



Bundesministerium
für Gesundheit

**Wissenschaftliche Evaluation
der Umstellung des Verfahrens
zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
(§ 18c Abs. 2 SGB XI)**

Leitfaden:

Das neue Pflegeverständnis in der Praxis
(Anhang A3 zum Abschlussbericht zu Los 1)

Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis

Abschlussbericht zum Arbeitspaket 1 der Studie zur begleitenden Evaluation der Maßnahmen und Ergebnisse der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, den pflegefachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und stationären Pflege (Projekt **TRANSFORM**)

08. Oktober 2019

Hans-Dieter Nolting
Elisabeth Beikirch
Dr. Grit Braeseke
Sandra Rieckhoff

Kontakt:

Hans-Dieter Nolting
T +49 30 230 809 0
Hans-Dieter.Nolting@iges.com

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180
10117 Berlin

www.iges.com

Abschlussbericht zum Arbeitspaket 1
für das Bundesministerium für Gesundheit

Berlin, 8. Oktober 2019

Inhalt

Vorbemerkung	7
Einleitung	8
Hintergrund und Ziele	8
Entstehung des Leitfadens	10
Aufbau und Hinweise zur Nutzung	10
Dokumente und Materialien zur Vertiefung	12
1. Einführung in das Thema: Perspektivwechsel in der Pflege durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff	14
2. Konsequenzen: Welche Aufgaben ergeben sich für Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte?	18
3. Anpassung der pflegerischen Konzeption an das neue Pflegeverständnis	21
3.1 Erhalt und Förderung der Selbständigkeit	23
3.2 Umfassende Hilfe bei der Bewältigung der Folgen von Krankheit und funktionellen Beeinträchtigungen	24
4. Erweiterung des Spektrums pflegerischer Hilfen	27
4.1 Aufklärung, Beratung und Anleitung	27
4.2 Beispiele für Programme zur Förderung und zum Erhalt von Selbständigkeit	30
4.2.1 Mobilität	30
4.2.2 Förderung von kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten bei kognitiver Beeinträchtigung: MAKs®	31
4.2.3 Weitere Themen für Beratung, Anleitung und Schulung	31
5. Fallbeispiele	33
5.1 Ambulante Pflege	33
5.2 Vollstationäre Pflege	34
5.3 Teilstationäre Pflege	35
6. Integration in den Pflegeprozess	37
6.1 Vorbemerkung und allgemeine Grundsätze der Umsetzung	37
6.2 Einstieg in den Pflegeprozess	38
6.3 Maßnahmen-bzw. Pflegeplanung	42
6.4 Pflegeverlauf und Berichteblatt	44
6.5 Steuerung durch Evaluation	44
6.6 Auf einen Blick: Was ist neu, was bleibt gleich?	45
7. Management der Neuausrichtung	47
7.1 Implementierung des erweiterten Verständnisses pflegerischer Aufgaben im Pflegeprozess	48
7.2 Erweiterung und Neuakzentuierung pflegerischer Hilfen	49
7.3 Überprüfung von Management- und Support-Prozessen	50

7.4	Anpassung von Dokumenten und Steuerungsinstrumenten	51
	Abbildungen	5

Abbildungen

Abbildung 1:	Zwei zentrale Konsequenzen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs	8
Abbildung 2:	Parallele Entwicklungsprozesse auf dem Weg zu einem neuen Pflegeverständnis	9
Abbildung 3:	Aufbau des Leitfadens	10
Abbildung 4:	Unterschiede in der Erfassung pflegerischer Problemlagen unter dem alten bzw. dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff	15
Abbildung 5:	Erweiterung der Perspektive in Bezug auf pflegerische Aufgaben und Hilfen	16
Abbildung 6:	Aufgabenblöcke bei der Umsetzung des neuen Pflegebegriffs in der Praxis	18
Abbildung 7:	Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff - Verdeutlichung mit Hilfe eines Bildes	21
Abbildung 8:	Erweitertes Verständnis pflegerischer Aufgaben: Umfassende Hilfe bei der Bewältigung von pflegerischen Problemlagen	22
Abbildung 9:	"Erhalt und Förderung der Selbständigkeit": Zielgerichtete Ressourcenförderung statt „Aktivierung nebenbei“	24
Abbildung 10:	„Umfassende Hilfe ...“: Die Erweiterung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit geht einher mit einer entsprechenden Erweiterung des Spektrums pflegerischer Hilfen	26
Abbildung 11:	"Aufklärung, Beratung und Anleitung": Edukation mit dem Ziel der Erhöhung der Selbstpflegekompetenz bzw. der Pflegekompetenz von Angehörigen	27
Abbildung 12:	Begriffsdefinitionen rund um die Themen Beratung und Edukation	28
Abbildung 13:	Definition von "Edukation" in den Begutachtungs-Richtlinien	29
Abbildung 14:	Erweiterung der Perspektive im Rahmen des Einstiegs in den individuellen Pflegeprozess (am Beispiel der Strukturierten Informationssammlung (SIS®))	39
Abbildung 15:	Informationsquellen zum Aspekt der Förderung der Selbständigkeit sowie deren Dokumentation am Beispiel der Strukturierten Informationssammlung (SIS®)	40
Abbildung 16:	Dokumentation von Potenzialen der Selbstständigkeitsförderung oder Ansatzpunkten für Maßnahmen zur Stabilisierung der pflegerischen Situation (am Beispiel der SIS®)	42

- Abbildung 17: Verständigung mit der pflegebedürftigen Person über
Maßnahmen der gezielten Ressourcenförderung (am Beispiel des
Strukturmodells) 43
- Abbildung 18: Integration in den Pflegeprozess am Beispiel des Strukturmodells
bzw. vierphasigen Pflegeprozesses: Was ist neu, was bleibt
gleich? 46
- Abbildung 19: Planung und Steuerung der Neuausrichtung 47
-

Vorbemerkung

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Rahmen der begleitenden wissenschaftlichen Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18c SGB XI das IGES Institut mit der „Studie zur begleitenden Evaluation der Maßnahmen und Ergebnisse der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, den pflegfachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und stationären Pflege“ (sog. Los 1 im Gesamtrahmen der Evaluation nach § 18c SGB XI) beauftragt.

Im ersten Teil dieser Studie (Arbeitspaket 1) wurden ausgewählte ambulante, stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen¹ durch IGES bei der Entwicklung von Lösungen, wie man das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit in den Leistungsangeboten und Leistungserstellungsprozessen umsetzen kann, im Rahmen von Workshops unterstützt. Im zweiten Teil (Arbeitspaket 2) erfolgen eine bundesweite Datenerhebung zur Ermittlung des erreichten Stands der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch Pflegeeinrichtungen sowie eine Dokumentenanalyse zu Veränderungen der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI.

Der vorliegende Leitfaden stellt den Abschlussbericht zum Arbeitspaket 1 dar. Die Arbeitsweise und der Verlauf der Bearbeitung dieses Projektteils wurden im Zwischenbericht an das BMG vom 19.10.2018 dargestellt. Mit dem Leitfaden wird – der Intention des Auftraggebers entsprechend – ein veröffentlichungsfähiges Manuskript vorgelegt, das sich an Pflegeeinrichtungen/-dienste sowie die dort arbeitenden Pflegekräfte² im Sinne einer Handreichung zum besseren Verständnis und zur Unterstützung bei der Implementierung des neuen Pflegeverständnisses richtet.

¹ Wenn im Folgenden von „Pflegeeinrichtungen“ die Rede ist, dann sind in der Regel ambulante Pflegedienste, vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie Tages-/Nachtpflegeeinrichtungen gleichermaßen gemeint.

² In den Ausführungen dieses Leitfadens ist meist von „Pflegekräften“ die Rede, um deutlich zu machen, dass die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Mitwirkung aller Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen erfordert. Bestimmte Aufgaben, die sich aus dem neuen Pflegeverständnis ergeben, werden aus berufsrechtlichen Gründen den Pflegefachkräften vorbehalten sein.

Einleitung

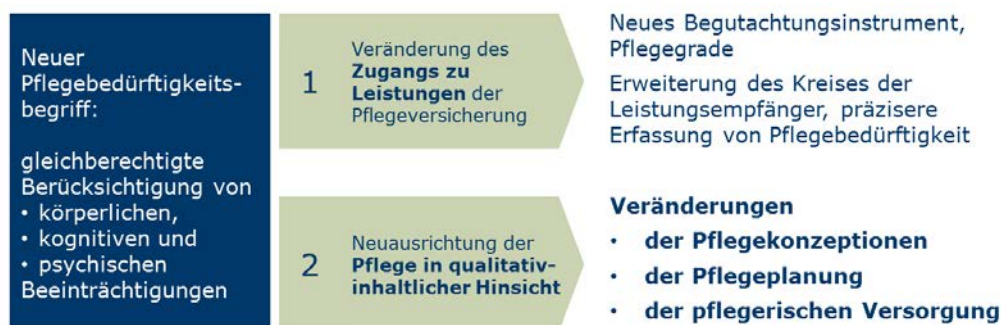
Hintergrund und Ziele

Am 1. Januar 2017 traten die Regelungen des Zweiten und des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II und III) zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in Kraft. Seitdem gilt in der Pflegeversicherung und in der Hilfe zur Pflege eine Definition von Pflegebedürftigkeit, die sich grundlegend von dem bis dahin geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff unterscheidet. Unmittelbar verknüpft mit dieser gesetzlichen Änderung waren die Einführung eines neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie die Umstellung von den früheren drei Pflegegraden auf fünf Pflegegrade.

Ein wichtiges Ziel dieser Reform war es, auch Menschen, die vorwiegend psychisch und kognitiv beeinträchtigt sind – z. B. aufgrund einer demenziellen Erkrankung – einen angemessenen Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung zu gewähren. Der zuvor geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff war zu eng auf Alltagsverrichtungen (z. B. Hilfen bei der Körperpflege, Nahrungsaufnahme usw.) ausgerichtet. Wichtige andere Aspekte, die einen Hilfebedarf begründen können, blieben dadurch außer Acht.

Die Veränderung der Perspektive auf Pflegebedürftigkeit bzw. die Erweiterung des Zugangs zu Leistungen der Pflegeversicherung ist die eine wichtige Konsequenz des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Dieser Leitfaden befasst sich mit einer zweiten, ebenso wichtigen Veränderung: Mit dem seit Anfang 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff soll sich für alle Pflegebedürftigen die inhaltliche Ausrichtung der Pflege in der täglichen Praxis ändern. Dieses neue Pflegeverständnis orientiert sich an dem übergeordneten Ziel, die pflegebedürftigen Menschen bei der Bewältigung ihrer gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeiten pflegefachlich begründet umfassend zu unterstützen und ihre Selbständigkeit zu erhalten und zu fördern.

Abbildung 1: Zwei zentrale Konsequenzen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs



Ein neues Pflegeverständnis bzw. eine veränderte pflegerische Praxis lassen sich nicht von heute auf morgen erreichen. Erforderlich ist ein Entwicklungsprozess auf mehreren Ebenen. So müssen die Vertragspartner in den Bundesländern die Voraussetzungen für die Entfaltung des neuen Pflegeverständnisses schaffen, indem sie entsprechende Regelungen in den Rahmenverträgen (§ 75 SGB XI) und den Vergütungsvereinbarungen treffen. Eine Hauptrolle werden jedoch die Pflegeeinrichtungen sowie die dort tätigen Pflegekräfte spielen: Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird es möglich und ist es erforderlich, die pflegerischen Aufgaben neu auszurichten. Weil der Blickwinkel nicht mehr auf die Hilfe bei Alltagsverrichtungen eingeengt ist, können der pflegebedürftige Mensch und seine Lebenswelt viel umfassender in den Blick genommen und wirksame pflegerische Hilfe angeboten werden.

Nicht nur die professionell Pflegenden, auch viele Leistungsempfänger und ihre Angehörigen werden sich mit dem neuen Pflegeverständnis erst schrittweise vertraut machen müssen: Gute Pflege heißt vor allem im Blick zu haben, durch welche Art der Hilfe der betroffene Mensch möglichst gut in seiner verbliebenen Selbständigkeit gefördert und die Lebenssituation stabilisiert werden kann. Dies kann auch bedeuten, dass Menschen im sozialen Umfeld der Betroffenen zu diesen Aufgaben von der Pflegekraft beraten, aktiviert oder unterwiesen werden. Durch die lange bestehende Einengung auf die Hilfe bei Alltagsverrichtungen haben manche Nutzer eine entsprechend verengte Vorstellung entwickelt, was die Pflege leisten kann.

Abbildung 2: Parallele Entwicklungsprozesse auf dem Weg zu einem neuen Pflegeverständnis

Gesetzgeber	Vertragspartner auf Landesebene	Pflegeeinrichtungen Pflegedienste	Pflegekräfte
Gesetzliche Voraussetzungen Neufassung des § 14 SGB XI: Begriff der Pflegebedürftigkeit durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II)	Vertragliche Voraussetzungen Anpassung der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff	Betriebliche Voraussetzungen Anpassung der Pflegekonzeption Überprüfung des Leistungsspektrums Überarbeitung von Prozessen Fortbildung der Mitarbeitenden	Fachliche Voraussetzungen Neuausrichtung pflegerischer Aufgaben Integration in den Pflegeprozess Vermittlung gegenüber Pflegebedürftigen und Angehörigen
Erledigt 	In Arbeit	In Arbeit	In Arbeit

Entstehung des Leitfadens

Der Leitfaden wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen des Loses 1 der Evaluation nach § 18c SGB XI vom IGES Institut gemeinsam mit drei Arbeitsgruppen von Pflegeeinrichtungen entwickelt: Im Laufe des Jahres 2018 haben sich im Projekt TRANSFORM³ jeweils etwa 20 ambulante Pflegedienste, vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen unter Leitung des IGES zu vier Workshops getroffen. Der Leitfaden richtet sich vor allem an stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste und Pflegefachkräfte.

In den Workshops wurden die wichtigsten Fragen und Herausforderungen bei der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses diskutiert und Lösungsansätze entwickelt. In der Zeit zwischen zwei Workshops haben die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen die bis dahin entworfenen Konzepte mit ihren Teams weiterbearbeitet und ausprobiert.

Allen Pflegeeinrichtungen, die an diesem Projekt mitgewirkt haben, sei an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich gedankt.

Aufbau und Hinweise zur Nutzung

Abbildung 3: Aufbau des Leitfadens

- 1. Einführung in das Thema: Perspektivwechsel in der Pflege durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff**
- 2. Konsequenzen: Welche Aufgaben ergeben sich für Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte?**
- 3. Das neue Pflegeverständnis**
- 4. Erweiterung des Spektrums pflegerischer Hilfen**
- 5. Fallbeispiele**
- 6. Integration in den Pflegeprozess**
- 7. Management der Neuausrichtung**

Quelle: IGES

³ TRANSFORM war die Projektbezeichnung für die vom Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 18c SGB XI beauftragte „Studie zur begleitenden Evaluation der Maßnahmen und Ergebnisse der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, den pflegefachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und in der stationären Pflege“.

Der Leitfaden gliedert sich in sieben Kapitel:

1. Einführung in das Thema: Perspektivwechsel in der Pflege durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

Der erste Teil beginnt mit einem kurzen Überblick zu den rechtlichen Hintergründen. Durch den direkten Vergleich der „alten“ (bis Ende 2016 geltenden) und der „neuen“ (ab 1.1.2017 geltenden) gesetzlichen Bestimmungen ergeben sich bereits klare Botschaften, was mit dem neuen Pflegeverständnis gemeint ist.

2. Konsequenzen: Welche Aufgaben ergeben sich für Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte

Das zweite Kapitel gibt einen Überblick, welche Konsequenzen und Aufgabenstellungen sich aus dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sowohl für die Pflegeeinrichtungen bzw. das Management, als auch für die Pflegekräfte und die tägliche Praxis ergeben: Von ggf. erforderlichen Anpassungen der pflegerischen Konzeption und des Spektrums der pflegerischen Hilfen bis hin zum Personal- oder Qualitätsmanagement. Die folgenden Kapitel 3 bis 6 liefern die Informationen zur Bearbeitung dieser Aufgaben.

Darüber hinaus benennt dieses Kapitel auch kurz relevante Rahmenbedingungen, wie bspw. die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI oder die Entwicklungen zur Personalbemessung. Diese Entwicklungsprozesse sind zum Zeitpunkt der Erstellung des Leitfadens noch nicht abgeschlossen und können daher hinsichtlich ihrer Zusammenhänge und Auswirkungen noch nicht berücksichtigt werden.

3. Das neue Pflegeverständnis

Das dritte Kapitel befasst sich vertiefend mit zwei zentralen Grundgedanken des neuen Pflegeverständnisses, die einleitend vorgestellt werden. Im Unterabschnitt „Erhaltung und Förderung der Selbständigkeit“ wird erläutert, was unter einer zielgerichteten Ressourcenförderung zu verstehen ist und wie sie sich von dem seit langem gebräuchlichen Begriff der „aktivierenden Pflege“ abgrenzt. Der Abschnitt „Umfassende Hilfe ...“ beschreibt die daraus resultierende Ausrichtung pflegerischer Aufgaben und Hilfen.

4. Erweiterung des Spektrums pflegerischer Hilfen

Mit dem erweiterten Verständnis der pflegerischen Aufgaben gewinnen bestimmte Arten von pflegerischen Hilfen größere Bedeutung: Beratung, Anleitung und Schulung zur Stärkung der Selbstpflegekompetenz oder der entsprechenden Fähigkeiten von Angehörigen werden inzwischen häufig unter dem Begriff „Eduktion“ zusammengefasst. Der vierte Teil des Leitfadens erklärt die Hintergründe und stellt Beispiele für entsprechende Maßnahmen und Programme vor.

5. Fallbeispiele

Im fünften Kapitel wird an drei kurzen Beispielfällen veranschaulicht, wie sich die in den vorangehenden Leitfadenkapiteln erläuterten Aspekte des neuen Pflegeverständnisses in der Praxis niederschlagen können. Die Beispiele sind jeweils in einer ambulanten, vollstationären und teilstationären Pflegesituation angesiedelt. Die Inhalte jedes Beispiels können in den meisten Fällen jedoch auf die anderen Pflegesituationen übertragen werden.

6. Integration in den Pflegeprozess

Inwieweit erfordert die Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses Änderungen in der täglichen Praxis? Das sechste Kapitel geht Schritt für Schritt durch den Pflegeprozess und zeigt auf, welche Anpassungen sinnvoll sind. Der Darstellung liegt der vierphasige Pflegeprozess zugrunde, auf den z. B. auch das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation⁴ Bezug nimmt. Die Ausführungen können unmittelbar auch auf andere Systematiken des Pflegeprozesses übertragen werden.

7. Management der Neuausrichtung

Der letzte Teil enthält Anregungen, wie die Verankerung des neuen Pflegeverständnisses in einer Pflegeeinrichtung systematisch eingeleitet und unterstützt werden kann.

Dokumente und Materialien zur Vertiefung

Das Thema eines umfassenderen Verständnisses von pflegerischen Aufgaben als Konsequenz aus der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs behandeln eine Reihe von Dokumenten und Veröffentlichungen, die als Ergänzung dieses Leitfadens besonders zu empfehlen sind:

- Wingenfeld K, Büscher A (2017): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf (Aufruf: 01.04.2019)

Die Expertise von Klaus Wingenfeld und Andreas Büscher (unter Mitarbeit von D. Wibbeke) wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erarbeitet, um den infolge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erforderlichen Prozess der Weiterentwicklung der Pflege zu unterstützen. Für den vorliegenden Leitfaden ist dieses Papier eine zentrale Quelle.

⁴ Das Strukturmodell wird manchmal auch verkürzt als SIS® bezeichnet, obwohl die „Strukturierte Informationssammlung (SIS®)“ nur eines von vier Elementen des Strukturmodells ist.

- Beirat zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2017): Präambel zum Fachbericht Pflege. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege_Praeambel.pdf

Der vom BMG eingerichtete Beirat zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat eine Präambel zur Expertise von Wingenfeld und Büscher formuliert, mit der die Relevanz der Ausführungen der Expertise für verschiedene Themenfelder explizit anerkannt und unterstrichen wird.

- Hoffer H (2017): Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Recht der Pflegeversicherung – Paradigmenwechsel (auch) für die pflegerische Versorgung. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.). Pflegereport 2017. S. 13-21. Stuttgart: Schattauer.

Der Artikel von Heike Hoffer bietet eine kurz gefasste Übersicht zu den Konsequenzen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs für die Praxis der Pflege.

- AOK-Bundesverband (o. J): Pflege neu verhandeln. (Broschüre). <https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/pflege/beduerftigkeit/index.html> (Aufruf: 01.04.2019)

Die Broschüre des AOK-Bundesverbands erläutert anhand von drei Beispielpersonen, welche Perspektiven für die pflegerische Versorgung durch das neue Pflegeverständnis eröffnet werden.

- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2016): Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Qualitaetsrahmen_Beratung_Pflege.pdf (Aufruf: 01.04.2019)

Im Mittelpunkt dieser Publikation des ZQP steht die Qualität von Beratungsprozessen in der Pflege. Die Broschüre enthält viele nützliche Hinweise für das Verständnis von Aufklärung, Beratung, Anleitung und Edukation.

Weitere in diesem Leitfaden zitierte Literatur sowie Verweise auf sonstige Quellen sind in den Fußnoten angegeben.

1. Einführung in das Thema: Perspektivwechsel in der Pflege durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

Seit dem 1. Januar 2017 ist der Pflegebedürftigkeitsbegriff in § 14 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI)⁵ folgendermaßen gefasst:

„Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI)⁶

Von der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 bis zum 31. Dezember 2016 galt dagegen folgender, nunmehr „alter“, Pflegebedürftigkeitsbegriff:

„Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI in der Fassung von Art. 1 PflegeVG)

Mit Blick auf das Thema dieses Leitfadens sind folgende Formulierungen in der neuen gesetzlichen Bestimmung besonders aufschlussreich:

- „[...] gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten [...]“

Im Mittelpunkt des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – und damit auch des daraus folgenden Verständnisses der pflegerischen Aufgaben – stehen die Selbständigkeit und die Fähigkeiten des Menschen.

In der alten Fassung des § 14 wurden in Absatz 1 noch „Krankheit oder Behinderung“ genannt und im zweiten Absatz folgten dann nähere Angaben, was in diesem Zusammenhang unter Krankheit bzw. Behinderung zu verstehen ist. In der neuen Fassung des § 14 folgen dagegen genauere Angaben zu den Lebensbereichen, in denen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten eine Pflegebedürftigkeit begründen können.

⁵ Sie finden das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) im Internet: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/

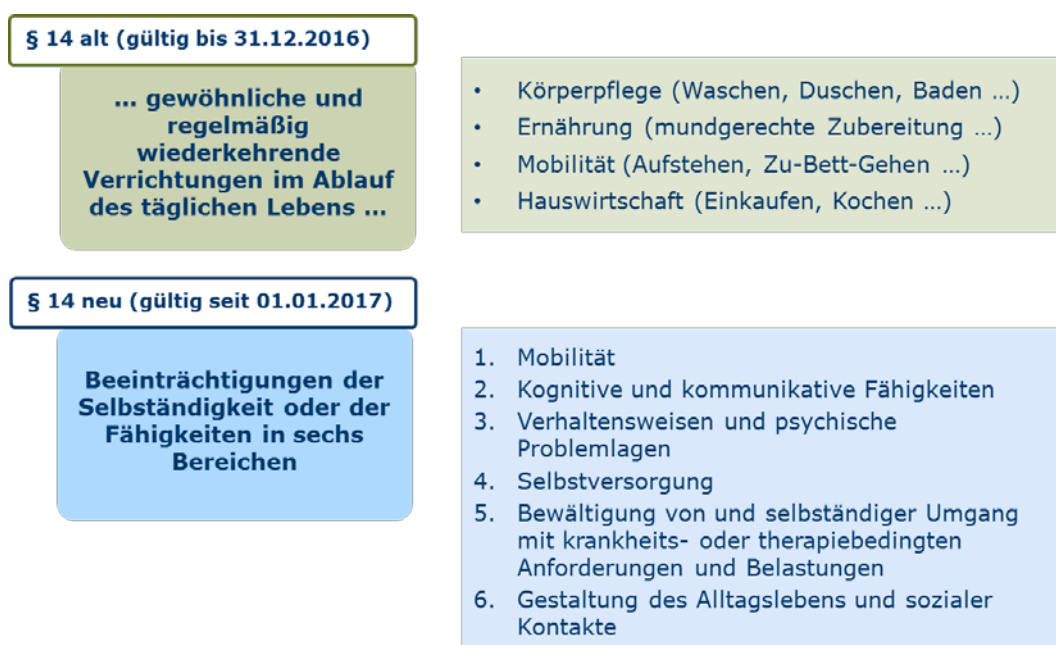
⁶ In § 61a SGB XII ist der Begriff der Pflegebedürftigkeit für die Hilfe zur Pflege geregelt.

Diese Blickwendung spiegelt auch das 2017 neu eingeführte Begutachtungsinstrument, welches den Grad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit in sechs Lebensbereichen ermittelt. (vgl. Abbildung 4).

- „[...] nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können [...]“

Ein wichtiges Kriterium für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit ist sowohl nach der alten, als auch nach der neuen Definition das Angewiesensein auf die Hilfe anderer Menschen. In der neuen Fassung des § 14 SGB XI ist darüber hinaus davon die Rede, dass ein Mensch nicht in der Lage ist, die Auswirkungen gesundheitlicher Probleme zu „bewältigen“ oder mit Anforderungen „selbständig umzugehen“, die aus seinen gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen erwachsen. Diese Formulierungen deuten auf einen wichtigen Aspekt des neuen Pflegeverständnisses hin: Zu den pflegerischen Hilfen gehört das, was den Menschen dabei unterstützt, seine jeweiligen pflegerischen Problemlagen besser und selbständiger zu bewältigen. Dies kann eine teilweise oder gar vollständige Übernahme einer pflegerischen Handlung durch die Pflegekraft sein, aber auch eine Beratung der pflegebedürftigen Person, wie sie mit ihren Beeinträchtigungen umgehen, Verschlechterungen vorbeugen und ihre verbliebene Selbständigkeit erhalten oder sogar wiedergewinnen kann.

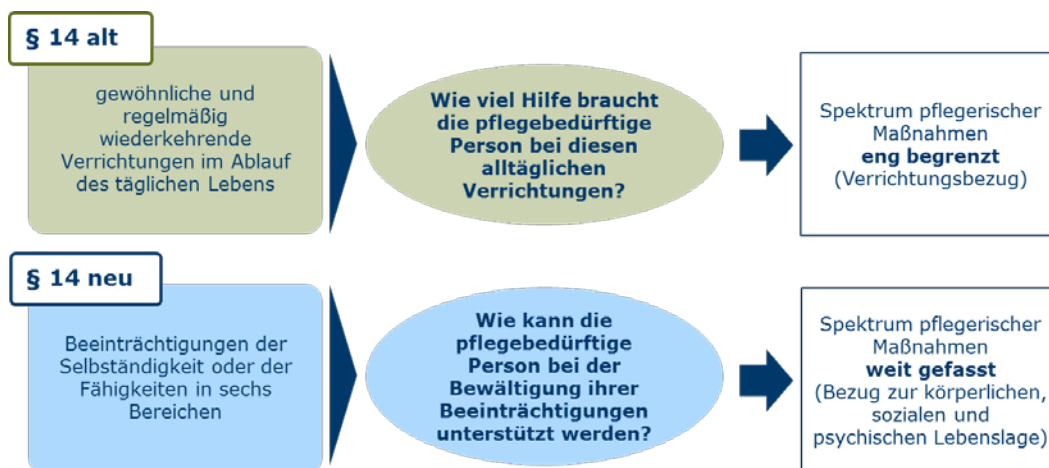
Abbildung 4: Unterschiede in der Erfassung pflegerischer Problemlagen unter dem alten bzw. dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff



Besonders wichtig für den Perspektivwechsel in Bezug auf die pflegerischen Aufgaben und die Ausgestaltung der pflegerischen Hilfen ist der Wegfall des sogenannten „Verrichtungsbezugs“: Solange Pflegebedürftigkeit vor allem am Hilfebedarf bei alltäglichen Verrichtungen festgemacht wurde, solange waren auch die pflegerischen Hilfen im Sinne des SGB XI auf die Unterstützung bei Verrichtungen im Zusammenhang mit Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlicher Versorgung eingeengt. Die Hilfen ergaben sich aus der Frage: „Welche Hilfen braucht die pflegebedürftige Person bei diesen alltäglichen Verrichtungen und in welchem Umfang?“

Mit der Orientierung auf die Selbständigkeit in den sechs Lebensbereichen kommt bei der Festlegung der pflegerischen Aufgaben dagegen die gesamte Lebenslage des pflegebedürftigen Menschen in den Blick. Unterstützung und Hilfe bei Verrichtungen des täglichen Lebens werden in vielen Fällen weiterhin erforderlich sein. Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird jedoch ein viel breiteres Spektrum von pflegerischen Problemlagen erfasst. Damit wird gleichzeitig auch das Spektrum der einzusetzenden pflegerischen Hilfen entsprechend erweitert. Die Frage lautet nun: „Wie kann die pflegebedürftige Person bei der Bewältigung ihrer Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten unterstützt werden?“

Abbildung 5: Erweiterung der Perspektive in Bezug auf pflegerische Aufgaben und Hilfen



Quelle: IGES

Der neu gefasste Pflegebedürftigkeitsbegriff hat daher weitreichende Auswirkungen darauf,

- welche pflegerischen Hilfen in den Blick genommen und mit welchem Ziel diese erbracht werden. Es gilt nämlich,

„[...] dass die Leistungen der Pflegeversicherung zukünftig alle fachwissenschaftlich als geeignet und angemessen angesehenen Pflegemaßnahmen beinhalten sollen, mit denen die in § 14 Abs. 2 beschriebenen pflegerischen

Problemlagen bewältigt werden können. Bei diesen Maßnahmen ist entsprechend den Zielen des fachwissenschaftlichen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit ... darauf zu achten, dass sie konsequent auf die Stärkung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten ... des Pflegebedürftigen ausgerichtet sind.“ (Hoffer 2017, S. 16)

Im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird häufig von einem „Paradigmenwechsel“ – also einem Wandel der grundlegenden Herangehensweise – in der Langzeitpflege gesprochen. Andere betonen dagegen, dass es sich eher um eine Rückbesinnung auf ein schon immer vorhandenes Verständnis von Pflege handelt, welches durch die lange Zeit dominierende „Verrichtungsorientierung“ lediglich überdeckt wurde.

Im Hinblick auf die pflegerische Praxis lässt sich die veränderte Perspektive in zwei Aussagen zusammenfassen:

- Die pflegebedürftige Person kann erwarten, dass mit ihr zusammen eine umfassende Problemlösungsstrategie für ihre pflegebedingte individuelle Situation entwickelt wird.
- Die Pflegefachkraft kann im Rahmen ihrer pflegerischen Aufgaben und Aktivitäten auf der Grundlage einer fundierten fachlichen Einschätzung alle geeigneten pflegerischen Maßnahmen und Hilfen zur Unterstützung in die fachliche Betrachtung einbeziehen, welche die körperliche, psychische und zum Teil soziale Situation der pflegebedürftigen Person - und ggf. der Angehörigen - stabilisieren.

2. Konsequenzen: Welche Aufgaben ergeben sich für Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte?

Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Praxis macht Anpassungen der Konzepte und Vorgehensweisen in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie in der Tätigkeit vor allem der Pflegefachkräfte erforderlich. Bevor weitere Details des neuen Pflegeverständnisses erläutert werden, sollen die großen „Aufgabenblöcke“ kurz skizziert werden. Die weiteren Kapitel dieses Leitfadens folgen diesen Aufgabenblöcken.

Abbildung 6: Aufgabenblöcke bei der Umsetzung des neuen Pflegebegriffs in der Praxis



Quelle: IGES

Pflegerische Konzeption

Im ersten Kapitel dieses Leitfadens wurde deutlich gemacht, dass mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff eine grundlegende Veränderung in der Pflege eingeleitet worden ist („Paradigmenwechsel“). Die Dienste und Einrichtungen sollten daher prüfen, ob ihre pflegerischen Konzeptionen und Leitbilder diesem neuen Pflegeverständnis bereits gerecht werden oder ob Anpassungen erforderlich sind.

Die wichtigsten konzeptionellen Hintergründe werden in diesem Leitfaden in den Kapiteln 1 und 3 erläutert.

Spektrum pflegerischer Hilfen

Verbunden mit dem übergeordneten Ziel des Erhalts und der Förderung der Selbständigkeit ist die Erweiterung der Perspektive auf die pflegerischen Hilfen: Pflegebedürftige sollen eine Unterstützung bei der Bewältigung ihrer individuellen pflegerischen Problemlagen erhalten, die den Menschen und seine Situation pflegerisch umfassend in den Blick nimmt. Dadurch gewinnen edukative Maßnahmen

(Beratung, Anleitung und Schulung) eine größere Bedeutung, die zur Stabilisierung der Pflegesituation oder zur Entlastung der pflegebedürftigen Person und ihrer pflegenden Angehörigen beitragen können.

Die Ausführungen in Kapitel 4 sollten zum Ausgangspunkt genommen werden, das bestehende Spektrum an pflegerischen Maßnahmen in der eigenen Einrichtung zu überprüfen und ggf. anzupassen.

Integration in den Pflegeprozess

Durch den früher vorherrschenden Verrichtungsbezug wurde auch der Blick darauf, was zu den pflegerischen Aufgaben gehört (bzw. gehören darf) eingeengt. Unter dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist ein umfassenderer Blick möglich und erforderlich. Das sechste Kapitel diskutiert schrittweise, welche neuen Akzentsetzungen sich daraus für den Pflegeprozess ergeben.

Prozess-, Personal- und Qualitätsmanagement

Für die Implementierung des neuen Pflegeverständnisses dürften in der Regel Informations- und Schulungsmaßnahmen für die Beschäftigten sinnvoll sein. Manche pflegerischen Hilfen – wie etwa Angebote zur gezielten Ressourcenförderung – erfordern unter Umständen auch Anpassungen der organisatorischen Abläufe. Kapitel 7 gibt Hinweise zu diesen Themenkomplexen.

Rahmenbedingungen

Der weitere Prozess der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs steht in engen Wechselbeziehungen zu wichtigen parallelen Entwicklungen, die zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Leitfadens teilweise noch nicht abgeschlossen sind. Die folgenden Punkte nennen solche Entwicklungen, auf die in den weiteren Kapiteln – abgesehen vom Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation – nicht ausdrücklich eingegangen werden kann:

- Die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI auf Länderebene regeln die Inhalte der pflegerischen Versorgung, insbesondere auch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Sie sind damit von großer Bedeutung für Art und Umfang der pflegerischen Hilfen, die den Pflegebedürftigen angeboten werden können.
- Die Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen gem. § 114 SGB XI sowie für die Qualitätsdarstellung (§ 115 SGB XI) werden sowohl für den stationären, als auch für den ambulanten Bereich neu entwickelt (vgl. § 113b Abs. 4 SGB XI). Für die stationären Pflegeeinrichtungen werden die neuen Verfahren und Instrumente zur Qualitätserhebung, -prüfung und -darstellung ab Herbst 2019 wirksam werden. Für den ambulanten Bereich liegt der Abschlussbericht über die Verfahrensentwicklung vor, der weitere

Prozess ist noch nicht abgeschlossen.⁷ In den neuen Qualitätssicherungsinstrumenten werden die zentralen Aspekte des in diesem Leitfaden umrissenen neuen Pflegeverständnisses abgebildet. Auch beim Indikatorenansatz zur Erfassung von Versorgungsergebnissen in der stationären Pflege steht die Frage nach der Selbständigkeit im Mittelpunkt.

- Mit dem Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation wurde nicht nur eine aufwandsreduzierende Dokumentationssystematik eingeführt.⁸ Ebenso wichtig ist die Betonung der Personzentrierung, womit das Strukturmodell wesentliche Aspekte des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den Mittelpunkt stellt. Die Aufgabe der „Integration in den Pflegeprozess“ (Kapitel 6) wird beispielhaft unter Bezugnahme auf das Strukturmodell erläutert. Darüber hinaus wird es eine wichtige Aufgabe bleiben, den Aspekt der Entbürokratisierung der Pflege angesichts der Herausforderungen durch die grundlegenden Entwicklungen in den hier genannten Bereichen im Blick zu behalten.
- Das gemäß § 113c SGB XI zu entwickelnde, wissenschaftlich fundierte Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen muss die fachlichen Ziele und die Konzeption des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs berücksichtigen; es kann jedoch noch nicht Thema dieses Leitfadens sein, da der Prozess der Entwicklung und Erprobung noch nicht abgeschlossen ist.
- In der Folge des 2017 verabschiedeten Pflegeberufgesetzes wird in den kommenden Jahren die Ausbildung von Pflegefachkräften grundlegend reformiert. Dabei wird mit Blick auf die Langzeitpflege auch der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eine wichtige Rolle spielen müssen.

Die vielfältigen Beziehungen, die zwischen diesen Rahmenbedingungen und der Aufgabe der Implementierung eines neuen Pflegeverständnisses bestehen, können in diesem Leitfaden nicht weiter vertieft werden bzw. eine eingehendere Betrachtung wird erst möglich sein, wenn die entsprechenden Entwicklungs- und Anpassungsprozesse abgeschlossen sind.

⁷ Weitere Informationen und Dokumente finden sich auf der Website der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege: <https://www.gs-gsa-pflege.de/dokumente-zum-download/> (Aufruf: 01.04.2019)

⁸ Nähere Informationen zum Strukturmodell sowie die aktuellen Schulungsunterlagen finden sich auf der Website: <https://www.ein-step.de/> (Aufruf: 01.04.2019)

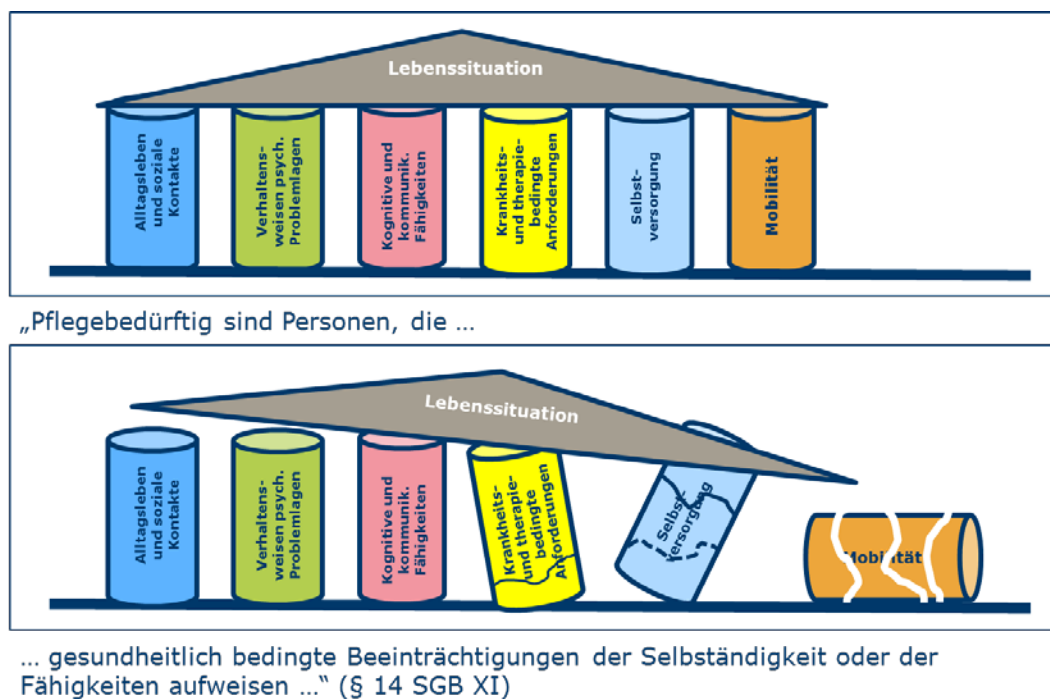
3. Anpassung der pflegerischen Konzeption an das neue Pflegeverständnis

Von zentraler Bedeutung für das neue Pflegeverständnis sind zwei fachliche Grundgedanken (vgl. Wingefeld & Büscher 2017):

- Pflegebedürftige sollen *umfassende Hilfe bei der Bewältigung der Folgen von Krankheit und funktionellen Beeinträchtigungen* erhalten.
- Übergeordnetes Ziel aller pflegerischen Hilfen sind die *Erhaltung und Förderung der Selbständigkeit*.

Was das im Einzelnen bedeutet, soll im Folgenden anhand eines Bildes, welches die wesentlichen Grundgedanken des neuen Pflegeverständnisses verdeutlicht, erläutert werden.

Abbildung 7: Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff - Verdeutlichung mit Hilfe eines Bildes



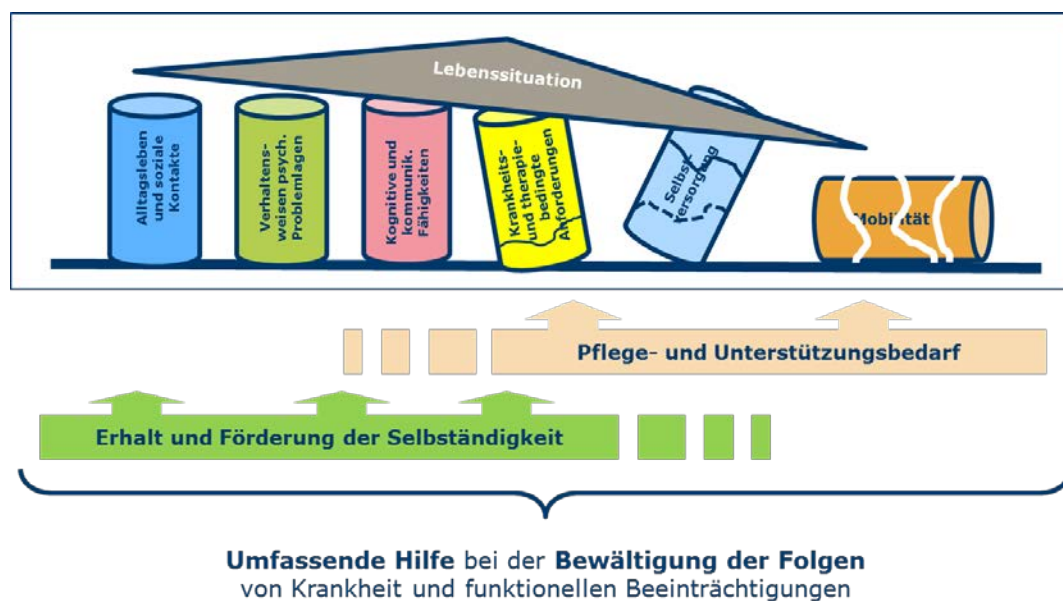
Quelle: IGES

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Selbständigkeit oder die Fähigkeiten des Menschen in einem oder mehreren der sechs durch das Begutachtungsinstrument (§ 15 SGB XI) erfassten Bereiche dauerhaft beeinträchtigt sind. Die drei nicht mehr aufrecht stehenden Säulen in der unteren Hälfte der Abbildung 7 sollen dies symbolisieren. Das neue Pflegeverständnis zeichnet sich dadurch aus, dass bei der Planung von Hilfen nicht nur diese drei Säulen – also die Lebensbereiche, in denen bereits Beeinträchtigungen bestehen – beachtet werden, sondern die gesamte „in

eine Schieflage“ geratene Lebenssituation des betroffenen Menschen in den Blick genommen wird. Das bedeutet zum Beispiel, dass auch die drei noch gerade stehenden Säulen auf der linken Seite – also die Lebensbereiche, in denen noch keine ausgeprägten Beeinträchtigungen festgestellt wurden – aus der pflegfachlichen Perspektive betrachtet werden müssen. Diese Bereiche haben womöglich eine stabilisierende Funktion als „Stützpfeiler“ der Lebens- und Pflegesituation. Deshalb kann es wichtig sein, die in diesen Bereichen vorhandenen Fähigkeiten durch geeignete pflegerische Hilfen zu erhalten und zu fördern oder die „Stützpfeiler“ zu entlasten, damit ihre stabilisierende Funktion länger erhalten bleibt.

Mit den Grundgedanken der „umfassenden Hilfe“ und der Orientierung am übergeordneten Ziel des „Erhalts und der Förderung der Selbständigkeit“ ist vor allem ein erweitertes Verständnis der pflegerischen Aufgaben gemeint: Die Hilfe zur Bewältigung der pflegerischen Problemlagen umfasst gleichermaßen die unmittelbare Unterstützung in den bereits beeinträchtigten Lebensbereichen, als auch Maßnahmen zur Stabilisierung der Lebenssituation im Sinne der aktiven Förderung der (verbliebenen) Selbständigkeit bzw. der Stärkung der „Stützpfeiler“.

Abbildung 8: Erweitertes Verständnis pflegerischer Aufgaben: Umfassende Hilfe bei der Bewältigung von pflegerischen Problemlagen



Quelle: IGES

3.1 Erhalt und Förderung der Selbständigkeit

Wenn Pflegebedürftigkeit aus Beeinträchtigungen der Selbständigkeit resultiert, dann sollte es oberste Maxime pflegerischen Handelns sein, dem entgegenzuwirken, also einen weiteren Selbständigkeitsverlust nach Möglichkeit aufzuhalten.

Viele Pflegekräfte werden spontan sagen, dass sie durch diesen Satz nichts Neues erfahren, sondern schon in ihrer Ausbildung gelernt haben, dass die Förderung bzw. der Erhalt der Selbständigkeit zu den wichtigsten Aufgaben der Pflege gehören. Die meisten werden ferner auf das Konzept der „aktivierenden Pflege“ verweisen, dem sie in ihrem täglichen Handeln folgen und das im Übrigen auch im Sozialgesetzbuch XI verankert ist.⁹

Gerade weil der Begriff „aktivierende Pflege“ seit langem in der Pflege gebräuchlich ist und an vielen Stellen verwendet wird – es dürfte nur wenige Pflegeeinrichtungen geben, in deren Pflegekonzeption die „aktivierende Pflege“ nicht erwähnt wird – bestehen Zweifel, dass dies noch ein geeigneter Leitbegriff für die erforderlichen neuen Akzentsetzungen in der Praxis ist. So kritisieren Wingenfeld und Büscher, dass mit der „aktivierenden Pflege“ die Vorstellung einhergehe, „die Förderung der Selbstpflegekompetenz oder anderer Kompetenzen könne während der täglichen Pflege, also gewissermaßen nebenbei erfolgen“ (Wingenfeld & Büscher 2017, S. 9).

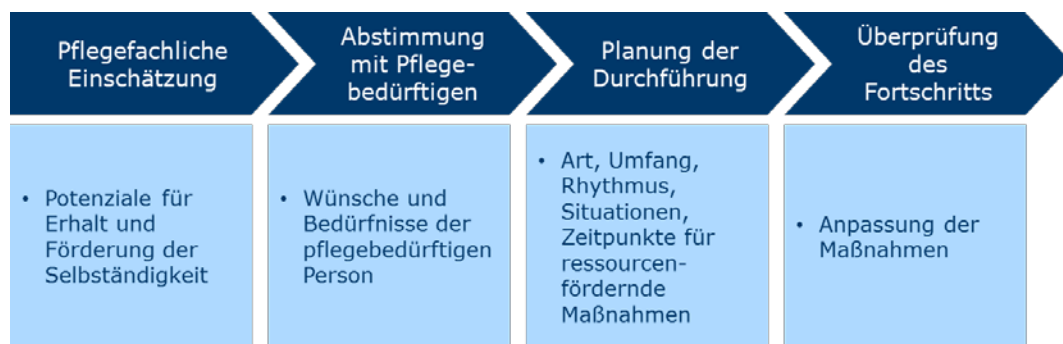
Um den Grundgedanken des Erhalts und der Förderung der Selbständigkeit umzusetzen, bedarf es aber vor allem einer *zielgerichteten Ressourcenförderung*. Im Gegensatz zu einer vermeintlich ständig und überall stattfindenden „aktivierenden Pflege“ bedeutet dies:

- Es erfolgen eine pflegefachliche Einschätzung und eine individuelle Abstimmung mit der pflegebedürftigen Person (und ggf. den Angehörigen), in welchen Bereichen gesonderte pflegerische Maßnahmen zur Förderung der Selbständigkeit sinnvoll und gewünscht sind.
- Auf dieser Basis wird vereinbart, was gemeinsam erreicht werden soll.
- Die Durchführung wird in die Pflege- bzw. Maßnahmenplanung aufgenommen. Dies führt dazu, dass „Art, Umfang, Rhythmus, Situationen und Zeitpunkte für ressourcenfördernde Maßnahmen klar definiert und aus dem engen Rahmen der Alltagsverrichtungen herausgelöst werden“ (Wingenfeld & Büscher 2017, S. 9).
- Der Fortschritt wird überprüft, die Vorgehensweise ggf. angepasst.

⁹ So heißt es beispielsweise in § 2 Absatz 1 SGB XI: „Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten.“

Zielgerichtete Ressourcenförderung findet somit in der Regel nicht „nebenbei“ statt, sondern ist als systematisches pflegerisches Handeln im Rahmen des Pflegeprozesses zu verstehen.¹⁰

Abbildung 9: "Erhalt und Förderung der Selbständigkeit": Zielgerichtete Ressourcenförderung statt „Aktivierung nebenbei“



Quelle: IGES

Was bleibt in diesem Zusammenhang noch von der „aktivierenden Pflege“? Die Förderung der Selbständigkeit ist als eine grundsätzliche Handlungsorientierung zu verstehen, d. h. bei allen pflegerischen Handlungen sollte die Aufmerksamkeit darauf gerichtet sein. Insofern bleibt der ursprünglich mit dem Konzept der „aktivierenden Pflege“ verbundene Gedanke erhalten – er reicht aber nicht aus.

Unter dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sollen Erhalt und Förderung der Selbständigkeit als konkrete pflegerische Aufgaben stärker in den Vordergrund rücken. Dafür ist es zwar förderlich, die „aktivierende Pflege“ im Sinne einer grundsätzlichen Haltung zu verfolgen. Darüber hinaus muss die Förderung der Selbständigkeit jedoch in Form von geplanten und zielgerichteten pflegerischen Hilfen „greifbar“ werden. Für die Pflegeeinrichtungen bedeutet dies nicht zuletzt, dass sie ihre Pflegekonzepte, Leitbilder und Leistungsangebote überprüfen und ggf. um Angebote zur systematischen Ressourcenförderung erweitern müssen.

3.2 Umfassende Hilfe bei der Bewältigung der Folgen von Krankheit und funktionellen Beeinträchtigungen

Der Grundgedanke der „umfassenden Hilfe“ besagt, dass mit der Erweiterung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit über die Hilfe bei Alltagsverrichtungen hinaus auch

¹⁰ Siehe dazu auch Wingenfeld & Büscher 2017, S. 9: „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).“

eine entsprechende Erweiterung der pflegerischen Hilfen einhergehen wird. Als pflegerische Hilfe kommen alle Maßnahmen in Betracht, die geeignet sind, den pflegebedürftigen Menschen bei der Bewältigung der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten pflegfachlich begründet umfassend zu unterstützen und seine Selbständigkeit zu erhalten und zu fördern.

Mit „umfassend“ ist also nicht gemeint, dass „möglichst viele“ Hilfen erbracht werden – dies könnte in Widerspruch zum Ziel der Förderung der Selbständigkeit geraten. Vielmehr soll dies ausdrücken, dass die Handlungsoptionen, die eine Pflegefachkraft für ihr Hilfsangebot nutzen kann, deutlich weiter gefasst sind. Ziel ist es, Maßnahmenbündel festzulegen, die dem Zweck – Unterstützung bei der Bewältigung der pflegerischen Problemlagen – am ehesten gerecht werden können. Dabei muss es sich nicht unbedingt um regelmäßige und dauerhafte Hilfen handeln, sondern es können auch zeitlich befristete Maßnahmen – wie beispielsweise ein über eine festgelegte Anzahl von Terminen begleitetes Training – in Frage kommen.

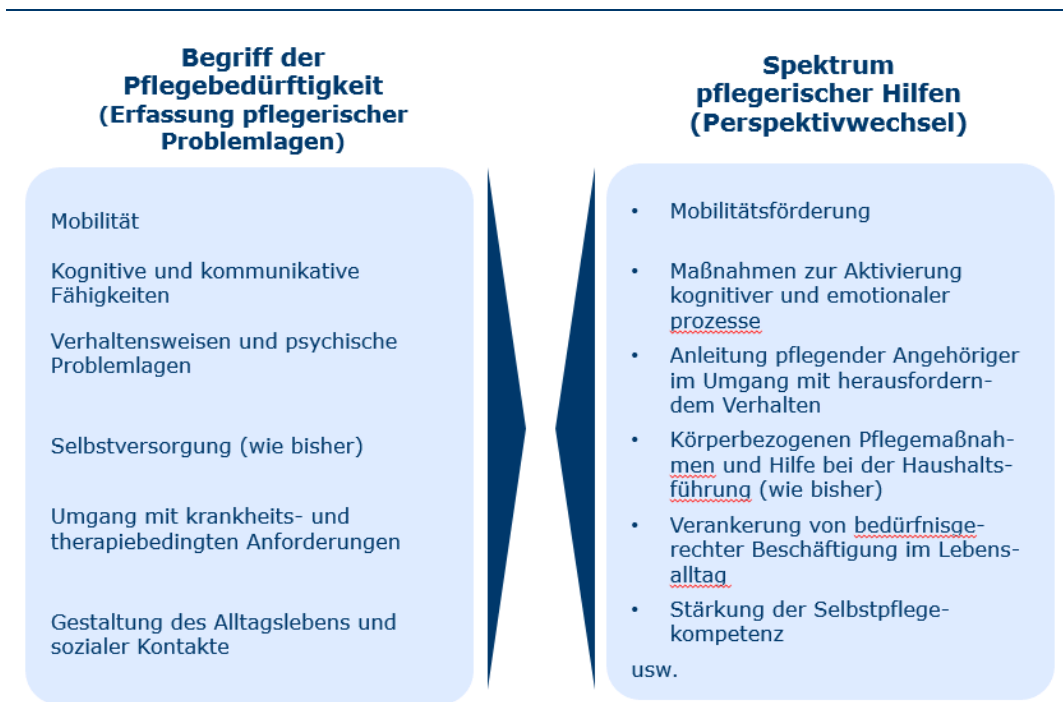
Die Akzentsetzung auf die „umfassende Hilfe“ bedeutet nicht, dass die bisherige Praxis komplett verändert wird: Viele Pflegebedürftige werden weiterhin auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und die Unterstützung bei Verrichtungen des täglichen Lebens angewiesen sein. Die pflegerische Unterstützung kann jedoch weitere Hilfen umfassen. Wingenfeld und Büscher (2017) nennen in ihrer Expertise eine Reihe von Beispielen:

„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.“¹¹

Abbildung 10: „Umfassende Hilfe ...“: Die Erweiterung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit geht einher mit einem Perspektivwechsel bei dem Spektrum der pflegerischen Hilfen



Quelle: IGES

Die Erweiterung des Spektrums pflegerischer Hilfen erstreckt sich vor allem auf Unterstützung bei psychosozialen Problemlagen sowie auf Maßnahmen, die sich unter der Überschrift „Beratung, Anleitung und Schulung“ zusammenfassen lassen. Wichtig ist ferner, dass auch Hilfen dazu gehören, die sich an das soziale und sonstige Umfeld, vor allem an (pflegende) Angehörige oder wichtige Bezugspersonen, richten. Die Beratung und Anleitung von Angehörigen stärkt deren Kompetenzen und trägt damit zu einer Verbesserung der Situation der pflegebedürftigen Person bei.

¹¹ Wingenfeld & Büscher 2017, S. 8. Es geht hier nicht um ein „add-on“: „Der Erhalt von Selbstständigkeit ist allerdings auch eine Handlungsorientierung, die unabhängig von der Durchführung bestimmter Übungsabfolgen berücksichtigt werden soll.“ (Ebda., S. 9).

4. Erweiterung des Spektrums pflegerischer Hilfen

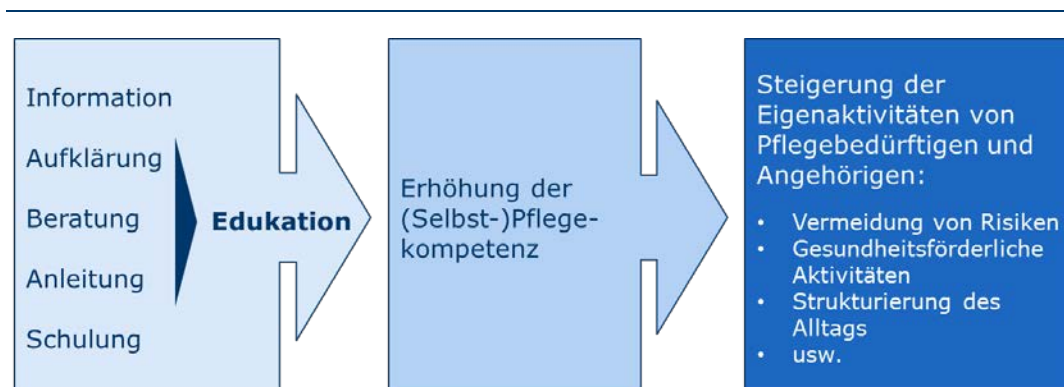
Angesichts der übergeordneten Zielsetzung der Förderung und des Erhalts von Selbständigkeit liegt es auf der Hand, dass pflegerische Hilfen ein stärkeres Gewicht erhalten müssen, die Pflegebedürftige – und ggf. auch – Angehörige befähigen und ermutigen, die Herausforderungen ihrer Lebenssituation – soweit noch möglich – eigenständig zu bewältigen. In der Expertise von Wingenfeld und Büscher wird daher als ein weiterer fachlicher Grundgedanke die *Aufklärung, Beratung und Anleitung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen* genannt (Wingenfeld & Büscher 2017, S. 10).

4.1 Aufklärung, Beratung und Anleitung

Aufklärung, Beratung und Anleitung – auch hier werden die meisten Pflegekräfte einwenden, dass alle drei Elemente schon immer fester Bestandteil ihrer täglichen Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen sind. Ähnlich wie beim Grundgedanken der Selbstständigkeitsförderung gilt es jedoch auch hier, die Akzentverschiebung zu beachten: Die gesprächsweise Übermittlung von Informationen während bzw. neben der Durchführung anderer pflegerischer Handlungen oder kurze Gespräche, in denen praktische Tipps gegeben werden, sind nicht gemeint.

Stattdessen geht es auch hierbei um geplante und zielgerichtete Maßnahmen: Durch Aufklärung, Beratung und Anleitung sollen die Kompetenzen der Pflegebedürftigen und ihrer Bezugspersonen verbessert und dadurch eine eigenständigere Bewältigung pflegerischer Problemlagen ermöglicht werden. Damit ist ein deutlich höherer Anspruch verbunden, der auch darin zum Ausdruck kommt, dass diese Arten pflegerischer Hilfen unter dem Begriff „Eduktion“ zusammengefasst werden.

Abbildung 11: "Aufklärung, Beratung und Anleitung": Edukation mit dem Ziel der Erhöhung der Selbstpflegekompetenz bzw. der Pflegekompetenz von Angehörigen



Quelle: IGES

Damit wird eine Verbindung zu der in englischsprachigen Ländern stärker etablierten „patient education“ hergestellt. Die richtige Übersetzung dafür wäre am ehesten „Patientenausbildung“, denn es geht darum, Patienten oder Pflegebedürftigen das erforderliche Wissen und die geeigneten Verhaltensweisen zu vermitteln, mit denen sie ihre gesundheitliche oder pflegerische Situation selbst positiv beeinflussen können. Das „Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)“ hat in einer Broschüre die verschiedenen, in diesem Zusammenhang wichtigen Begriffe voneinander abgegrenzt (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12: Begriffsdefinitionen rund um die Themen Beratung und Edukation

Information und Auskunft	„... Eine Information zu geben oder eine Auskunft zu erteilen heißt, einer Person Wissen zur Verfügung stellen, jemanden über etwas unterrichten oder benachrichtigen...“
Aufklärung	„... Durch Aufklärung soll ein Problemverständnis erzeugt werden, über das sich Einstellungs- und Verhaltensänderungen bewirken lassen...“
Schulung, Anleitung und Edukation	„... Durch Schulung, Anleitung und Edukation sollen krankheits- und problembezogenes Wissen sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten, die im Umgang mit spezifischen Problemen erforderlich sind, gezielt vermittelt werden. [...] Schulung, Anleitung und Edukation zielen darauf ab, Bewältigungs- und Selbstmanagementkompetenzen zu vermitteln. Es sollen Pflegetechniken erlernt werden, die im Alltagsleben selbstständig angewendet werden. [...] Sie sind durch im Vorfeld festgelegte Endergebnisse und eine dementsprechend geringe Flexibilität und Offenheit gekennzeichnet.“
Beratung	„Beratung ist eine als Kurzzeitintervention konzipierte Unterstützung, die das Ziel verfolgt, Strategien zur Problemlösung zu entwickeln. Sie ist auf einen bestimmten Zeitraum bezogen und nicht dauerhaft angelegt.“

Quelle: IGES nach Zentrum für Qualität in der Pflege (2016)

Von „edukativen pflegerischen Hilfen“ wird man also am ehesten sprechen können, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Es liegt eine fachliche Einschätzung vor, welche Fähigkeiten oder Fertigkeiten fehlen oder verbesserungsbedürftig sind. Es wurde mit dem pflegebedürftigen Menschen (und ggf. den Angehörigen) abgestimmt, dass gemeinsam an der Verbesserung gearbeitet werden soll.
- Es werden Ziele formuliert: Was genau soll der pflegebedürftige Mensch (oder seine Angehörigen) zukünftig (besser) können?
- Die Vermittlung der jeweiligen Kenntnisse und Fertigkeiten erfolgt nicht „nebenher“, sondern systematisch und geplant (vgl. die Ausführungen zur zielgerichteten Ressourcenförderung und Abbildung 9).
- Das Erreichen der Ziele wird überprüft und das edukative Programm ggf. angepasst.

Edukation unterscheidet sich damit deutlich von einer beiläufigen Informationsübermittlung oder einem „Kurz-mal-zeigen-wie’s-geht“. Auf der anderen Seite ist

natürlich auch keine Ausbildung im Sinne einer pflegefachlichen Qualifikation gemeint. Mit Blick auf die Unterstützung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz stellen Wingenfeld und Büscher dazu klar:

„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 Erfordernissen der Pflegesituation nicht ausreichend Rechnung trägt.“ (Wingenfeld & Büscher 2017, S. 25)

Gegenwärtig sind pflegerische Angebote, die die oben genannten Charakteristika aufweisen, noch nicht sehr weit verbreitet. Wingenfeld und Büscher bezeichnen den Ausbau solcher Hilfen in ihrer Expertise als eine „wichtige Aufgabe“, aber auch als „eine große Herausforderung für die qualitative Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung“ (Wingenfeld & Büscher 2017, S. 11). Im nächsten Abschnitt folgen einige Hinweise auf Programme und Interventionen zur Förderung und zum Erhalt von Selbständigkeit.

Abbildung 13: Definition von "Eduktion" in den Begutachtungs-Richtlinien

Unter Edukation werden Lern- und Bildungsmaßnahmen verstanden, die in vier Kernaktivitäten zusammengefasst werden: Information, Schulung, Beratung und Anleitung. Diese Aktivitäten können getrennt, aber auch miteinander verknüpft werden. Sie können der antragstellenden Person allein oder gemeinsam mit ihren Angehörigen angeboten werden.

Die vier Kernaktivitäten der Edukation werden wie folgt definiert:

- Information ist eine knappe mündliche, schriftliche oder mediale Weitergabe
- Beratung ist ein ergebnisoffener Dialog zur Unterstützung der Entscheidungsfindung oder der Entwicklung von Problemlösungen bzw. Handlungsstrategien im Umgang mit Krankheitsfolgen
- Schulung ist ein zielorientierter, didaktisierter Prozess mit Ergebnissicherung
- Anleitung ist die Vermittlung oder begleitete Einübung von einzelnen Fertigkeiten oder Verhaltensweisen

Quelle: Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit (Begutachtungs-Richtlinien – BRi, Stand 31.03.2017); https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_zur_pflegeberatung_und_pflegebeduerftigkeit/2017-05-16_Pflege_BRi_aktualisierte_Fassung_vom_31.03.2017.pdf (Aufruf: 01.04.2019)

4.2 Beispiele für Programme zur Förderung und zum Erhalt von Selbständigkeit

4.2.1 Mobilität

Zahlreiche wissenschaftliche Befunde sprechen dafür, dass sich durch Bewegungsförderung eine Vielzahl von positiven Effekten auf die Gesundheit und Selbständigkeit von Pflegebedürftigen erzielen lassen. Dies ist auch dem Abschlussbericht über die Entwicklung des Expertenstandards zur Erhaltung und Förderung der Mobilität von Pflegebedürftigen zu entnehmen. Dieser nach § 113a SGB XI entwickelte Expertenstandard steht auf der Homepage des GKV-Spitzenverbands zur Verfügung.¹²

Im Rahmen einer breit angelegten Literaturanalyse wurden u. a. auch zahlreiche Interventionsprogramme hinsichtlich ihrer Wirksamkeit im ambulanten bzw. stationären Sektor sowie bei unterschiedlichen Zielgruppen untersucht. Wegen der meist unzureichenden Studienlage konnten jedoch meist keine ausdrücklichen Empfehlungen im Hinblick auf einzelne Interventionen oder Programme ausgesprochen werden.

Eine sehr nützliche Auflistung und ausführliche Beschreibung von empfehlenswerten Maßnahmen zur Bewegungsförderung für den Bereich der stationären Langzeitpflege bietet die ZQP-Datenbank „Bewegungsfördernde Interventionen“.¹³ Neben Programmen zur allgemeinen Bewegungsförderung umfasst die Liste auch speziellere Interventionen, z. B. zur Sturzprophylaxe, zum Geh- oder Armtraining. Zwar beklagen auch die Entwickler dieser Datenbank die meist unzureichende wissenschaftliche Studienlage, sie identifizieren jedoch 20 Interventionen, die zumindest hinreichende Plausibilität hinsichtlich Wirksamkeit und Anwendbarkeit bei Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen aufweisen.¹⁴

In der ZQP-Datenbank ist jede empfohlene Maßnahme zunächst überblicksartig auf den beiden Achsen der Eignung für (1) Bewohner, die selbständig bzw. nicht selbständig aufstehen und gehen können sowie (2) Bewohner ohne bzw. mit kognitiven Einschränkungen klassifiziert. Darüber hinaus finden sich bei den ausführlichen Beschreibungen der Interventionen weitere Angaben zu motorischen und

¹² https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandard/Pflege_Expertenstandard_Mobilitaet_Abschlussbericht_14-07-14_finaleVersion.pdf (Aufruf: 01.04.2019). Der Qualitätsausschuss Pflege hat 2018 beschlossen, diesen Expertenstandard für zunächst zwei Jahre freiwillig einzuführen. Parallel sollen eine Aktualisierung des Expertenstandards und eine Begleitforschung erfolgen.

¹³ <https://www.zqp.de/portfolio/uebersicht-bewegungsfoerderung/>

¹⁴ Schaeffer D, Kleina T, Horn A (2016). Aktualisierung der ZQP-Datenbank „Bewegungsfördernde Interventionen“. Abschlussbericht. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/2016_09_16_AbschlussberichtUniBielefeld_vf.pdf (Aufruf: 01.04.2019)

kognitiven Voraussetzungen auf Seiten der Teilnehmer/innen, zu Raum und Material sowie den Qualifikationen des durchführenden Personals. Auch geeignete Gruppengrößen, Zeitumfang, Häufigkeit und empfohlene Gesamtdauer der Maßnahme sind angegeben.

Eine entsprechende Auflistung und Beschreibung von mobilitätsfördernden Maßnahmen für den ambulanten Bereich existiert bisher leider nicht.

4.2.2 Förderung von kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten bei kognitiver Beeinträchtigung: MAKStm

Speziell für die Zielgruppen von Menschen mit beginnenden kognitiven Einschränkungen (Gedächtnisstörungen) bzw. bereits bestehender leichter oder mittelschwerer Demenzerkrankung wurde das Programm MAKStm entwickelt.¹⁵ Ziel von MAKStm ist es, durch eine kombinierte motorische, soziale und alltagspraktische Förderung eine Stabilisierung der Situation zu erreichen und damit zum Erhalt der Selbständigkeit beizutragen.

MAKStm wurde mit Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen sowie Gästen von Tagespflegeeinrichtungen erprobt und hinsichtlich seiner Wirksamkeit wissenschaftlich untersucht. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. hat das Programm zertifiziert. Weitere Informationen finden sich auf der MAKStm-Webseite.¹⁶

4.2.3 Weitere Themen für Beratung, Anleitung und Schulung

Die Notwendigkeit von Beratung, Anleitung und ggf. Schulung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen finden sich nicht nur im Expertenstandard Mobilität, sondern auch in den meisten anderen vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) publizierten Expertenstandards. So spielen Beratung und Trainingsmaßnahmen bspw. im Rahmen der Sturzprophylaxe,¹⁷ der Harnkontinenz-Förderung (Blasentraining, Toilettentraining, Beckenbodentraining)¹⁸ oder der Vermeidung von Mangelernährung¹⁹ eine wichtige Rolle.

¹⁵ Graessel E, Stemmer R, Eichenseer B, Pickel S, Donath C, Kornhuber J, Luttenberger K (2011). Non-pharmacological, multicomponent group therapy in patients with degenerative dementia: a 12-month randomized, controlled trial. BMC Medicine 2011; 9:129. Diese sowie weitere Publikationen zu MAKStm sind – auch in deutscher Übersetzung – auf der Website <https://www.maks-therapie.de/> verfügbar.

¹⁶ <https://www.maks-therapie.de/>

¹⁷ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. (1. Aktualisierung 2013). Osnabrück 2013

¹⁸ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. (1. Aktualisierung 2014). Osnabrück 2014

¹⁹ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. (1. Aktualisierung 2017). Osnabrück 2017

Der Expertenstandard zum Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen enthält ein Unterkapitel zur Patientenedukation, welches Inhalte, Formate und Wirksamkeit entsprechender Interventionen bei verschiedenen Teilgruppen von Schmerzpatienten darstellt.²⁰ Auf der Website des DNQP frei verfügbar ist u. a. auch eine Auflistung von Edukationsmaterial bei chronischen Schmerzen.²¹

In den Workshops, die im Rahmen des TRANSFORM-Projekts durchgeführt wurden, haben die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen weitere Themen genannt, bei denen sowohl ein größerer Bedarf gesehen wurde als auch die Notwendigkeit einer systematischen Entwicklung entsprechender Interventionen, die den oben beschriebenen Charakteristika von Edukation entsprechen. Beispiele für solche Themen sind: Beratung von Angehörigen, die Demenzkranke pflegen; Trainings zur Verbesserung der Feinmotorik; Schulung von Angehörigen zur Mobilisierung bzw. Mobilitätsförderung.

²⁰ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Osnabrück 2015

²¹ Abrufbar unter: https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Schmerzmanagement_in_der_Pflege_bei_chronischen_Schmerzen/Schmerz-chron_AnlageLit-Studie_II.pdf (Aufruf: 01.04.2019)

5. Fallbeispiele

Die folgenden drei Beispiele sollen die in den vorangehenden Kapiteln erläuterten Aspekte des neuen Pflegeverständnisses noch einmal in besonders deutlicher Akzentuierung veranschaulichen. Im zweiten Teil jedes Beispiels („Was hat ... gemacht?“) sind einzelne Passagen markiert und mit einer hochgestellten Ziffer bezeichnet. Zu diesen Passagen werden stichwortartig die Aspekte und Themen aus den vorangehenden Leitfadenkapiteln genannt, auf die das Beispiel Bezug nimmt.

Die Beispiele sind zwar in der ambulanten, vollstationären und teilstationären Pflege angesiedelt. Die jeweiligen Inhalte sind jedoch nicht exklusiv nur für den jeweiligen Pflegesektor zu verstehen, sondern können zumeist übertragen werden. Es lohnt sich daher alle Beispiele zu lesen, auch wenn man selbst z. B. in erster Linie an der ambulanten Pflege interessiert ist.

5.1 Ambulante Pflege

Frau B.

Die pflegebedürftige Frau B. lebt in der Einliegerwohnung im Haus ihres Sohnes. Die pflegerische Versorgung wird durch die Schwiegertochter und einen ambulanten Pflegedienst geleistet. Innerhalb der Wohnung kann sie sich noch einigermaßen bewegen, außerhalb der Wohnung oder beim Treppensteigen benötigt sie Hilfe. Frau B. versucht so gut wie möglich mit ihren Einschränkungen klar zu kommen und möchte ihrer Familie möglichst wenig zur Last fallen.

Im April hat sich Frau B. bei einem Sturz in der Wohnung den Arm gebrochen. Obwohl der Bruch inzwischen gut verheilt ist, hat sich Frau B. seitdem verändert: Sie ist mutlos und ängstlich, sitzt im Sessel und bewegt sich kaum noch allein in der Wohnung, Essen und Getränke möchte sie ange-reicht bekommen. Am liebsten hätte sie die Schwiegertochter ständig in ihrer Nähe.

Die pflegenden Angehörigen fühlen sich angesichts der plötzlich gestiegenen Erwartungen an sie überfordert. Es kommt vermehrt zu Spannungen in der Familie, auch weil die Angehörigen der Meinung sind, dass Frau B. gar nicht so viel Hilfe benötigen würde, wenn sie sich etwas mehr aufraffen würde. Die Situation wird immer schwieriger und die Angehörigen sprechen die Fachkraft des ambulanten Dienstes wegen des Wechsels von Frau B. in ein Pflegeheim an.

Was hat der Pflegedienst gemacht?

Nach einem Gespräch mit Frau B. regt der Pflegedienst ein gemeinsames Gespräch mit Frau B. und ihren Angehörigen an. In diesem Gespräch **erklärt die Fachkraft der Familie die Situation**,⁽¹⁾ insbesondere, dass es nach Krisensituationen wie dem Sturz von Frau B. häufig zu plötzlichen Veränderungen der Selbständigkeit und einem höheren Hilfebedarf kommt.

Der Dienst schlägt Frau B. und der Familie vor, mit Frau B. ein **gezieltes Training zur Verbesserung der Mobilität**,⁽²⁾ der Rückgewinnung körperlicher Kräfte und der Stärkung des Selbstvertrauens durchzuführen. Auch die Familienangehörigen sollen in das Training eingebunden werden und – zusätzlich zu den Terminen mit der Fachkraft – eigenständig mit Frau B. bestimmte Übungen durchführen.

Nachdem Frau B. und ihre Angehörigen diesem Vorschlag zugestimmt haben, wird das Trainingsprogramm über einen Zeitraum von mehreren Wochen durchgeführt. Die **Angehörigen werden zu Beginn von der Pflegefachkraft eingewiesen**⁽³⁾, wie sie mit Frau B. eigenständig üben können. Ferner vereinbart die Pflegefachkraft mit der Familie feste Termine, bei denen die **Fortschritte überprüft**⁽⁴⁾ werden. Dabei werden auch die **Ängste von Frau B.**⁽⁵⁾ zum Thema gemacht. Ferner besteht Gelegenheit, die **gesamte Entwicklung der häuslichen Pflegesituation**⁽⁶⁾ mit allen Beteiligten zu besprechen.

Erläuterungen zu wichtigen Aspekten des Beispiels:

- (1) Aufklärung und Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Bezugspersonen
- (2) Gezielte Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Selbständigkeit
- (3) Anleitung von Pflegebedürftigen und ihren Bezugspersonen
- (4) Bestandteil von gezielter Ressourcenförderung ist die Überprüfung der Fortschritte
- (5) Psychosoziale Hilfen
- (6) Umfassende Hilfen zur Bewältigung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und zur Stabilisierung der Pflegesituation

5.2 Vollstationäre Pflege

Frau K.

Frau K, eine kürzlich neu eingezogene Bewohnerin, hat Einschränkungen in der Beweglichkeit ihrer Finger und mit der Kraft in ihren Händen. Diese Einschränkungen führen dazu, dass ihr bei den Mahlzeiten mitunter das Besteck entgleitet und sie bei dem Toilettengang ihre Kleidung nicht rechtzeitig öffnen kann. Nach Einschätzung der Pflegefachkraft kann durch eine ergotherapeutische Behandlung bei Frau K. eine Verbesserung der Feinmotorik erreicht werden. Gegebenenfalls können im Anschluss an die Ergotherapie einzelne Übungen durch Pflegekräfte fortgeführt werden, um die erreichten Verbesserungen zu erhalten. Die Angehörigen von Frau K. stehen dem Vorschlag jedoch zunächst ablehnend gegenüber und sind der

Meinung, dass es Aufgabe der Pflegeeinrichtung ist, der Bewohnerin bei allen Verrichtungen zu helfen.

Was hat die Pflegeeinrichtung gemacht?

Die Pflegeeinrichtung **lädt Frau K. und ihre Angehörigen zu einem Gespräch ein.**⁽¹⁾ An dem Gespräch **nimmt auch eine niedergelassene Ergotherapeutin teil,**⁽²⁾ mit der die Pflegeeinrichtung regelmäßig zusammenarbeitet. Frau K. und den Angehörigen wird erläutert, warum die Pflegeeinrichtung solche Maßnahmen zur Verbesserung der Selbständigkeit vorschlägt und weshalb im konkreten Fall eine Ergotherapie sinnvoll sein könnte. Die Angehörigen lassen sich überzeugen und begleiten Frau K. zu ihrem **Hausarzt,**⁽³⁾ der nach gründlicher diagnostischer Abklärung eine Ergotherapie verordnet.

Die Ergotherapeutin informiert die Pflegefachkraft, welche Übungen Frau K. außerhalb der Therapiesitzungen möglichst täglich durchführen sollte und wie die Pflegekräfte sie dabei **durch Aktivierung und Ermunterung unterstützen**⁽⁴⁾ können. Ferner wird vereinbart, dass die Pflegefachkraft die **Fortschritte von Frau K. beobachtet**⁽⁵⁾ und der Ergotherapeutin eine Rückmeldung gibt, wenn Probleme auftreten.

Erläuterungen zu wichtigen Aspekten des Beispiels:

- (1) Aufklärung und Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Bezugspersonen
- (2) Kooperation und Einbindung anderer Berufsgruppen zur Förderung der Selbständigkeit
- (3) Die Pflegefachkraft initiiert eine geeignete Versorgung, indem sie die Ergotherapeutin einbindet und die Familie zu einer hausärztlichen Abklärung im Hinblick auf eine Verordnung motiviert.
- (4) Die Pflegekräfte führen ergänzende Maßnahmen zur Förderung der Selbständigkeit durch.
- (5) Bestandteil von gezielter Ressourcenförderung ist die Überprüfung der Fortschritte

5.3 Teilstationäre Pflege

Herr W.

Herr W. ist Gast der Tagespflege. Er lebt im Haushalt seiner Tochter und leidet an einer fortschreitenden Demenz. Die zunehmende Vergesslichkeit und ein immer stärker auftretendes problematisches Verhalten führen zu einer starken Belastung der Tochter und der übrigen Familienangehörigen. Dies wiederum belastet Herrn W., der die Spannungen spürt, aber diese Gefühle nicht kompensieren kann. Dadurch werden die problematischen

Verhaltensweisen noch verstärkt. Eine Pflegefachkraft der Tagespflege kommt zu der Einschätzung, dass eine Überlastung vor allem der Tochter droht, die Familie von Herrn W. in der Bewältigung dieser Situation durch Informationen, Aufklärung und gezielte Anleitungen aber gestärkt werden könnte.

Was hat die Tagespflegereinrichtung gemacht?

Die Pflegefachkraft der Tagespflege sucht das Gespräch mit der Tochter. Sie **weist auf konkrete Hilfsangebote⁽¹⁾** sowie die Möglichkeiten zur Beratung und Schulung zum Beispiel durch häusliche Beratungsbesuche (§ 37 Absatz 3 SGB XI) und Pflegekurse (§ 45 SGB XI) hin, die auf Wunsch auch in der häuslichen Umgebung stattfinden können. Auch die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans durch die Pflegeberater/innen der Pflegekasse (§ 7a SGB XI) könne in Frage kommen. Sie schlägt der Tochter vor, dass zunächst ein Hausbesuch durch eine speziell geschulte Fachkraft (z. B. gerontopsychiatrische Pflegefachkraft oder speziell geschulte Sozialarbeiterin) erfolgen sollte und nennt der Tochter Stellen, die ihr hierbei helfen können.

Die Pflegefachkraft vereinbart mit der Tochter, dass sie versucht, während Herr W. in der Tagespflege ist, **mehr über die individuellen Belastungen von Herrn W. zu erfahren⁽²⁾** und Spannungen und negative Gefühle abzubauen. Gleichzeitig versucht sie Wege zu finden, wie mit den problematischen Verhaltensweisen von Herrn W. jeweils in einer Weise umgegangen werden kann, in der die Situation entschärft wird und Unsicherheiten auf beiden Seiten vermieden werden können. **Ihre Erfahrungen gibt sie regelmäßig an die Tochter weiter.⁽³⁾**

Die Fachkraft schlägt vor, dass die Familie in den nächsten etwa vier bis sechs Wochen **die fachlichen Ratschläge zu einem veränderten Umgang mit Herrn W. und seiner Erkrankung schrittweise erprobt.⁽⁴⁾** Am Ende der vier bis sechs Wochen erkundigt sich die Fachkraft der Tagespflege aktiv nach den erlebten **Fortschritten und den eventuell aufgetretenen Problemen.⁽⁵⁾**

Erläuterungen zu wichtigen Aspekten des Beispiels:

- (1) Aufklärung und Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Bezugspersonen
- (2) Pflegefachliche Einschätzung
- (3) Beratung und Anleitung von Pflegebedürftigen und ihren Bezugspersonen
- (4) Durchführung von Maßnahmen der Ressourcenförderung mit definiertem Umfang, Dauer usw.
- (5) Bestandteil von gezielter Ressourcenförderung ist die Überprüfung der Fortschritte

6. Integration in den Pflegeprozess

6.1 Vorbemerkung und allgemeine Grundsätze der Umsetzung

Um dem neuen Pflegeverständnis in der Praxis Geltung zu verschaffen, muss zum einen auf allen Stufen des Pflegeprozesses die Aufmerksamkeit stärker auf den Aspekt der Förderung der Selbständigkeit gelenkt und zur generellen Handlungsorientierung in der Pflegepraxis werden. Zum anderen müssen insbesondere zu Beginn der pflegerischen Versorgung die Chancen genutzt werden, die sich aus dem erweiterten Verständnis von pflegerischer Unterstützung ergeben.

In den folgenden Unterabschnitten dieses sechsten Kapitels werden konkrete Empfehlungen formuliert, wie sich die in den vorangehenden Kapiteln erläuterten Perspektiven in den Pflegeprozess integrieren lassen. Die Darstellung stützt sich dabei beispielhaft auf den vierstufigen Pflegeprozess, der auch dem Konzept des Strukturmodells zugrunde liegt. Neben dem – ursprünglich auf Yura und Walsh (1973)²² zurückgehenden und auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgegriffenen – vierphasigen Pflegeprozess wird in Deutschland vielfach auf den sechsphasigen Pflegeprozess nach Fiechter und Meier (1998)²³ Bezug genommen. Auch an der Systematik der AEDL bzw. ABEDL nach Krohwinkel (2013)²⁴ orientierte Dokumentationssysteme legen einen sechsphasigen Pflegeprozess zugrunde.

Für die Darstellung der Integration des neuen Pflegeverständnisses in den Pflegeprozess wurde das Strukturmodell gewählt, weil dieses Konzept des Pflegeprozesses unter expliziter Bezugnahme auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff entwickelt wurde. Kern dieses Konzepts ist eine personenzentrierte Pflege. Das bedeutet, dass die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Person – einschließlich ihrer eigenen Sichtweise und Deutung ihrer Situation als kranker und pflegebedürftiger Mensch – den Ausgangs- und Ankerpunkt der Pflege bilden. Diese Eigeneinschätzung und der dazugehörige Aushandlungsprozess zur Versorgung mit der pflegebedürftigen Person ist im Strukturmodell auch regulärer Bestandteil der Dokumentation. Insofern stellt das Strukturmodell ein spezifisches Konzept zur Gestaltung des Pflegeprozesses dar, welches eine besondere Nähe zu den Intentionen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aufweist.

Gleichwohl ist die Darstellung entlang des vierphasigen Pflegeprozesses bzw. der Elemente des Strukturmodells²⁵ nur beispielhaft zu verstehen: Alle Aussagen und

²² Yura M, Walsh H (1973). The nursing process: assessing, planning, implementing, evaluating. 2nd Ed., New York: Appleton-Century-Crofts

²³ Fiechter V, Meier M (1988). Pflegeplanung. Bern: Recom.

²⁴ Krohwinkel M (2013). Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs: Forschung, Theorie und Praxis. Bern: Huber.

²⁵ Weitere Informationen zum Strukturmodell können den Schulungsunterlagen entnommen werden: https://www.ein-step.de/fileadmin/content/Schulungsunterlagen_2.0/Informationen-_und_Schulungsunterlagen_V2.0_Oktober_2017_final.pdf (Aufruf: 01.04.2019)

Empfehlungen gelten unmittelbar auch für andere Prozessmodelle und lassen sich auf die entsprechenden Dokumentationssysteme übertragen.

6.2 Einstieg in den Pflegeprozess

Der Einstieg in den individuellen Pflegeprozess erfolgt im ersten Schritt durch die Erhebung der aktuellen Wünsche, Bedürfnisse und Gewohnheiten sowie des Pflege- und Unterstützungsbedarfs aus Sicht der pflegebedürftigen Person (bzw. ggf. der Angehörigen oder Bezugspersonen). Im Prinzip können sich Pflegebedürftige in diesem Gespräch auch zu ihren Ressourcen bzw. eventuell vorhandenen Vorstellungen hinsichtlich einer gezielten Förderung äußern. Erfahrungsgemäß stehen in den ersten Gesprächen jedoch eher die „Defizite“ im Vordergrund, bei denen unmittelbare Hilfe und Unterstützung gewünscht wird.

Empfehlung: Falls es in dieser ersten Gesprächssituation (Aufnahme, Einzug) möglich bzw. angemessen ist, sollte die pflegebedürftige Person von der Pflegefachkraft aufgefordert und ermuntert werden, auch über Aspekte ihrer verbliebenen Selbständigkeit zu berichten und darauf einzugehen, bei welchen Aktivitäten ein Erhalt oder eine Verbesserung der Selbständigkeit ihr besonders wichtig wären usw.

Eine entsprechende Erweiterung der Perspektive ist auch in Bezug auf die Dokumentation des Pflege- und Betreuungsbedarfs zu empfehlen. Im Falle einer Dokumentation nach dem Strukturmodell erfolgt dies in den sechs Themenfeldern der SIS®:

Empfehlung: Die Pflegefachkraft sollte ihren fachlichen Blick gezielt erweitern und auf Potenziale zur Förderung der Selbständigkeit sowie Ansatzpunkte zur Entlastung und Stabilisierung der Pflegesituation besonders achten. Entsprechende Hinweise – sofern sie sich bereits im ersten Gespräch ergeben – sollten in den Themenfeldern der SIS® oder an den entsprechenden Stellen anderer Dokumentationssysteme vermerkt werden.

Diese Erweiterung des pflegefachlichen Blickwinkels sollte die Gesamtsituation berücksichtigen, also insbesondere im ambulanten Bereich auch das häusliche und soziale Umfeld mit umfassen. Aber auch im voll- und teilstationären Bereich ist die pflegebedürftige Person in ihren sozialen Bezügen zu betrachten: Welche Personen haben eine wichtige stützende oder aktivierende Funktion? Was kann man eventuell tun, um diese Funktionen zu erhalten oder zu verstärken?

Abbildung 14: Erweiterung der Perspektive im Rahmen des Einstiegs in den individuellen Pflegeprozess (am Beispiel der Strukturierten Informationssammlung (SIS®))

Aktuelle Wünsche, Bedürfnisse und Gewohnheiten sowie Pflege- und Unterstützungsbedarf aus Sicht der pflegebedürftigen Person (ggf. Angehörige/bevollmächtigte Person)	
Erweiterung der Perspektive im Gespräch	Die pflegebedürftige Person sollte (falls sie nicht von selbst darüber spricht) aufgefordert werden, davon zu berichten ... ▪ ...was ihr aufgrund eigener Fähigkeiten oder wegen der Unterstützung durch ihr soziales Umfeld nach wie vor gut gelingt ▪ ... was ihr besonders wichtig ist, dass sie es weiter kann ▪ ... was sie gern versuchen würde wieder zu erlangen oder zu verbessern
Pflege- und Betreuungsbedarf (6 Themenfelder) sowie Risikoeinschätzung (Matrix) aus Sicht der Pflegefachkraft; Ressourcen und pflegerelevante biografische Angaben	
Erweiterung des pflegefachlichen Blickwinkels	Die Pflegefachkraft muss ihren fachlichen Blick gezielt erweitern und Potenziale zur Förderung der Selbständigkeit, Entlastung und Stabilisierung der Pflegesituation erkennen: ▪ Ist die Bettlägerigkeit unumkehrbar? ▪ Ist die Passivität tatsächlich Folge der kognitiven Beeinträchtigung oder könnte gezielte Aktivierung die Antriebsschwäche vermindern? ▪ Könnte die häusliche Situation durch ein Programm zur Anleitung des Ehepartners stabilisiert werden oder Belastungen reduzieren?

Quelle: IGES

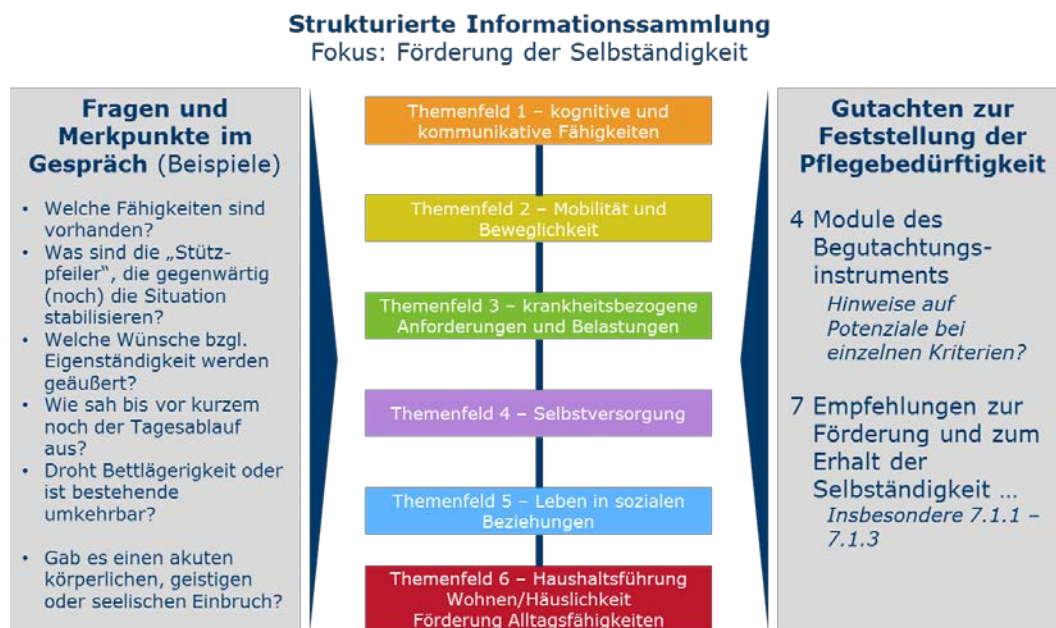
Bei der erstmaligen Informationssammlung und Erstellung des Maßnahmenplans steht häufig die Notwendigkeit der unmittelbaren Hilfe in einer schwierigen Lebenssituation im Vordergrund. Es kann daher sinnvoll sein, die Möglichkeiten einer gezielten Ressourcenförderung oder die Teilnahme an Maßnahmen der Edukation erst zu einem späteren Zeitpunkt anzusprechen, wenn eine gewisse Beruhigung der Situation eingetreten ist.

Empfehlung: Die Informationssammlung bei Einstieg in den Pflegeprozess (zum Beispiel in der SIS®) sollte ohnehin nicht im ersten Gespräch abgeschlossen werden, sondern frühestens nach sieben Tagen, um die Gültigkeit und Vollständigkeit der Eintragungen prüfen zu können. Damit besteht die Möglichkeit, die Frage einer gezielten Ressourcenförderung ggf. noch einmal gesondert aufzugreifen. Dies kann als eine Würdigung der bereits dokumentierten Informationen erfolgen oder im Rahmen eines erneuten Gesprächs mit der pflegebedürftigen Person, bei dem gezielt Informationen über diese Thematik gewonnen werden. Als eine dritte Möglichkeit kann auch eine zeitlich befristete Beobachtung mit Dokumentation im Berichtblatt oder der vergleichbaren Verlaufsdocumentation veranlasst werden.

Eine wichtige Informationsquelle – neben dem Gespräch mit der pflegebedürftigen Person – im Hinblick auf Lebensbereiche oder Fähigkeiten, denen hinsichtlich

des Ziels des Selbständigkeitserhalts besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte, ist auch das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bzw. die detaillierten Ergebnisse des Begutachtungsinstruments.

Abbildung 15: Informationsquellen zum Aspekt der Förderung der Selbständigkeit sowie deren Dokumentation am Beispiel der Strukturierten Informationssammlung (SIS®)



Quelle: IGES

Das Formulargutachten entsprechend der Begutachtungsrichtlinien²⁶ enthält im Abschnitt 7 „Empfehlungen zur Förderung oder zum Erhalt der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, Prävention und Rehabilitation (über die bisherige Versorgung hinaus)“. Untergliedert nach den Bereichen, die auch durch die Module des Begutachtungsinstruments erfasst werden, können die Gutachter Hinweise und Empfehlungen dokumentieren. (Dabei werden nicht nur die sechs für die Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit relevanten Module des Begutachtungsinstruments berücksichtigt, sondern auch die Ergebnisse der beiden zusätzlichen Module „Außerhäusliche Aktivitäten“ und „Haushaltsführung“.) Die Empfehlungen können

²⁶ Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegfachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuchs (Begutachtungs-Richtlinien – Bri). https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_zur_pflegeberatung_und_pflegebeduerftigkeit/2017-05-16_Pflege_BRI_aktualisierte_Fassung_vom_31.03.2017.pdf (Aufruf: 01.04.2019)

sich sowohl auf pflegerische als auch therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen erstrecken, die einer ärztlichen Verordnung bedürfen (z. B. physikalische Therapien, Ergotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie).

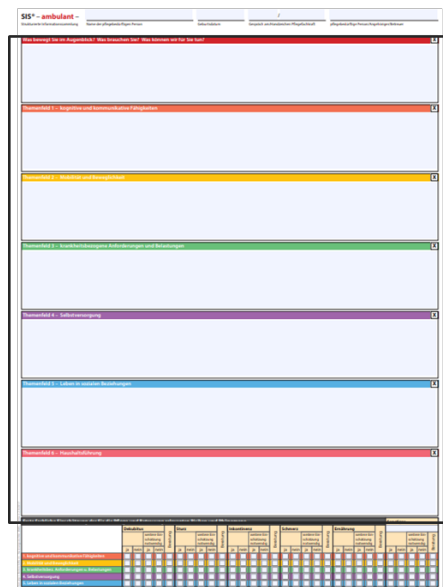
Eine weitere Möglichkeit, das Gutachten zu nutzen, besteht in der Analyse der Ergebnisse zu den einzelnen Kriterien innerhalb der Module. Insbesondere Kriterien, die von den Gutachtern als „überwiegend selbstständig“ oder „größtenteils vorhanden“ beurteilt wurden, können auf einen Bedarf für gezielte Fördermaßnahmen hindeuten.

Empfehlung: Grundsätzlich sollten alle Hinweise auf eine aktuelle Verschlechterung der gesundheitlichen Situation – sei es aus dem Gutachten von MDK bzw. MEDICPROOF, sei es aus den Gesprächen im Rahmen der Informationssammlung oder weitergehenden Beobachtungen und Erhebungen im Verlauf – zum Anlass genommen werden, über gezielte Maßnahmen nachzudenken, die einem drohenden Verlust von Selbständigkeit entgegenwirken können.

Der Inanspruchnahme von professioneller pflegerischer Hilfe gehen oftmals eine akute Verschlechterung der Gesundheit und ein Verlust von Selbständigkeit voran. Wenn Funktionsverluste bereits zu einer Verminderung der Eigenaktivität und einer gewissen Resignation geführt haben, nehmen die Erfolgsaussichten von Fördermaßnahmen ab. Es ist daher wichtig, auf solche Einbrüche möglichst rasch zu reagieren (vgl. auch die Ausführungen in Abschnitt 6.4).

Bei Abschluss der Informationssammlung sollten Informationen über Potenziale der Selbstständigkeitsförderung bzw. zu Ansatzpunkten zur Stabilisierung der pflegerischen Situation möglichst vollständig dokumentiert sein.

Abbildung 16: Dokumentation von Potenzialen der Selbstständigkeitsförderung oder Ansatzpunkten für Maßnahmen zur Stabilisierung der pflegerischen Situation (am Beispiel der SIS®)



- Sind in der SIS® in einem oder mehreren Themenfeldern bereits konkrete oder vorläufige Anhaltspunkte aus persönlicher und/oder fachlicher Sicht **zum individuellen Erhalt der Selbstständigkeit vermerkt worden?**
- Könnte eine gezielte, auf die individuelle Situation abgestimmte **Aufklärung, Beratung und/oder Anleitung ggf. unter Einbezug der Angehörigen** oder anderer (Umgebungs-)Faktoren zur besseren Bewältigung der Situation beitragen?
- Ist die Teilnahme an einem fest umrissenen **Edukationsprogramm** geeignet, die Situation der pflegebedürftigen Person ggf. auch der Familie zu verbessern oder zu stabilisieren?

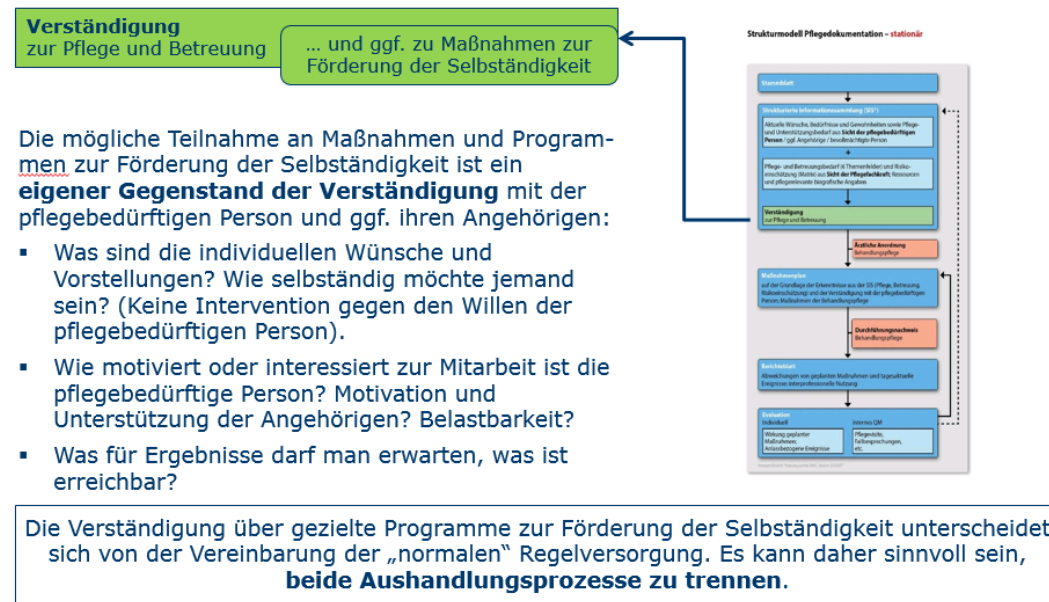
Quelle: IGES und EinSTEP (www.ein-step.de)

6.3 Maßnahmen-bzw. Pflegeplanung

In der publizierten Prozessdarstellung des Strukturmodells bildet die „Verständigung (und Beratung) zur Pflege und Betreuung“ den Übergang zwischen Informationssammlung und Maßnahmenplan. Dieser Verständigungs- und Aushandlungsprozess kann auch in anderen Pflegeprozessmodellen bzw. Dokumentationssystemen nachvollzogen werden. Wenn die Pflegefachkraft zu der Einschätzung gekommen ist, dass besondere Maßnahmen im Sinne der gezielten Ressourcenförderung sinnvoll sind, sollte dies explizit zum Gegenstand der Verständigung gemacht werden.

Empfehlung: Die Verständigung über gezielte Programme zur Förderung der Selbstständigkeit unterscheidet sich von der Vereinbarung der „normalen“ Regelversorgung. Es kann daher sinnvoll sein, beide Aushandlungsprozesse zu trennen. Dabei sollten folgende Aspekte besonders beachtet werden: Was sind die individuellen Wünsche und Vorstellungen? Wie selbständig möchte jemand sein? Wie motiviert oder interessiert zur Mitarbeit ist die pflegebedürftige Person? Wie belastbar ist sie? Wie steht es um Motivation und Unterstützung der Angehörigen?

Abbildung 17: Verständigung mit der pflegebedürftigen Person über Maßnahmen der gezielten Ressourcenförderung (am Beispiel des Strukturmodells)



Quelle: IGES

In Kapitel 3 wurde erläutert, dass sich die Vorgehensweisen zum Erhalt und zur Förderung der Selbständigkeit von dem herkömmlichen Konzept der „aktivierenden Pflege“ unterscheiden, insofern sie „in Form eines zielgerichteten, in der Pflegeplanung fixierten Vorgehens“ (Wingenfeld und Büscher 2017, S. 9) erfolgen sollen. Daraus folgt unmittelbar, dass entsprechende Maßnahmen auch in den Maßnahmenplan aufgenommen werden müssen.

Wie bereits im Kapitel 4 ausgeführt, sollten Pflegeeinrichtungen und –dienste ihr Leistungsangebot im Hinblick auf Edukation und Ressourcenförderung überprüfen und systematisch entwickeln. Definierte Leistungen sollten im Rahmen des Qualitätsmanagements – z. B. als Verfahrensanweisung – beschrieben werden (vgl. auch Kapitel 7). Wenn solche QM-Dokumente vorhanden sind, kann im Maßnahmenplan darauf verwiesen werden.

Empfehlung: Mit den Pflegebedürftigen vereinbarte Maßnahmen der gezielten Ressourcenförderung sollten im Maßnahmen- bzw. Pflegeplan dokumentiert werden. Sofern eine Beschreibung dieser Maßnahmen im QM-Handbuch vorliegt und keine relevanten Abweichungen im individuellen Fall vorgesehen sind, kann auf die dort niedergelegten Details zur Durchführung verwiesen werden.

6.4 Pflegeverlauf und Berichtblatt

Für die Verlaufsdocumentation (im Strukturmodell: Berichtblatt) ergeben sich aus der Integration der Perspektiven des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs keine wesentlichen Änderungen oder Anpassungsbedarfe.

Sofern entsprechend dem Maßnahmen- bzw. Pflegeplan eine gezielte Ressourcenförderung durchgeführt wird, sollte genauso verfahren werden, wie bei anderen geplanten Maßnahmen (z. B. der körperbezogenen Pflege): Eine Dokumentation im Berichtblatt muss erfolgen, wenn Besonderheiten oder Abweichungen von dem üblicherweise vorgesehenen (und ggf. in einer Verfahrensanweisung festgelegten) Ablauf auftreten.²⁷

In das Berichtblatt sollen die Pflegekräfte wichtige Beobachtungen zu Veränderungen der gesundheitlichen bzw. pflegerischen Situation eintragen. Entsprechende Vermerke führen dann unter Umständen zu einer Überprüfung des Maßnahmenplans. Dabei ist auch der Aspekt des Erhalts und der Förderung der Selbständigkeit zu berücksichtigen. Wie im Abschnitt zur Informationssammlung (Abschnitt 6.2) bereits ausgeführt, sollte bei Auftreten akuter Veränderungen von Gesundheit und Fähigkeiten stets geprüft werden, ob Gegenmaßnahmen möglich sind, bevor sich ein niedrigeres Niveau von Selbständigkeit „verfestigt“ hat.

Empfehlung: Alle Pflegekräfte sollten sensibilisiert sein, dass sie Beobachtungen und Hinweise zum Thema „Erhalt und Förderung der Selbständigkeit“ in die Verlaufsdocumentation (Berichtblatt) eintragen. Dies kann sich auf Erfahrungen im Rahmen der täglichen pflegerischen Interaktionen beziehen („Frau X kann in bestimmten Situation selbständig ...“; „Herr Y hat immer mehr Mühe damit ...“). Aber auch auf die angesprochenen akuten Verschlechterungen oder auf Hinweise, dass eine Maßnahme zur Ressourcenförderung wiederholt werden sollte.

6.5 Steuerung durch Evaluation

Auch im Hinblick auf den vierten Schritt des Pflegeprozesses, die individuelle Evaluation, gibt es keinen nennenswerten Anpassungsbedarf gegenüber den etablierten Vorgehensweisen.

Edukation und Ressourcenförderung im Sinne des neuen Pflegeverständnisses erfordern eine Angabe, welcher Aspekt sich verbessern oder stabilisiert werden soll. Woran erkennt die pflegebedürftige Person, was erreicht wurde? Die Überprüfung

²⁷ Im Strukturmodell werden im Berichtblatt lediglich Abweichungen von der geplanten Pflege dokumentiert. Dies setzt voraus, dass eine entsprechende Planung dokumentiert ist, Stellen- und Funktionsbeschreibungen existieren sowie Verfahrensanweisungen für die regelmäßig wiederkehrenden pflegerischen Handlungen vorliegen. Im Rahmen anderer Dokumentationssysteme wird dies oftmals anders gehandhabt. Die beschriebene Vorgehensweise ist jedoch nicht an das Strukturmodell gebunden, sondern kann bei Beachtung der genannten Voraussetzungen auch auf andere Dokumentationssysteme übertragen werden.

der Effektivität der gewählten Maßnahmen ist insofern Teil der Evaluation. Zeitpunkte und Kriterien ergeben sich dabei aus dem jeweiligen Maßnahmenplan bzw. den dazu in der Verfahrensweisung getroffenen Festlegungen.

Wie bei anderen pflegerischen Hilfen auch, kann hier die Evaluation ggf. durch gezielte Beobachtungsaufträge erfolgen, die im Berichtsblatt dokumentiert werden.

6.6 Auf einen Blick: Was ist neu, was bleibt gleich?

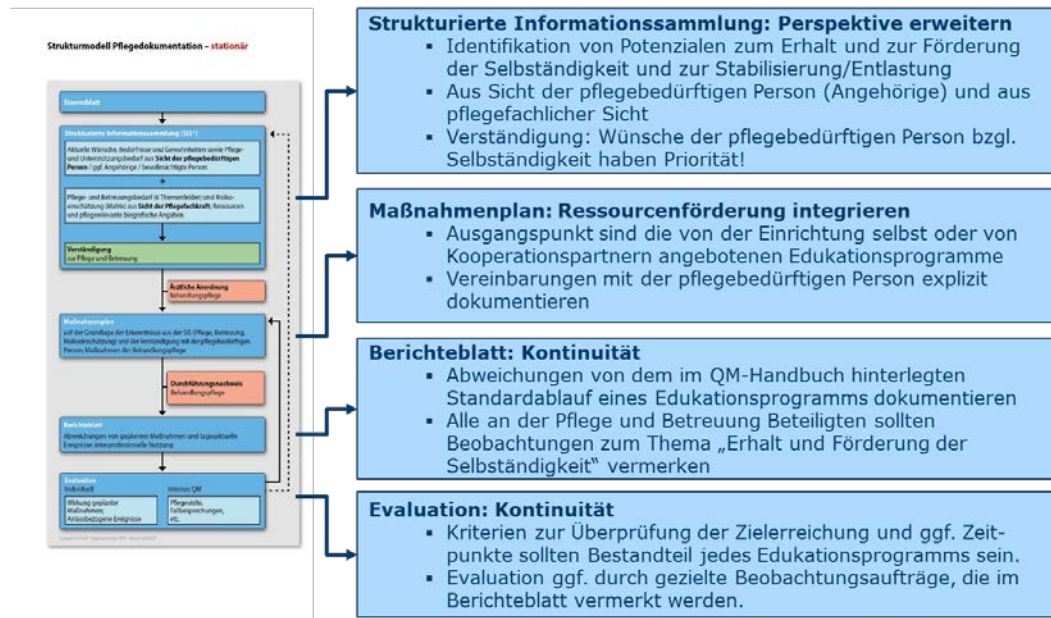
Anpassungen im Pflegeprozess als Folge der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs betreffen vor allem die Informationssammlung und die Maßnahmen- bzw. Pflegeplanung:

- Im Rahmen der Informationssammlung muss den Aspekten des Erhalts und der Förderung der Selbständigkeit sowie der Stabilisierung und Entlastung von Pflegesituationen besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.
- Bei der Abstimmung und Planung der Pflege ist das weit gefasste Spektrum pflegerischer Hilfen – Edukation, Schulung, Anleitung, Information, Aufklärung und Beratung – zu berücksichtigen und in den Maßnahmen- bzw. Pflegeplan aufzunehmen.

Die Vorgehensweisen in der Verlaufsdokumentation (Berichtsblatt) und der Evaluation ändern sich nicht grundlegend:

- Beobachtungen und akute Veränderungen, bei denen eine Reaktion im Sinne gezielter Ressourcenförderung in Frage kommt (oder eine Anpassung laufender Maßnahmen) werden im Berichtsblatt dokumentiert.
 - In der Evaluation wird auch geprüft, ob die angestrebten Verbesserungen hinsichtlich des Erhalts der Selbständigkeit oder der Stabilisierung der Pflegesituation erreicht werden.
-

Abbildung 18: Integration in den Pflegeprozess am Beispiel des Strukturmodells bzw. vierphasigen Pflegeprozesses: Was ist neu, was bleibt gleich?



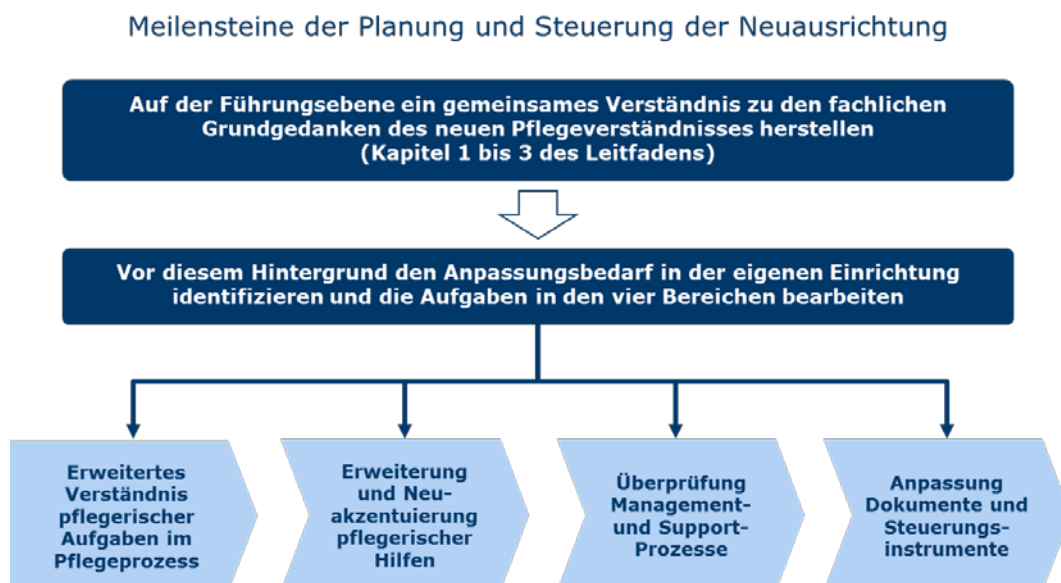
Quelle: IGES

7. Management der Neuausrichtung

Die Implementierung des neuen Pflegeverständnisses im eigenen Pflegedienst, Pflegeheim oder einer Tagespflegereinrichtung sollte nach Art eines systematisch geplanten Projekts erfolgen. Für einen erfolgreichen Verlauf sind eine abgestimmte fachliche Position des Pflege- und Qualitätsmanagements sowie der Einbezug der Mitarbeitenden wesentliche Voraussetzungen.

- Ausgangspunkt sollte eine Auseinandersetzung auf der Führungsebene mit den in den Kapiteln 1 bis 3 dieses Leitfadens dargestellten Grundgedanken und Konsequenzen sein.
- Anschließend sollte der konkrete Entwicklungs- und Anpassungsbedarf unter Beteiligung von Mitarbeitenden insbesondere in folgenden vier Bereichen identifiziert werden:
 - (1) Ist das erweiterte Verständnis pflegerischer Aufgaben bereits auf allen Stufen des Pflegeprozesses implementiert?
 - (2) Entspricht das Spektrum der angebotenen pflegerischen Hilfen dem erweiterten Verständnis pflegerischer Aufgaben?
 - (3) Inwieweit müssen unterstützende und Management-Prozesse einbezogen werden (z. B. Verwaltung, Personalentwicklung, Kommunikation, Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern usw.)?
 - (4) Welche Dokumente und Steuerungsinstrumente sollten angepasst werden?

Abbildung 19: Planung und Steuerung der Neuausrichtung



Quelle: IGES

7.1 Implementierung des erweiterten Verständnisses pflegerischer Aufgaben im Pflegeprozess

Ziel sollte sein, dass die Mitarbeitenden in der Pflege, Betreuung (und Hauswirtschaft) die wesentlichen Elemente des neuen Pflegeverständnisses kennen, verstehen und in ihrer täglichen Arbeit berücksichtigen. Um dies zu erreichen kommen beispielsweise folgende Maßnahmen in Betracht:

Schulung und Wissensvermittlung

Den Mitarbeitenden sollten die wichtigsten Grundlagen des neuen Pflegeverständnisses, wie bspw. die Abkehr vom Verrichtungsbezug, die Ausrichtung auf den Erhalt und die Förderung von Selbständigkeit, die Bedeutung von Edukation usw. in geeigneter Form vermittelt werden.

Gemeinsame Bearbeitung von „Fallstudien“

Im Rahmen einer Gruppenarbeit werden ausgewählte Einzelfälle auf Grundlage der vorliegenden Informationssammlung (im Strukturmodell der SIS®) und anhand von Leitfragen analysiert.

Im Rahmen des Projekts TRANSFORM wurde folgendermaßen vorgegangen:

- Die jeweils zuständige Pflegefachkraft stellt den Fall vor.
- Die Gruppe diskutiert entlang der Informationssammlung anhand mehrerer Leitfragen:
 - Was sind hier die pflegerischen Aufgaben unter besonderer Berücksichtigung der Aspekte „Erhalt der Selbständigkeit“ und „umfassende pflegerische Unterstützung mit dem Ziel der Stabilisierung der Pflege-/Lebenssituation“?
 - Was wären in diesem Fall Ansatzpunkte zur zielgerichteten Ressourcenförderung?
 - Kann hier Aufklärung, Beratung oder Anleitung (der pflegebedürftigen Person oder von Bezugspersonen) zur besseren Bewältigung beitragen?
 - Was für (ergänzende) Hilfen kommen konkret in Frage?

Als Beispielfälle sollten bewusst pflegebedürftige Personen mit jeweils unterschiedlich akzentuierten Problemschwerpunkten (Mobilitätseinschränkungen, kognitive Beeinträchtigungen, hoher behandlungspflegerischer Aufwand usw.) sowie unterschiedlichen Lebenssituationen bzw. Ressourcen im sozialen Umfeld ausgewählt werden.

Kollegiales Feedback

Jeweils zwei Pflegefachkräfte befragen sich gegenseitig zu Fällen aus der laufenden Arbeit, inwieweit Aspekte des neuen Pflegeverständnisses hinreichend berücksichtigt sind. Eine solche kollegiale Beratung kann z. B. erfolgen, wenn von der einen Pflegekraft ein Bewohner oder eine Kundin neu aufgenommen wurde und erstmals ein Maßnahmen- bzw. Pflegeplan erstellt wird.

Für die Realisierung solcher Maßnahmen zur Implementierung eines erweiterten Verständnisses pflegerischer Aufgaben kommen natürlich insbesondere die in einer Einrichtung oder einem Dienst bereits etablierten Formen des Austauschs, der Fortbildung und des Qualitätsmanagements in Frage: Teambesprechungen, Pflegevisiten, Fallkonferenzen usw.

7.2 Erweiterung und Neuakzentuierung pflegerischer Hilfen

Ziel dieses Arbeitsschritts ist es zu überprüfen, inwieweit das Spektrum der pflegerischen Hilfen, die von der Einrichtung oder dem Dienst aktuell angeboten werden, umfangreich und differenziert genug ist, um dem erweiterten Verständnis pflegerischer Aufgaben gerecht zu werden. Wenn Angebotslücken festgestellt werden, sollte die Erweiterung um neue oder die Anpassung bestehender pflegerischer Hilfen geplant werden. In diesem Zusammenhang sollten auch die Möglichkeiten der Angebotserweiterung durch Kooperationen geprüft werden.

Als Einstieg in die Überprüfung des Spektrums der pflegerischen Hilfen bieten sich die im vorangehenden Abschnitt beschriebenen Maßnahmen zur Implementierung des erweiterten Verständnisses pflegerischer Aufgaben an:

- Bei der Bearbeitung von „Fallstudien“ oder dem „kollegialen Feedback“ (wie in Abschnitt 7.1 beschrieben) geht es im ersten Schritt darum, einen möglichst vollständigen Blick auf die pflegerischen Aufgaben zu gewinnen.
- Anschließend wird diskutiert, ob die in dem konkreten Fall tatsächlich durchgeführten oder angebotenen pflegerischen Hilfen diesen Aufgaben bereits entsprechen oder ob Ergänzungen aus fachlicher Sicht sinnvoll wären.
- In diesem Zusammenhang taucht automatisch die Frage auf, ob als fachlich geeignet angesehene Hilfen von der eigenen Pflegeeinrichtung tatsächlich angeboten und durchgeführt werden (können).
- Bei Bearbeitung einer gewissen Zahl von unterschiedlich gelagerten Fällen entsteht einerseits eine Bestandsaufnahme der in der Pflegeeinrichtung bereits etablierten Hilfen mit besonderem Bezug zu den Aspekten der Förderung der Selbständigkeit.
- Zum anderen entsteht eine Liste mit fachlich wünschenswerten, aber aktuell nicht angebotenen oder verfügbaren Hilfen.

Die Bestandsaufnahme bereits genutzter pflegerischer Hilfen zur Förderung der Selbständigkeit kann z. B. Ausgangspunkt für Überlegungen der Leitung oder des Qualitätsmanagements werden, wie solche Angebote weiterentwickelt werden sollten: Werden für diese Maßnahmen regelmäßig Ziele formuliert, die auch in der Evaluation überprüft werden? Werden die Maßnahmen allen geeigneten Kunden/Bewohnern/Tagespflegegästen angeboten?

Hinsichtlich der nicht vorhandenen, aber fachlich als relevant eingestuften Hilfen ist zu prüfen, wie ein entsprechendes Angebot geschaffen werden könnte: Kann die betreffende Maßnahme unter Berücksichtigung des Leistungsrechts von der Pflegeeinrichtung erbracht werden? Sind die erforderlichen Kenntnisse und Qualifikationen bei Mitarbeitenden vorhanden?

Dabei sollte auch geprüft werden, inwieweit Maßnahmen durch Kooperationen oder Einbindung von anderen Berufsgruppen (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten usw.) realisiert werden können (vgl. das zweite Fallbeispiel in Kapitel 5).

Eine weitere, jeweils betriebsspezifisch zu lösende Aufgabe besteht in der organisatorischen Integration neuer bzw. der verstärkten Nutzung bereits etablierter pflegerischer Hilfen sowie der ggf. erforderlichen Anpassungen in einzelnen Phasen des Pflegeprozesses (z. B. bei der Informationssammlung und Maßnahmenplanung) in die bestehenden Abläufe und Arbeitsprozesse. Für ambulante Pflegedienste stellt sich bspw. die Frage, wie Maßnahmen der Beratung, Anleitung und Schulung in die Arbeitsorganisation (Touren- und Personaleinsatzpläne) integriert werden können.

7.3 Überprüfung von Management- und Support-Prozessen

Neben der Anpassung der unmittelbaren pflegerischen Tätigkeiten (Kernprozesse einer Pflegeeinrichtung) an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist es sinnvoll, auch die Management- und Support-Prozesse diesbezüglich zu überprüfen. Ziel sollte es sein, die Ausrichtung auf das neue Pflegeverständnis in der gesamten Prozesslandschaft zu verankern. Im Folgenden werden beispielhaft drei Bereiche angesprochen.

Personalentwicklung

Die Wahrnehmung pflegerischer Aufgaben im Sinne des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geht mit einer Stärkung der Fachlichkeit der Pflegekräfte einher. Unter dem vorherigen Regime des Verrichtungsbezugs der Pflege wurde oftmals eine „Fesselung“ der vorhandenen Kompetenzen der Pflegefachkräfte beklagt.

Die Einrichtungen und Dienste sollten prüfen, inwieweit im Rahmen der Neuausrichtung auch verstärkte Maßnahmen der Personalentwicklung erforderlich sind, um die beschriebenen Erweiterungen von pflegerischen Aufgaben und Hilfen in der Praxis umsetzen zu können. Auch Mitarbeitende in Verwaltung oder Hauswirtschaft sowie Ehrenamtliche und externe Kooperationspartner sollten entsprechend informiert bzw. fortgebildet werden. Im Vorfeld ist zu klären, inwieweit die

Institutionen der Aus-, Fort- und Weiterbildung, mit denen die Einrichtung oder der Dienst zusammenarbeiten, entsprechende Angebote vorhalten.

Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Die stärkere Ausrichtung der Pflege am Ziel des Erhalts der Selbständigkeit ist vielen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen bisher nicht vertraut und wird möglicherweise auch nicht unmittelbar verstanden. Teilweise wird eine möglichst weitgehende Übernahme von Tätigkeiten durch die Pflegekräfte von den Pflegebedürftigen als Zeichen von besonderer Qualität und Leistungsbereitschaft der Einrichtung bzw. des Dienstes wahrgenommen.

Das neue Pflegeverständnis muss daher nicht nur von den Pflegenden gelebt werden, es muss auch den Pflegebedürftigen und den Angehörigen in geeigneter Weise erklärt und kommuniziert werden. Schriftliche Materialien und Websites sollten daher überprüft werden, ob die dort vermittelten Botschaften noch adäquat sind. Heimbeiräte und vergleichbare Gremien sollten informiert werden.

Qualitätsmanagement

Die Verankerung der neuen Akzentuierungen in den Prozessen der Pflegeeinrichtung berührt in vielfältiger Weise die Aufgaben des internen Qualitätsmanagements. Insbesondere die in Kapitel 4 und 6 behandelten Themen der Erweiterung des Spektrums pflegerischer Hilfen und der Integration in den Pflegeprozess sollten durch das Qualitätsmanagement analysiert und abgearbeitet werden.

7.4 Anpassung von Dokumenten und Steuerungsinstrumenten

Die Anpassungen an das neue Pflegeverständnis sollten in wichtigen steuerungsrelevanten Dokumenten abgebildet sein.

Wie in Kapitel 2 bereits dargestellt, sollte die pflegerische Konzeption überprüft und ggf. angepasst werden.

Im Zusammenhang mit der Erweiterung des Spektrums pflegerischer Hilfen sowie Anpassungen im Pflegeprozess (z. B. bei der Informationssammlung und Maßnahmenplanung) kann es erforderlich sein, Verfahrensbeschreibungen im QM-Handbuch zu ergänzen oder zu überarbeiten.

Die Integration von Maßnahmen der gezielten Ressourcenförderung in die Evaluation kann unter Umständen ebenfalls Anpassungen eventuell vorhandener Steuerungsinstrumente erforderlich machen.
