstpflegekompetenz oder anderer Kompetenzen könne während der täglichen Pflege, also gewissermaßen nebenbei erfolgen. Es gibt keine Studien, die dies belegen. Angesichts der angespannten Arbeitssituation in fast allen pflegerischen Handlungsfeldern ist es schon seit langem fraglich, ob Zeit bleibt, bei Alltagsverrichtungen nach Förderung der Eigenaktivität zu streben. Denn Eigenaktivität bedeutet fast immer, dass für die betreffenden Pflegehandlungen mehr Zeit eingeräumt werden muss.

Realistische Ansatzpunkte finden sich eher außerhalb der notwendigen Alltagsverrichtungen, insbesondere in Form eines zielgerichteten, in der Pflegeplanung fixierten Vorgehens, bei dem Art, Umfang, Rhythmus, Situationen und Zeitpunkte für ressourcenfördernde Maßnahmen klar definiert und aus dem engen Rahmen der Alltagsverrichtungen herausgelöst werden (Korte-Pötters et al. 2007). Dies können etwa spezifische Bewegungsübungen sein, mit denen Teilaspekte der Mobilität (z. B. das Sich-Umsetzen) gefördert werden (vgl. DNQP 2014). In der nachfolgenden Darstellung pflegerischer Aufgaben wird die *zielgerichtete Ressourcenförderung* aufgrund dieser Überlegungen gesondert benannt. Sie wird als zielgerichtet bezeichnet, weil sie immer auf bestimmte Ziele – z. B. den Erhalt der Mobilität – ausgerichtet sein sollte und sich dementsprechend auf die hierzu geeigneten Methoden stützt<sup>7</sup>.

Der Erhalt von Selbständigkeit ist allerdings auch eine Handlungsorientierung, die unabhängig von der Durchführung bestimmter Übungsabfolgen berücksichtigt werden sollte. Bei der Durchführung des individuellen Pflegeprozesses sollte die Frage nach dem Selbständigkeitserhalt in allen Teilschritten präsent sein, bei der pflegerischen Einschätzung ebenso wie bei der Maßnahmenplanung und der Überprüfung der Zielerreichung bzw. der Wirkung der geleisteten Pflege. Aber auch darüber hinaus wäre mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erwarten, dass Selbständigkeitserhalt als eine wichtige Handlungsorientierung Berücksichtigung findet – auf konzeptioneller Ebene, in Rahmenverträgen, im Bereich der Pflegeberatung auf kommunaler Ebene, in der Qualitätssicherung, in Konzepten der Personalbemessung und nicht zuletzt in der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

---

<sup>7</sup> Nicht gemeint bzw. davon zu unterscheiden ist eine in den Alltag integrierte aktivierende Pflege, die dadurch gekennzeichnet ist, dass der Pflegebedürftige bei der Durchführung der gerade anstehenden Verrichtungen (z. B. Körperpflege) möglichst viele Teilhandlungen – ggf. mit Unterstützung der Pflegenden – selbst übernimmt.

---

### *Aufklärung, Beratung und Anleitung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen*

Wenn Pflege nicht auf Hilfe bei Verrichtungen reduziert wird, sondern als Unterstützung im Umgang mit den Folgen von Krankheit bzw. funktionellen Beeinträchtigungen verstanden wird, erhalten Aufklärung, Beratung und Anleitung einen weit höheren Stellenwert als im System des „alten“ Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die Begriffe „Aufklärung“, „Beratung“ und „Anleitung“ hier im pflegefachlichen, nicht im sozialrechtlichen Sinne verwendet werden und insofern hier keine Zuordnung von pflegefachlichen Aufgaben und Maßnahmen zu Leistungsansprüchen der Pflegeversicherung erfolgt (siehe dazu unter 1.). Auch werden hier unter „Aufklärung“ und „Beratung“ allein die *pflegefachliche* Aufklärung und Beratung verstanden, mit der Pflegebedürftige und – soweit es die konkrete Pflegesituation erfordert – auch Angehörige zu pflegefachlichen Aufgabenstellungen im Sinne des neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit befähigt werden („Eduktion“). Es geht also um das Ziel der Erweiterung der Pflegekompetenz bzw. der Selbstpflegekompetenz. Nicht gemeint ist hier die Information oder Beratung zu sozialrechtlichen Leistungsansprüchen.

Pflegebedürftigkeit ist für den betroffenen Menschen und sein familiäres und soziales Umfeld mit großer Unsicherheit verbunden. Langjährige Routinen stehen in Frage und Vorstellungen zur eigenen Zukunft können angesichts einer beeinträchtigten Selbstständigkeit nicht umgesetzt werden. Zu bewältigen ist eine Vielzahl an alltags- und krankheitsbezogenen Herausforderungen, auf die nur sehr wenige Menschen tatsächlich vorbereitet sind. Dennoch sind Pflegebedürftige und Angehörige gefordert, Entscheidungen zur Versorgung, zu pflegepraktischen Fragen und zur Anpassung ihres Alltags an die Ausprägung der Pflegebedürftigkeit zu treffen. Kommunikationsintensive Maßnahmen der Anleitung, Aufklärung und Beratung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen haben hierbei eine wichtige Funktion<sup>8</sup>.

Die Bedeutung dieser Maßnahmen wird durch die übergeordnete Zielvorstellung der Stärkung von Selbstständigkeit noch einmal unterstrichen. Denn der Erhalt oder die Verbesserung von Selbstständigkeit ist insbesondere in der häuslichen Umgebung nicht allein durch praktische Übungen zur Stärkung der körperlichen oder anderer Fähigkeiten zu erreichen. Voraussetzung ist vielmehr Eigenaktivität, die nicht durch Hilfen bei Verrichtungen, sondern besonders durch Anleitung, Aufklärung und Beratung gefördert werden kann. Pflegebedürftige Menschen und ggf. ihre Angehörigen sollen damit in die Lage versetzt werden, beispielsweise gesundheitsförderliche Aktivitäten in ihren Alltag zu integrieren, Risiken zu vermeiden, täglich Abläufe an die bestehenden Beeinträchtigungen anzupassen oder auch eine veränderte Tagesstruktur zu etablieren.

---

<sup>8</sup> Im pflegerischen Alltag findet im Rahmen der Kommunikation mit dem Pflegebedürftigen bzw. seinen Angehörigen sehr häufig und oft beiläufig Informationsübermittlung statt. Gemeint sind damit eher kurze Gespräche, in denen etwas übermittelt wird, was Pflegebedürftige und ihre Angehörigen oft als praktische „Tipps“ oder nützliche Hinweise empfinden. In der Fachdiskussion wird solchen Gesprächen manchmal ein hoher Stellenwert zugeschrieben (vgl. z. B. London 2003). Gespräche dieser Art sollten nicht mit strukturierten, zielgerichteten Hilfen in Form der hier angesprochenen Aufklärung, Beratung und Anleitung verwechselt werden (vgl. Schaeffer/Dewe 2012 und ZQP 2016).

In allen der im Folgenden dargestellten Handlungsbereiche werden daher Aufklärung, Beratung und Anleitung gesondert ausgewiesen. Sie können unabhängig von anderen pflegerischen Hilfen geleistet werden. Sie umfassen beispielsweise:

- Anleitung zur Durchführung von einzelnen Versorgungsmaßnahmen mit dem Ziel, diese Versorgungsmaßnahmen zukünftig selbständig durchführen zu können.
- Beratung zur Entwicklung einer individuellen Tagesplanung, mit der die Pflege sichergestellt und eine Überlastung der Angehörigen vermieden wird.
- Beratung bei der Einbeziehung von Nachbarschaftshilfe in den Versorgungsalltag.
- Wissensvermittlung zur Förderung eines differenzierten Verständnisses von Pflegebedürftigkeit.
- Aufklärung über erwartbare Veränderungen von Selbständigkeit, Verhaltensweisen etc.
- Sensibilisierung für die Wahrnehmung gesundheitlicher Veränderungen, die ein Warnzeichen sein könnten.
- Reflexion und Korrektur von Alltagstheorien über Pflegebedürftigkeit oder bestimmte Erkrankungen (z. B. Demenz), die zu unangemessenen Reaktionen oder Verhaltensweisen auf Seiten der Angehörigen/Pflegepersonen führen können.
- Klärung der individuellen Bedeutung von gesundheitlichen Problemen und Krankheitssymptomen für die betroffenen Individuen.
- Befähigung der Pflegebedürftigen und Angehörigen, ihre Bedürfnisse und Probleme zu kommunizieren (z. B. bei Arztbesuchen).
- Unterstützung bei der Entwicklung von Verhaltensweisen, mit denen gesundheitliche Risiken und Belastungen im Alltag reduziert werden können.

Auch bei Hilfen dieser Art ist Flexibilität zur Anpassung der Hilfen an den aktuellen Bedarf erforderlich. Dies gilt besonders für die Anleitung des pflegebedürftigen Menschen selbst, denn angesichts einer beeinträchtigten Gesundheit schwankt die Fähigkeit, die Selbstpflegekompetenzen zu aktivieren und zu verbessern, häufig sehr stark.

Der Ausbau von pflegerischer Aufklärung, Beratung und Anleitung ist eine wichtige Aufgabe, aber auch eine große Herausforderung für die qualitative Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung. Sowohl die konzeptionellen Voraussetzungen als auch die benötigten Fachqualifikationen sind in Deutschland verhältnismäßig schwach entwickelt – im Unterschied zu anderen Ländern, in denen edukative Maßnahmen und Konzepte zum Teil schon seit Jahrzehnten fester Bestandteil der Pflege sind (vgl. z. B. Petermann 1998, Klug-Redman 1996, Lorig 1996).

## 4. Systematisierung pflegerischer Aufgaben und Aktivitäten

Zum besseren Verständnis der anschließenden Beschreibung von Aufgaben und Aktivitäten sollten folgende Punkte berücksichtigt werden.

1. Die Ausführungen berücksichtigen sicherlich einen Großteil der für die Langzeitpflege relevanten Maßnahmen, erheben allerdings keinen Anspruch auf Vollständigkeit.
2. Die Darstellung schlägt eine fachliche, keine sozialrechtliche Perspektive ein.
3. Die berücksichtigten pflegerischen Aktivitäten wurden zusammengefasst, um eine zu kleinteilige Beschreibung, wie sie für manche Klassifikationssysteme charakteristisch ist, zu vermeiden. Im Interesse der Übersichtlichkeit wurden erläuternde Ausführungen in Fußnoten ausgelagert. Die Beschreibungen wurden außerdem sprachlich vereinfacht.
4. Die Benennung der einzelnen Hilfen ist als Bezeichnung für ein Maßnahmenbündel mit einer bestimmten Zwecksetzung zu verstehen, nicht als einzelne pflegerische Handlung. So können beispielsweise zur „Unterstützung beim Toilettengang“ mehrere, unterschiedliche Handlungen gehören, etwa die Hilfe bei der Fortbewegung oder auch das Abtrocknen nach dem Waschen der Hände. Maßgeblich ist nicht die Art der Handlung, sondern ihr Zweck.
5. Beratung und Anleitung werden nur dann als gesonderte Maßnahmen aufgeführt, wenn zielgerichtete, abgrenzbare und auf längere Zeit angelegte Hilfen mit dem Ziel der Unterstützung bei Problemlösungen oder der systematischen Verbesserung der Pflegekompetenz (Angehörige) bzw. Selbstpflegekompetenz (Pflegebedürftige) angesprochen sind. Sie sind nicht zu verwechseln mit der *Hilfeform* „Anleitung“, so wie sie in der bisherigen Diskussion über Verrichtungen häufig definiert wurde. Sie entsprechen eher dem, was in der internationalen Fachdiskussion als edukative Leistungen (Klug-Redman 1996) bezeichnet wird.
6. Maßnahmen zur individuellen Ressourcenförderung werden ebenfalls nur dann gesondert aufgeführt, wenn sie als besondere, von anderen Hilfen abgrenzbare Maßnahmen mit spezifischer Zielsetzung gedacht sind (z. B. gesonderte Bewegungsübungen zur Förderung der Mobilität in Form von Einzel- oder Gruppenaktivitäten).
7. Vorangestellt ist ein Abschnitt *Bereichsübergreifende Pflegeaktivitäten*. Dabei handelt es sich um grundlegende Aufgaben, die unabhängig davon, worin der pflegerische Auftrag im Einzelfall besteht, zu berücksichtigen sind. Sie stellen einen genuinen Bestandteil professionellen pflegerischen Handelns dar.
8. Ein ebenfalls gesondert dargestellter Bereich ist die Unterstützung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz und zur Reduzierung pflegebedingter Belastungen. Ob es sinnvoll ist, diesen Bereich gesondert darzustellen oder ob er mit der Benennung von Beratung/Anleitung in den jeweiligen Bereichen hinreichend berücksichtigt ist, wäre zu klären, wenn ein verändertes Pflegeverständnis in der Praxis Fuß gefasst hat.

9. Im Rahmen des vorliegenden Papiers werden auch *indirekte Leistungen*, die nicht einer unmittelbaren Vor- oder Nachbereitung individueller personenbezogener Hilfen dienen, benannt. Dazu gehören beispielsweise Dienstübergaben oder die Kommunikation mit anderen Einrichtungen, sofern sie keinen individuellen Fallbezug aufweist, also nicht auf eine bestimmte Person, sondern auf allgemeine Belange der Zusammenarbeit bezogen ist.

#### **4.1 Bereichsübergreifende pflegerische Aufgaben**

Als bereichsübergreifende pflegerische Aufgaben werden Maßnahmen beschrieben, die zum professionellen Leistungsspektrum gehören, sich aber nicht einer bestimmten Aktivität oder einem Lebensbereich zuordnen lassen. Sie sind unabhängig von der im Einzelfall vorliegenden Bedarfskonstellation ein Bestandteil pflegerischen Handelns. Auch in Situationen, in denen der individuelle Auftrag für die Mitarbeiter aus der Pflege relativ schmal ausfällt (z. B. Unterstützung bei der Körperpflege im Bereich der ambulanten Versorgung), sind diese Aufgaben von Bedeutung. Die systematische Gestaltung des individuellen Pflegeprozesses, die Beobachtung, die Abwehr von gesundheitlichen Risiken sowie die Beachtung von besonderen Anforderungen im Rahmen der Kommunikation mit den Pflegebedürftigen und den Angehörigen sollten aus fachlicher Sicht immer gewährleistet sein. Auch bei einem verhältnismäßig gering dimensionierten pflegerischen Auftrag wäre beispielsweise zu erwarten, dass ein auffälliger Hautstatus wahrgenommen und darauf reagiert wird.

Bereichsübergreifende pflegerische Aufgaben sind mit vergleichsweise hohen fachlichen Anforderungen verknüpft und fallen daher überwiegend in die Zuständigkeit von Fachkräften. Einzelne Aspekte können ggf. auch von Pflegehilfskräften durchgeführt werden. Die Entscheidung darüber, ob und in welchem Ausmaß die Einbeziehung von Hilfskräften erfolgt, sollte jedoch in der Verantwortung der Fachkraft liegen.

Umfang und Ausprägung dieser pflegerischen Aufgaben ergeben sich aus der individuellen Pflegesituation, einschließlich Haltung, Verhaltensweisen, Vorerfahrungen und Erwartungen des pflegebedürftigen Menschen und ggf. seiner Angehörigen. Sie umfassen

- die Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses,
- die Beobachtung,
- die Abwehr von gesundheitlichen Risiken sowie
- die Kommunikation.

Auch die Beratung zur Pflegesituation gehört dazu.

---

## *Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses*

Die Grundlage des professionellen Pflegehandelns stellt der Pflegeprozess dar. Er kann als Problemlösungs- und Beziehungsprozess zwischen einem pflegebedürftigen Menschen, ihm nahestehenden Menschen und beruflich tätigen Pflegenden verstanden werden. Die Ausbildungen in den Pflegeberufen vermitteln die Kompetenz zur Anwendung des Pflegeprozesses und legen damit die Basis für ein systematisches und geplantes Vorgehen in der Pflege, das die Bedürfnisse und Wünsche des pflegebedürftigen Menschen und seines Umfelds einerseits und fachliche Überlegungen und Einschätzungen von Pflegefachkräften andererseits in Übereinstimmung zu bringen versucht. Der Pflegeprozess kann entsprechend als methodische Herangehensweise an die Pflege betrachtet werden und hat für das Gelingen und die Qualität pflegerischer Beziehungen und Situationen zentrale Bedeutung. Er spannt den Bogen vom Beginn bis zum Ende bzw. Abschluss einer Pflegesituation. Synonym für Pflegesituation könnte auch der Begriff des pflegerischen Auftrags verwendet werden, in dem noch klarer zum Ausdruck kommt, dass die Pflege mit der Inanspruchnahme durch den pflegebedürftigen Menschen beginnt – sei es in Form des Einzugs in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder der Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes oder der Nutzung teilstationärer oder anderer Angebote.

Die Schritte des Pflegeprozesses umfassen die Einschätzung der individuellen Pflegesituation, die Planung und Vereinbarung daraus abzuleitender Maßnahmen, deren Durchführung und ihre Evaluation/Überprüfung vor dem Hintergrund der angestrebten Ziele. Die *Einschätzung* der individuellen Pflegesituation dient dazu, sich ein umfassendes Bild der Gesamtsituation des pflegebedürftigen Menschen zu verschaffen. Sie erfordert die Kompetenz der Pflegefachkräfte zur Beurteilung komplexer pflegerischer Sachverhalte. Die Einschätzung der individuellen Pflegesituation ist die Grundlage für die weiteren Schritte des Pflegeprozesses und sollte entsprechend gründlich erfolgen.

Der zweite Schritt des Pflegeprozesses umfasst die *Planung und Vereinbarung von Maßnahmen* zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und der Pflegefachkraft bzw. dem Leistungserbringer. Der Aspekt der Vereinbarung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Perspektive des pflegebedürftigen Menschen explizit einzubeziehen und zu berücksichtigen ist. Die Planung der Pflegemaßnahmen erfolgt nicht gegen den Willen des Adressaten. Vielfach gestaltet sich die Realität jedoch nicht als ein einfaches „Ja“ oder „Nein“ zu vorgeschlagenen Maßnahmen, sondern als ein Diskussions- und Aushandlungsprozess, in dem fachliche Erwägungen und individuelle Wünsche unterschiedlich sein können und oftmals der Kompromissfindung bedürfen. Insbesondere in der ambulanten Pflege ist diese Kompromissfindung zudem stark beeinflusst durch das in den entsprechenden Rahmenverträgen vorgesehene Leistungsspektrum. Die bestehenden Verträge mit ihrem starken Verrichtungsbezug können die fachliche Gestaltung des Pflegeprozesses erheblich erschweren oder sogar verhindern, da nicht die pflegefachlich angemessenen Maßnahmen, sondern formale Leistungskataloge zur Grundlage des Aushandlungsprozesses werden. Zur Frage der Planung und Vereinbarung von Maßnahmen wurden viele Hilfestellungen im Rahmen des Entbürokratisierungsprozesses erarbeitet, auf die zukünftig zurückgegriffen werden kann.

Der *Durchführung* der geplanten und vereinbarten Maßnahmen folgt ihre *Überprüfung und ggf. Anpassung*. In den Expertenstandards des DNQP hat sich dazu die Einschätzung durchgesetzt, dass diese Überprüfung entweder nach besonderen – krankheitsbedingten oder anderen – Ereignissen oder in individuell festzulegenden Abständen erfolgen sollte. Die Einschätzung individuell festzulegender Abstände erfordert eine fachliche Beurteilung der Stabilität einer Pflegesituation. Es kann im Rahmen des internen Qualitätsmanagements jedoch hilfreich sein, reguläre Evaluationszeitpunkte festzulegen, mit denen auch die pflegerische Einschätzung aktualisiert wird.

Die Schritte des Pflegeprozesses sind die Basis der *Pflegedokumentation*, die ein Abbild des Pflegeprozesses darstellen sollte, das als Mittel der Kommunikation zwischen Pflegekräften, aber auch zur Kommunikation mit anderen Akteuren der Versorgung (wie z. B. bei der Überleitung in das oder aus dem Krankenhaus) dienen kann.

### *Beobachtung*

Pflegerisches Handeln ist ebenso wie menschliches Handeln in anderen Zusammenhängen stets mit Beobachtung verknüpft. Während jeder pflegerischen Handlung werden der Zustand und die Situation des pflegebedürftigen Menschen wahrgenommen. Im Unterschied zur Beobachtung im Alltag hat die Beobachtung in der beruflichen Pflege jedoch eine spezifische Funktion. Sie liefert Hinweise auf Zustände, Entwicklungen oder Ereignisse, auf die ggf. pflegerisch (oder medizinisch) reagiert werden sollte. Zeigt sich beispielsweise bei der Körperpflege eine ungewöhnliche Hautrötung, sollte diese näher beurteilt werden, auch wenn der individuell festgelegte Zeitpunkt für die nächste pflegerische Einschätzung noch nicht erreicht ist. Gleiches gilt für die psychische Verfassung des Pflegebedürftigen oder Auffälligkeiten, die im Zusammenhang mit Nebenwirkungen von Medikamenten auftreten können.

Pflegefachkräfte beobachten im Grunde ständig, während sie Unterstützung leisten, und je mehr Erfahrung sie haben, desto weniger müssen sie sich bewusst machen, worauf sie besonders achten müssen. Beobachtung bedeutet also im vorliegenden Zusammenhang, dass ständig Sachverhalte wahrgenommen und aus einer fachlichen Perspektive gedeutet werden – als Gefahrenhinweis, als möglicher Beginn eines Prozesses, als Hinweis auf eine gesundheitliche Verbesserung oder auch als gesundheitlich irrelevanter Sachverhalt, der keiner näheren Abklärung bedarf. Besonders wichtig ist im pflegerischen Alltag die Beobachtung

- des Allgemeinzustandes<sup>9</sup>
- des Hautzustandes<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Unter Berücksichtigung der Vitalzeichen, Anzeichen von erhöhter Temperatur/Fieber, ungewöhnliche Blässe, vermehrtes Schwitzen, motorische/verbale Fähigkeiten, sonstige Veränderungen.

<sup>10</sup> Zum Beispiel während der Körperpflege, Fußpflege, Hautpflege, des Bandwechsels, einer Injektion, der Unterstützung des Pflegebedürftigen beim Erhalt der Haut- und Schleimhautintegrität.

- der zeitlichen/örtlichen Orientiertheit<sup>11</sup>
- möglicher Effekte der Medikation
- der psychischen Situation und
- des Verhaltens<sup>12</sup>.

Es sei darauf hingewiesen, dass diese Aspekte im pflegerischen Alltag eine besonders wichtige Rolle spielen, die Beobachtung sich aus fachlicher Sicht aber auch auf andere, für die jeweilige Lebenssituation charakteristische Aspekte richten sollte. So kann es beispielsweise im Rahmen der Pflege von chronisch kranken Kindern besonders wichtig sein, die Beziehung zwischen Eltern und Kindern oder die individuelle Haltung, mit der die Eltern Unterstützung leisten, zu beobachten.

### *Abwehr gesundheitlicher Risiken*

Gesundheitliche Gefährdungen pflegebedürftiger Menschen sind in der Regel die Folge bereits bestehender Erkrankungen, funktionaler Beeinträchtigungen und einer beeinträchtigten Selbständigkeit. Sie erfordern vielfach gezielte Maßnahmen, die unter dem Begriff der „Prophylaxen“ zusammengefasst werden. Der Begriff der „Prophylaxen“ ist als Sammelbegriff jedoch in diesem Zusammenhang nur bedingt hilfreich, da er den Eindruck fördert, dass damit eine Gruppe gleichartiger oder zumindest ähnlicher Maßnahmen angesprochen ist. Tatsächlich sind es jedoch – je nach vorliegendem Risiko – unterschiedliche und spezifische Maßnahmen, die dazu beitragen, dass es trotz beeinträchtigter Selbständigkeit eines Menschen nicht zu weiteren Risiken kommt. Einige der notwendigen Maßnahmen sind in den Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) ausgewiesen, zu anderen finden sich Hinweise in Leitlinien, anderen Standards und der entsprechenden Fachliteratur.

### *Kommunikation*

Eine weitere, sehr wichtige bereichsübergreifende Aktivität professionellen Pflegehandelns stellen Kommunikationsprozesse dar – Kommunikation mit dem pflegebedürftigen Menschen, mit seinem sozialen Umfeld sowie anderen professionellen und nicht professionellen Akteuren.

Es kann notwendig sein, die Kommunikation mit dem pflegebedürftigen Menschen an die Ressourcen/Beeinträchtigungen<sup>13</sup>, die Motivation oder emotionale Situation des Pflegebedürftigen und an die Anforderungen der Pflegesituation anzupassen. Zudem kann es erforderlich sein, zunächst eine

---

<sup>11</sup> Unter Berücksichtigung von verbalen Äußerungen und Verhaltensweisen des Pflegebedürftigen.

<sup>12</sup> Von Bedeutung in diesem Zusammenhang sind sowohl Gesundheitsverhalten als auch soziales Verhalten.

<sup>13</sup> Beispielsweise Anpassung des Sprechtempos, der Lautstärke etc. Eventuell Anpassung an krankheitsspezifische Besonderheiten: Aphasie, Demenz, Depression.



Problemeinsicht des pflegebedürftigen Menschen, die Akzeptanz erforderlicher Hilfen oder die zur Durchführung von geplanten Pflegemaßnahmen erforderliche Kooperationsbereitschaft zu fördern, bevor andere Hilfen wirksam geleistet werden können. Dabei handelt es sich um anspruchsvolle und vielfach auch sehr zeitintensive Kommunikationsprozesse.

Darüber hinaus ist die beziehungsstiftende Funktion der Kommunikation von besonderer Bedeutung. Besonders in der Zusammenarbeit mit Menschen, die unter psychischen Beeinträchtigungen leiden, ist die Ausgestaltung der Pflegerolle und die Beziehung zwischen Pflegenden und zu Pflegenden ein wichtiges Thema. Wenn im vorliegenden Zusammenhang der Aspekt der Kommunikation betont wird, so ist darin der Gedanke eingeschlossen, dass Kommunikation eine wichtige Voraussetzung für die Aufnahme und Ausgestaltung der Pflegebeziehung bildet.

Besonders im ambulanten Bereich, aber ebenso in der stationären Pflege erforderlich ist die Kommunikation mit den Angehörigen des pflegebedürftigen Menschen. Diese kann ähnliche Anforderungen mit sich bringen wie die geschilderten Kommunikationsprozesse mit dem Pflegebedürftigen. Sie kann natürlich auch noch deutlich darüber hinausgehen und auch konflikthaft verlaufen, wenn die Sichtweisen über den weiteren Pflegeverlauf zwischen Angehörigen und professionellen Leistungserbringern auseinandergehen.

Weitere Kommunikationsprozesse sind erforderlich mit anderen Berufsgruppen oder freiwilligen Helfern. Diese können unterschiedlichen Zwecken dienen und durch verschiedene Situationen bedingt sein. Ein Bedarf an Mobilisierung und Vermittlung von Hilfen anderer Akteure, z. B. Physiotherapie, Hauswirtschaft oder Logopädie, kann sich ggf. erst im Verlauf des Pflegeprozesses ergeben. Regelmäßig erforderlich ist die Kommunikation mit den behandelnden Hausärzten zur Situation des pflegebedürftigen Menschen. Auch die oftmals wünschenswerte Einbeziehung freiwilliger Helfer ist an funktionierende Kommunikationsprozesse gebunden, um hierdurch eine positive Wirkung auf die Pflegesituation zu erzielen. Angesprochen ist hiermit zunächst nur die Kommunikation zum Zweck des Informationsaustausches und der Abstimmung. Die strukturierte *Begleitung* freiwilliger Helfer, wie sie beispielsweise im Rahmen niedrigschwelliger Angebote erfolgt, zählt nicht zu den hier thematisierten bereichsübergreifenden pflegerischen Aufgaben.

## **4.2 Aufgabenbeschreibungen auf der Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs**

In diesem Abschnitt werden anhand der Aktivitäten und Lebensbereiche, nach denen auch der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bzw. das neue Begutachtungsinstrument strukturiert ist, Aufgabenbeschreibungen für die pflegerische Versorgung dargelegt. In vielen Fällen können die aufgeführten Aufgaben nicht isoliert betrachtet werden. So stellt die Unterstützung beim Gebrauch von Hilfsmitteln im Bereich der Mobilität zwar eine spezifische Aufgabe dar, doch fällt diese Aufgabe in aller Regel in Kombination mit anderen Hilfen im Bereich der Mobilität an. Ähnlich verhält es sich mit anderen Aufgaben.

Die nachfolgende Beschreibung pflegerischer Aufgaben unterscheidet nicht danach, ob die Maßnahmen im Bereich der häuslichen Pflege oder der stationären Versorgung durchgeführt werden. Auch die unterschiedlichen Formen der stationären Versorgung (Kurzzeitpflege, teilstationär usw.) bilden kein Unterscheidungskriterium. Einige Maßnahmen kommen häufiger im stationären Bereich und andere ggf. eher im ambulanten Bereich vor. Da nicht die Art der pflegerischen Handlungen im Mittelpunkt steht, sondern die Frage, welche Probleme zu lösen sind, spielen umgebungsspezifische Gesichtspunkte für die Strukturierung keine entscheidende Rolle.

## Bereich: 1. Mobilität

### Hilfen

- bei Lagerungen und beim Transfer (Ganzkörper-, Teilkörperlagerung, Unterstützung beim Aufrichten, beim Ein- und Aussteigen aus dem Bett und beim Umsetzen in verschiedenen Situationen)
- beim Stehen, Gehen, Treppensteigen und bei der Fortbewegung im Rollstuhl
- beim Gebrauch von Hilfsmitteln
- bei der Durchführung von ärztlich/therapeutisch angeordneten Bewegungsübungen
- bei der außerhäuslichen Mobilität<sup>14</sup>

### Aufklärung, Beratung, Anleitung

- Aufklärung, Beratung, Anleitung des Pflegebedürftigen im Bereich der Mobilität
- Aufklärung, Beratung, Anleitung der pflegenden Angehörigen im Bereich der Mobilität

### Zielgerichtete Ressourcenförderung

- Durchführung spezifischer Maßnahmen zur Förderung der Mobilität<sup>15</sup>
- Aufklärung, Beratung, Anleitung des Pflegebedürftigen zur Durchführung mobilitätsfördernder Maßnahmen.

<sup>14</sup> Zum Beispiel Begleitung bei Friedhofsbesuchen oder Spaziergängen. Angesprochen sind die bei den bisherigen niedrigschwelligen Angeboten angesiedelten Leistungen (jetzt: Angebote zur „Unterstützung im Alltag“).

<sup>15</sup> Zum Beispiel zur Verbesserung von Körperkraft, Balance, Koordination, Beweglichkeit oder Ausdauer. Einschließlich Förderung der Motivation des Pflegebedürftigen zur Eigenaktivität im Bereich der Mobilität.

## Bereich: 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

### Hilfen

- zur besseren Orientierung, Deutungs- und Erinnerungshilfen<sup>16</sup>
- beim Gebrauch von Hilfsmitteln zur Unterstützung von Wahrnehmung und Orientierung<sup>17</sup>
- bei der Kommunikation mit anderen Personen<sup>18</sup>
- Ansprache<sup>19</sup>
- Präsenz<sup>20</sup>

### Aufklärung, Beratung, Anleitung

- der pflegenden Angehörigen bei den oben genannten Maßnahmen
- der Pflegebedürftigen bei der Nutzung von technischen Mitteln und Hilfsmitteln

### Zielgerichtete Ressourcenförderung

- Biografieorientierte kognitive Förderung, Gedächtnistraining, Konzentrationsübungen/-spiele

<sup>16</sup> In Form von Verbalisierungen zur Unterstützung der örtlichen, zeitlichen und situativen Orientierung, der Personenerkennung und des Erinnerns sowie in Form von Erläuterung von Wahrnehmungen und Sachverhalten/Informationen, einschließlich Begleitung bei Aktivitäten wie Nachrichtenschauen/-hören etc.

<sup>17</sup> Körpernahe Hilfsmittel (Brille, Hörgerät), orientierungsfördernde Hilfsmittel (Kalender, Uhr, farbliche Kennzeichnung, Gegenstände in den Räumen).

<sup>18</sup> Einschließlich bei der Nutzung von alternativen Kommunikationsmitteln (Tafel, Papier, Stift, Computer) und Anregung/Ermutigung zur Kommunikation und zur Beteiligung an Gruppenaktivitäten, zum Erzählen von Ereignissen/Beobachtungen, zum Verbalisieren von Wünschen/Ängsten.

<sup>19</sup> In Form von aktivem Interagieren mit dem Pflegebedürftigen (aktives Zuhören, Eingehen auf Aussagen/Wünsche/Äußerungen des Pflegebedürftigen).

<sup>20</sup> Anwesenheit („aktive Präsenz“) und Erreichbarkeit für den Pflegebedürftigen, um bei Bedarf Hilfe zu leisten, aber ohne konkrete Unterstützung zu leisten. Besonders bei kognitiv beeinträchtigten Menschen kann Präsenz in großem Umfang erforderlich sein, weil immer wieder unvorhersehbarer Bedarf auftritt.

### Bereich: 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

#### Umgebungsbezogene Maßnahmen

- Identifizierung und Veränderung von verhaltenswirksamen Umgebungsfaktoren
- Schaffung einer sicheren, bedürfnisgerechten Umgebung (Entfernung von Verletzungsquellen, Verfügbarkeit vertrauter Gegenstände usw.)

#### Unmittelbar verhaltensbezogene Maßnahmen

- Verhaltensbezogene Verbalisierungen<sup>21</sup>
- Einwirken auf aktuelle Verhaltensweisen<sup>22</sup>
- Entlastende Maßnahmen (z. B. Minderung von Ängsten, Motivation zur Verbalisierung negativer Empfindungen) und Kriseninterventionen
- Einzelbetreuung

#### Alltagsgestaltung

- Beratung zur Vermeidung von überfordernden Situationen
- Einbindung in Beschäftigungsangebote und andere Aktivitäten im Alltag (Musik hören, Bastelangebote, Spaziergehen, sonstige körperliche Betätigung)<sup>23</sup>
- Hinwirken auf einen regelmäßigen Schlaf-/Wachrhythmus<sup>24</sup>
- Nutzung von Maßnahmen zur Spannungsreduzierung (Entspannungsübungen)
- Förderung positiver Emotionen<sup>25</sup>

#### Aufklärung, Beratung, Anleitung der pflegenden Angehörigen

- mit dem Ziel der Entlastung
- mit dem Ziel der Kompetenzerweiterung

<sup>21</sup> Aufmerksam machen auf Verhaltensweisen, motivieren, Alternativen anbieten, reflektieren etc.

<sup>22</sup> Maßnahmen zur Vermeidung von selbstverletzendem Verhalten, Schlichtung von Konflikten zwischen zwei bzw. mehreren Parteien, Förderung der Akzeptanz von Hilfsmitteln und Systemen (z. B. liegenden, ableitenden Systemen [Sonde, Stoma, Blasendauerkatheter], Inkontinenzmaterialien), Umgang mit Impulsivität.

<sup>23</sup> Auch mit dieser Aufzählung ist keine Zuordnung zu Leistungen der Pflegeversicherung, der Hilfe zur Pflege oder der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen intendiert. Durch das neue Pflegeverständnis wird die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nicht von ihren Leistungspflichten entbunden.

<sup>24</sup> Beispielsweise ruhige Schlafumgebung gewährleisten, nächtliche Störungen minimieren, Möglichkeiten der Entspannung bieten, Aufforderung zum Einhalten der Schlaf-/Wachphasen, Wecken zu bestimmter Uhrzeit.

<sup>25</sup> Beispielsweise durch Unterstützung im Umgang mit Tieren (z. B. bei Antriebslosigkeit).

## Bereich: 4. Selbstversorgung

### Hilfen im Bereich der Ernährung

- bei der Einnahme von Mahlzeiten/Getränken<sup>26</sup>
- bei der Nahrungsaufnahme über eine Sonde
- bei speziellen Maßnahmen im Bereich der Ernährung<sup>27</sup>

### Hilfen im Bereich der Körperpflege

- bei der Durchführung der allgemeinen Körperpflege<sup>28</sup>
- bei der Intakthaltung der Schleimhaut und Haut
- bei der Mund- und Zahnpflege bzw. Prothesenpflege

### Hilfen im Bereich der Ausscheidung

- beim Toilettengang (einschließlich Benutzung von Toilettenstuhl/Steckbecken/Urinflasche)
- bei der Hygiene in Intimbereichen<sup>29</sup> und beim hygienischen Umgang mit künstlichen Ausgängen<sup>30</sup>
- zur Förderung der Ausscheidung<sup>31</sup>
- bei der regelmäßigen Blasenentleerung zur Vermeidung von Drang-, Stress- oder funktioneller Inkontinenz

### Hilfen im Bereich des Sich-Kleidens

- beim An- und Auskleiden, Kleidungswechsel

<sup>26</sup> Einschließlich Vorbereitung der Nahrung/Getränke, Aufstellung in greifbarer Nähe des Pflegebedürftigen, Anreichen der vorbereiteten Nahrung/Getränke im Bett/Stuhl.

<sup>27</sup> Durchführung einer verordneten Diät, medizinisch induzierte Gewichtszunahme durch hochkalorische Nahrung, Einhaltung einer Nahrungskarenz u.ä.

<sup>28</sup> Ganzwaschung/Teilwaschung, im Bett/am Waschbecken, Duschen/Baden, Fußpflege, Körperpflege im Bereich des Kopfes, hygienischer Umgang mit den Augen, Nagelpflege, Intimpflege. Einschließlich Hautpflege mittels Cremes/Lotionen.

<sup>29</sup> Z. B. Wechseln der Inkontinenzmaterialien, Waschen des Intimbereichs, sorgfältiges Abtrocknen des Intimbereichs.

<sup>30</sup> Z. B. Blasendauerkatheter, Colo-/Ileostoma; Unterstützung bei der Pflege der umliegenden Haut.

<sup>31</sup> Zeit und Ruhe einräumen für die Entleerung des Darms, Privatsphäre wahren, darmaktivierende Massagen, Unterstützung durch ausreichende Trinkmenge, ausgewogene Mahlzeiten; Prävention der Bildung von Darmgasen und Förderung des Abgangs, Umgang mit regelmäßiger Diarrhö, Darmentleerung mittels Klistier, Einlauf etc., Maßnahmen zur Behebung einer Obstipation.

#### Aufklärung, Beratung, Anleitung<sup>32</sup>

- Aufklärung, Beratung, Anleitung des Pflegebedürftigen im Bereich der Selbstversorgung
- Aufklärung, Beratung, Anleitung der pflegenden Angehörigen im Bereich Selbstversorgung

#### Zielgerichtete Ressourcenförderung

- gezieltes Training von Bewegungssequenzen aus dem Bereich der Selbstversorgung
- Anleitung der Angehörigen zum gezielten Training von Bewegungssequenzen aus dem Bereich der Selbstversorgung
- gezielte Übungen zur Verbesserung der Blasenkontinenz<sup>33</sup>

### **Bereich: 5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**

Der Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen wird verstanden als ein Prozess, in dem der erkrankte Mensch ein aktives Handeln zeigt, z. B. bei der Kontrolle von Erkrankungen und Symptomen oder der Durchführung therapeutischer Interventionen. Sofern eine Person dazu nicht mehr selbständig in der Lage ist, fließt diese Feststellung in die Bestimmung des Grads der Pflegebedürftigkeit mit ein. An diese Erkenntnis kann, wo erforderlich, ggf. eine Unterstützung im Sinne einer Unterstützung des individuellen Selbstmanagements (insbesondere psychosoziale Unterstützung beim Krankheits- und Therapiemanagement) anknüpfen.

Dieser Bereich der Begutachtung berührt überwiegend Maßnahmen, die von Pflegenden im Rahmen einer ärztlich verordneten/angeordneten Leistung erbracht werden. Die entsprechenden Leistungskataloge sind definiert<sup>32</sup> und werden an dieser Stelle nicht noch einmal aufgeführt. Die betreffenden Maßnahmen fallen zum Teil in die Finanzierungszuständigkeit der Krankenversicherung (ambulant), zum Teil in die der Pflegeversicherung (stationär).

<sup>32</sup> Umfasst hier auch den Gebrauch von Hilfsmitteln (Steckbecken, Urinflasche, Inkontinenzmaterialien etc.).

<sup>33</sup> Übungen des Beckenbodens zum Erhalt bzw. zur Verbesserung der Harnkontinenz – unter Berücksichtigung des Expertenstandards ‚Förderung der Harnkontinenz in der Pflege‘.

## Bereich: 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

### Hilfen

- zur Förderung eines regelmäßigen Schlaf-/Wachrhythmus<sup>34</sup>
- bei der Gestaltung des Tagesablaufs durch interne/externe Angebote (Gruppenaktivitäten)
- bei der zwischenmenschlichen Interaktion<sup>35</sup>
- zur Integration von bedürfnisgerechter Beschäftigung in den Lebensalltag<sup>36</sup>
- zur Durchführung zukunftsgerichteter Aktivitäten

### Aufklärung, Beratung, Anleitung der pflegenden Angehörigen

- Aufklärung, Beratung, Anleitung der pflegenden Angehörigen hinsichtlich der Unterstützung des Pflegebedürftigen im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

---

<sup>34</sup> Durch Verbalisierung der Uhrzeit, Aufforderung zum Aufstehen/Schlafen, Anbieten von schlaffördernden Maßnahmen (Tee, warme Milch), beruhigende Rituale.

<sup>35</sup> Einschließlich Unterstützung bei der Pflege von Kontakten außerhalb des direkten Umfelds und Motivierung des Pflegebedürftigen zur Nutzung von Gruppenaktivitäten, zur Intensivierung seiner zwischenmenschlichen Kontakte und von Kontakten außerhalb seines direkten Umfelds.

<sup>36</sup> Einschließlich Motivierung zur Teilnahme an Beschäftigungsangeboten (Musik, Bastelangebote in Pflegeeinrichtungen, Kirchengemeinde, Selbsthilfegruppe etc.).

**Bereich: 8. Haushaltsführung<sup>37</sup>**

## Hilfen

- bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (Einkaufen, Kochen, Arbeiten im Haushalt verrichten, Umgang mit Geld, Umgang mit Behörden/Briefkorrespondenz)
- bei der Aufrechterhaltung einer geeigneten Lebensumgebung (Sauberkeit/Hygiene, Sicherheit, Funktionalität)

## Aufklärung, Beratung, Anleitung

- Aufklärung, Beratung, Anleitung des Pflegebedürftigen bei der Nutzung von Dienstleistungen, beim Umgang mit Institutionen und beim Umgang mit finanziellen Angelegenheiten<sup>38</sup>
- Aufklärung, Beratung, Anleitung der Angehörigen bei der Nutzung von Dienstleistungen, beim Umgang mit Institutionen und beim Umgang mit finanziellen Angelegenheiten.

---

<sup>37</sup> Das Modul 7 bzw. der siebte Bereich im neuen Begutachtungsverfahren ist der Bereich außerhäusliche Aktivitäten, die bis auf wenige Ausnahmen (z. B. Begleitung beim Friedhofsbesuch oder - als Bestandteil anderer Leistungsansprüche - Besuch einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes) nicht der Versorgung im Rahmen des SGB XI zuzuordnen sind.

<sup>38</sup> Es handelt sich hier um eine Aufklärung, Beratung oder Anleitung beim Umgang mit diesen Themen, nicht um eine Rechts-, Finanz- oder Steuerberatung.



### **4.3 Unterstützung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz und zur Reduzierung pflegebedingter Belastungen**

Bei der pflegerischen Versorgung in der häuslichen Umgebung stellen sich unterschiedlichste und umfangreiche, zum Teil spezielle Anforderungen, die sich im Zeitverlauf verändern können. Pflegenden Angehörige müssen sich daher immer wieder aufs Neue Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten aneignen, um den Pflegealltag bewältigen zu können. Kompetenzfördernde Maßnahmen im Rahmen der ambulanten Pflege können daher notwendig sein, um pflegende Angehörige in die Lage zu versetzen, einen geeigneten Umgang mit dem pflegebedürftigen Menschen zu finden sowie bedarfsgerechte Unterstützung zu leisten, ohne sich selbst zu überlasten.

Die übergeordnete Zielsetzung entsprechender Hilfen liegt in der Aufrechterhaltung der Fähigkeit und Bereitschaft des Angehörigen, die alltäglichen Anforderungen der pflegerischen Versorgung zu bewältigen. Wesentlich Bausteine sind dabei die Situations- und Problemanalyse im Sinne einer Bedarfsermittlung, die konkrete Planung und Durchführung edukativer Maßnahmen und die anschließende Überprüfung ihrer Wirkung beim pflegenden Angehörigen. Im Idealfall lernen die Angehörigen, das eigene Handeln zu reflektieren, sich selbständig weiterzuentwickeln, sich im Versorgungsgeschehen besser zu orientieren und besser Entscheidungen zu treffen.

Es sei an dieser Stelle noch einmal besonders darauf hingewiesen, dass edukative Maßnahmen darauf abzielen, die Kompetenz von Pflegebedürftigen oder pflegenden Angehörigen im Umgang mit Anforderungen der Pflege oder Selbstpflege zu verbessern. Diese Kompetenzverbesserung kann manchmal auf dem Weg der Beratung erfolgen, wobei dann aber Beratung nicht zu verwechseln ist mit sozialrechtlicher Beratung, für die ja auch eigene institutionelle Strukturen ausgebildet wurden. Es sollte berücksichtigt werden, dass der Gedanke der Ausbildung hier im Vordergrund steht (education = Ausbildung, im Sinne von Kompetenzerweiterung). Bei edukativen Maßnahmen handelt es sich außerdem um einen auf längere Zeit angelegten Prozess, nicht um eine einzelne Gesprächssituationen.

Kompetenzerweiterung bei den pflegenden Angehörigen ist nicht eine Weiterqualifizierung, die das Niveau einer Fachausbildung erreicht. Man kann von pflegenden Angehörigen nicht erwarten, dass sie alle grundlegend wichtigen pflegerischen Standards beachten, die im Rahmen der beruflichen Pflege von Bedeutung sind. Im vorliegenden Zusammenhang geht es vielmehr um die Frage, wie Angehörige dabei unterstützt werden können, sich in den für sie besonders wichtigen Bereichen zu verbessern – also in Bereichen, in denen sie unsicher sind oder in denen durch Beobachtung anderer Personen deutlich wird, dass ihr Handeln dem Bedarf oder den Bedürfnissen des Pflegebedürftigen oder den Erfordernisse der Pflegesituation nicht ausreichend Rechnung trägt.

Wie bei anderen vertraglich vereinbarten Leistungen auch, werden Maßnahmen zur Kompetenzerweiterung nur dann durchgeführt, wenn die Adressaten dies ausdrücklich wünschen und ein entsprechender pflegerischer Auftrag besteht.

Dabei ist zu betonen, dass die Unterstützung pflegender Angehöriger in der Pflegeversicherung in verschiedenen Rechtsgrundlagen und Leistungsansprüchen berücksichtigt wird. Erörterungen zur rechtlichen Verortung und zum genauen Inhalt von Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger werden an anderer Stelle erfolgen und sollen hier nicht vorweggenommen werden. Aus fachlicher Perspektive wäre es wünschenswert, im Rahmen der Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung, die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angestoßen wird, auch die Frage zu überprüfen, in welchen Bereichen die entsprechenden Angebote für pflegende Angehörige ausgebaut werden können und sollten.

#### **Unterstützung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz und zur Reduzierung pflegebedingter Belastungen (bezogen auf die konkrete Pflegesituation)**

- Systematische Einschätzung der Pflegekompetenz, der Ressourcen, der Lernvoraussetzungen und der Belastungssituation pflegender Angehöriger
- Hilfen in Form von Aufklärung, Beratung, Anleitung
  - zur Verbesserung der Pflegekompetenz
  - zur Minimierung von Störungen des Familienalltags
  - zur Reduzierung von pflegebedingten Belastungen
  - zur Einbeziehung von weiteren Personen in die Versorgung des Pflegebedürftigen.

#### 4.4 Indirekte Leistungen

Die sog. indirekten Leistungen können je nach Versorgungsbereich einen recht hohen Anteil am Gesamtversorgungsaufwand von bis zu 30 oder 40 % erreichen. Es ist allerdings nicht einheitlich definiert, welche Maßnahmen in die Kategorie „indirekte Leistungen“ fallen. Vom Wortsinn her handelt es sich um Leistungen, die den Patienten oder Bewohner „indirekt“ erreichen, die also nicht unbedingt in seinem Beisein erbracht werden. Bezeichnungen wie „mittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen“ folgen dem gleichen Grundgedanken. Angesprochen sind damit Maßnahmen, die im Regelfall nicht in direktem Kontakt mit dem Bewohner durchgeführt werden<sup>39</sup>, die aber dennoch für die fachgerechte Durchführung der individuellen Versorgung erforderlich sind.

Zum Zweck der Systematisierung pflegerischer Aufgaben wird an dieser Stelle eine andere Unterscheidung vorgeschlagen. Der Begriff „Indirekte Leistungen“ sollte für Aktivitäten verwendet werden, die *keinen direkten Bezug zum Bewohner oder Patienten* aufweisen. Die Pflegedokumentation wird meist ohne Beisein des Bewohners geführt, doch weist die Arbeit an einer Pflegedokumentation immer einen Bezug zu einer konkreten Person auf. Anders verhält es sich mit Reinigungsarbeiten in Gemeinschaftsräumen. Es wird also vorgeschlagen, nur dann von indirekten Leistungen zu sprechen, wenn eine Aufgabe keinen individuellen Personenbezug aufweist und damit nur einen indirekten Beitrag zur Versorgung leistet, beispielsweise Aufräumarbeiten im Dienstzimmer oder Kooperationsgespräche mit einem Krankenhaus ohne konkreten Fallbezug oder die kollegiale Beratung in allgemeinen fachlichen Fragen. Es handelt es sich um mitarbeiter- oder organisationsbezogene Aktivitäten, die nicht die Versorgung eines bestimmten Bewohners betreffen. Sie dienen eher der Aufrechterhaltung der Strukturen und allgemeinen Abläufe, auf denen die Versorgung und deren Qualität beruhen.

Je nach Versorgungsbereich weisen indirekte Leistungen andere Schwerpunkte und einen anderen Umfang auf. In der stationären Pflege nehmen diese Leistungen mehr Raum ein als in der ambulanten Pflege. In stationären Einrichtungen kommt organisationsbezogenen Aufgaben naturgemäß ein anderer Stellenwert zu.

Die nachfolgende Auflistung der so verstandenen indirekten Leistungen ist keine abschließende Auflistung. In den aufgeführten Bereichen können vielmehr auch Maßnahmen relevant sein, die nicht explizit genannt sind.

---

<sup>39</sup> Zu betonen ist hier „im Regelfall“. Z. B. kann die Durchführung des pflegerischen Assessments einschließlich der Erfassung biografischer Informationen oder die Abstimmung der Pflegeplanung mit dem Pflegebedürftigen auch in direktem Kontakt erfolgen. Die Zusammenarbeit mit Angehörigen kann ebenfalls im Beisein des pflegebedürftigen Menschen erfolgen, z. B. bei gemeinsamen Gesprächen.

### Indirekte Leistungen (organisations- bzw. mitarbeiterbezogen)

1. Interne Arbeitsbesprechungen  
Dienstübergaben, Teambesprechungen, Besprechungen/Beurteilungsgespräche im Rahmen der Ausbildung, fachliche Einweisung neuer Mitarbeiter etc.
2. Koordination, Organisation, Verwaltung  
Mitwirkung bei der Durchführung allgemeiner Verwaltungsaufgaben, Materialbestellungen, Materialverwaltung, Kooperationsgespräche mit anderen Einrichtungen (ohne Fallbezug)
3. Begleitung freiwilliger Helfer  
Anleitung von freiwilligen Helfer in stationären Pflegeeinrichtungen, Durchführung von Gruppenangeboten und Reflexionsgesprächen etc.
4. Praxisanleitung und weitere Ausbildungsaufgaben, Anleitung von Hilfskräften etc.
5. Wäscheversorgung  
Bereitstellung und Transport von Wäsche, Entsorgung von Inkontinenzartikeln, Schmutzwäsche einsammeln etc.
6. Mahlzeitenversorgung  
Tische bestücken, abdecken und säubern, Ein- und Ausräumen der Spülmaschine, Spülen von Medikamentenbehältern, Thermoskannen etc.
7. Aufräum-, Reinigungs- und Wartungsarbeiten  
Reinigung bzw. Desinfektion von medizintechnischen Geräten (z. B. Absauggeräte), Reinigung von Rollstühlen, Gehwagen, Lifter, Toilettenstühlen usw.
8. Vor- und Nachbereitung von unmittelbar patienten-/bewohnerbezogenen Maßnahmen  
Zusammenstellen und Vorbereiten von Materialien/Hilfsmitteln, Vor- und Nachbereitung von Gruppenaktivitäten etc.
9. Maßnahmen zur Qualitätssicherung  
Mitwirkung in Qualitätszirkeln, Qualifizierungsmaßnahmen, Begleitung von externen Qualitätsprüfungen
10. Sonstige indirekte Leistungen  
Einkäufe, Gestaltung von Räumlichkeiten (Gemeinschaftsräume - zur Gewährleistung einer sicheren und orientierungsfördernden Umgebung und zur Förderung von Wohlbefinden) etc.

Auch hier gibt es Grauzonen. So weisen Teamgespräche zum Teil durchaus einen Fallbezug auf. Bei den meisten der oben aufgeführten Aufgaben lässt sich allerdings der Organisations- und Mitarbeiterbezug als dominantes Merkmal nachvollziehen.

*Patienten- bzw. bewohnerferne Tätigkeiten, die im Regelfall einen konkreten Fallbezug aufweisen, sind bereits an anderer Stelle beschrieben worden. Sie sind im oben angesprochenen Verständnis nicht als „indirekte Leistungen“ zu verstehen. Dazu zählen:*

- 
- Pflegeplanung und -dokumentation: Anlegen einer Pflegedokumentation, Erstellen des ersten Assessments und Erfassung biografischer Informationen, Führen von Flüssigkeitsbilanzierungen, Bewegungs-/Lagerungsplänen etc.
  - Kontakte zu Angehörigen/Bezugspersonen des Pflegebedürftigen: Geplante und ungeplante persönliche Gespräche mit den Angehörigen, telefonische Auskünfte, Informationsaustausch, Informationsweitergabe etc.
  - Fallbezogene Kommunikation mit Ärzten, Krankenhäusern und anderen externen Stellen: Interne Fallbesprechungen, Begleitung/Mitwirkung bei Arztvisiten, telefonischer Kontakt zu Mitarbeitern anderer Einrichtungen (Krankenhäuser, Sanitätshäuser etc.) und zu externen Berufsgruppen (Physiotherapie etc.)
  - Austausch und Abstimmung mit freiwilligen Helfern im Pflegeprozess
  - Vor- und Nachbereitung von unmittelbar patienten-/bewohnerbezogenen Maßnahmen
  - Vorbereitung von Arzneimitteln.

Vorrangig handelt es sich um Maßnahmen, die im Kapitel „Bereichsübergreifende pflegerische Aufgaben“ berücksichtigt wurden.

## 5. Fazit

Die vorliegende Arbeit dokumentiert Möglichkeiten, das Aufgabenspektrum der pflegerischen Versorgung im Rahmen des SGB XI auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bzw. des neuen Begutachtungsinstruments aus einer fachlichen Perspektive zu beschreiben und zu strukturieren. Die Strukturierung orientiert sich an den mit dem Zweiten Pflege-Stärkungsgesetz revidierten Definitionen pflegerischer Leistungen und damit auch am Aufbau des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments.

Mit Hilfe dieser Beschreibungen lassen sich pflegerische Aufgaben eingrenzen, die beispielsweise bei der Vereinbarung von Zeitvergütungen benötigt werden. Es wäre jedoch ein Missverständnis, wenn sie als abschließende Liste pflegerischer Tätigkeiten verstanden würden, die den heute noch bestehenden Definitionen von Leistungskomplexen in Rahmenverträgen für die pflegerische Versorgung entsprechen. Vielmehr ist es aus fachlicher Sicht sinnvoll, vorrangig pflegerische *Aufgaben* zu definieren, für deren Bearbeitung dann die im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen einzusetzen sind. Diese Herangehensweise korrespondiert auch mit der Struktur des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Zu betonen ist noch einmal, dass die vorliegende Systematisierung kein abschließendes Ergebnis darstellt, sondern anhand von Anforderungen und Erfahrungen aus der Praxis im Laufe der Zeit zu revidieren wäre. So lässt sich beispielsweise derzeit schwer absehen, wie sich fachlich anspruchsvolle Hilfen wie z.B. die Unterstützung von Demenzkranken mit herausforderndem Verhalten in der häuslichen Umgebung entwickeln werden. Möglicherweise kann es sinnvoll sein, andere Akzentuierungen oder andere Zuordnungen von Aufgaben vorzunehmen als in der vorliegenden Arbeit. Hierzu jedoch muss zunächst einmal abgewartet werden, wie sich das Leistungsangebot weiterentwickelt.

Ausgeklammert blieb die Frage nach den Qualifikationsanforderungen, die bei der Bearbeitung der jeweiligen pflegerischen Aufgaben zu berücksichtigen sind. Dieses Thema hätte den vorliegenden Rahmen gesprengt. Für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung ist in diesem Zusammenhang jedoch besonders zu beachten, dass zahlreiche Formen der psychosozialen Unterstützung, der Anleitung und Beratung sowie der Förderung von Selbständigkeit fachliche Anforderungen mit sich bringen, die dem Qualifikationsniveau von Fachkräften entsprechen. Die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird dementsprechend mit neuen Herausforderungen für die Qualifizierung von Fachkräften einhergehen.

## Literaturverzeichnis

- Bulechek, G. M./Butcher, H. K./Dochterman, J. M./Wagner, C. M. (Hg.) (2016): Pflegeinterventionsklassifikation (NIC). 1. Auflage. Bern: Hogrefe
- Carpenito, L. J. (2014): Das Pflegediagnosen-Lehrbuch. Pflegeassessment, Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen für Profis und Praxis. In: Georg, J./Heering, C./Kraut, D. (Hg.). 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2014): Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Expertenstandard nach § 113a SGB XI. Abschlussbericht. Osnabrück 2014 ([https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet\\_in\\_der\\_pflege/expertenstandard/Pflege\\_Expertenstandard\\_Mobilitaet\\_Abschlussbericht\\_14-07-14\\_finaleVersion.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandard/Pflege_Expertenstandard_Mobilitaet_Abschlussbericht_14-07-14_finaleVersion.pdf), 30 Juli 2017)
- Doenges, M. E./Moorhouse, M. F./ Geissler-Murr, A. C. (Hg.) (2003): Pflegediagnosen und Maßnahmen. 3. Auflage. Bern: Huber
- Georg, J./Herrmann, M. (Hg.) (2005): NANDA-Pflegediagnosen. Definition und Klassifikation 2005 - 2006. North American Nursing Diagnosis Association. 1. Auflage. Bern: Huber
- ICN – International Council of Nurses (2011): International classification for nursing practice (ICNP®) catalogue. Geneva: International Council of Nurses
- Jaffe, M. S./Skidmore Roth, L. (2000): Pflegeassessment, Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen in der ambulanten Pflege. 1. Auflage Bern: Huber (Verlag Hans Huber Programmbereich Pflege)
- Klug-Redman, B. (1996): Patientenschulung und -beratung. Berlin: Ullstein Mosby
- Korte-Pötters, U./Wingenfeld, K./Heitmann, D. (2007): Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (Hg.): Referenzmodelle. Band 5: Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege – Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts. Düsseldorf: MAGS
- London, F. (2003): Informieren, Beraten, Schulen. Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation. Bern: Huber
- Lorig, K. (Hg.): Patient Education. 2. Auflage. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications
- Schaeffer, D./Dewe, B. (2012). Zur Interventionslogik von Beratung in der Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie. In: Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hg): Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Hans Huber
- Stefan, H./Allmer, F./Eberl, J./Hansmann, R./Jedelsky, E./Michalek, A. (2009): POP® - PraxisOrientierte Pflegediagnostik. Pflegediagnosen - Ziele - Maßnahmen. Wien: Springer
- Wingenfeld, K. (2007): Vom Referenzmodell zum Referenzkonzept. Abschlussberichte der beteiligten Institute 2004 - 2006. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.)
- Wingenfeld, K./Büscher, A./Gansweid, B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen
- ZQP - Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.) (2016): Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege. Berlin: ZQP