

Patientenpartizipation aus Sicht der Pflege

Eine Analyse der häuslichen Versorgung von Menschen mit Multimorbidität

Bearbeitet von
Von: Melanie Messer

1. Auflage 2018. Buch. 248 S. Kartoniert
ISBN 978 3 7799 3757 9
Format (B x L): 23 x 15,1 cm
Gewicht: 402 g

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Pflege > Pflegeforschung, Management](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei



Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.



Leseprobe aus Messer, Patientenpartizipation aus Sicht der Pflege,
ISBN 978-3-7799-3757-9

© 2018 Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?
isbn=978-3-7799-3757-9](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-3757-9)

1 Einleitung

Die vorliegende Studie untersucht Patientenpartizipation aus der Sicht von beruflich Pflegenden in der häuslichen Versorgung von Menschen mit Multi-morbidität. Die Perspektive der beruflich Pflegenden ist eine *der* zentralen Voraussetzungen für Partizipation. Dennoch ist bislang unklar, wie sich die Situation in Deutschland darstellt.

Die Bedeutung des Themas Partizipation für die Pflege wurde in jüngster Vergangenheit am Beispiel Großbritanniens deutlich. Im Rahmen von finanziellen Sanierungsbemühungen traten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen gehäuft Fälle von massiver Patientenvernachlässigung und -entmündigung auf, die bis hin zu Todesfällen reichten, die vermeidbar gewesen wären, wie beispielsweise im Stafford Hospital-Skandal (Francis 2013a, b, c, The Lancet 2013). In der dadurch ausgelösten Diskussion wurde der Pflegeprofession¹ eine Schlüsselrolle für die Abwendung solcher Missstände attestiert (Francis 2013b, c). Die daraufhin erstellten Gutachten empfehlen als eine Kernstrategie zur Förderung der Patientensicherheit und Versorgungsqualität, auf allen Ebenen im Gesundheitswesen konsequent die Patienten² selbst in den Mittelpunkt der Bemühungen zu rücken (Francis 2013c, The National Advisory Group on the Safety of Patients in England 2013):

„Patient involvement means more than simply engaging people in a discussion about services. Involvement means having the patient voice heard at every level of the service, even when that voice is a whisper. ... The goal is not for patients and carers to be the passive recipients of increased engagement, but rather to achieve a pervasive culture that welcomes authentic patient partnership – in their own care and in the processes of designing and delivering care. This should include participation in decision-making, goal-setting, care design, quality improvement, and the measuring and monitoring of patient safety.“ (The National Advisory Group on the Safety of Patients in England 2013, S. 18)

Das Zitat unterstreicht, dass eine umfängliche Beteiligung³ darauf zielt, Patienten und ihren pflegenden Angehörigen als aktiven Akteuren zu begegnen. Ihre Sichtweise und Erfahrungen gilt es nicht nur pro forma abzufragen. Vielmehr

-
- 1 Der Begriff ‚Gesundheits- oder Pflegeprofession‘ wird in der vorliegenden Arbeit synonym mit ‚Gesundheitsberuf‘ verwendet.
 - 2 In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form verwendet. Soweit nicht anders gekennzeichnet, sind sowohl weibliche als auch männliche Personen gemeint.
 - 3 Die Begriffe ‚involvement‘ und ‚participation‘ werden häufig synonym verwendet und überschneiden sich inhaltlich auch in entsprechenden Diskursen.

geht es darum, eine Versorgungskultur zu etablieren, in der ihnen in echter Zusammenarbeit die Möglichkeit gegeben wird, tatsächlich Einfluss auf ihre eigene Versorgung zu nehmen.

In Deutschland stehen heute hinter dem Begriff ‚Partizipation‘ unterschiedliche Bedeutungen, die sich in einem breiten Feld zwischen ‚Teilnahme‘ und ‚Teilhabe‘ bewegen (Hart 2012, Lenz 2006, Rosenbrock & Hartung 2012, Schaeffer 2001). Trotz dieser Vielfalt ist der Partizipationsgedanke im deutschen Gesundheitswesen normativ legitimiert. Seine Aspekte sind sowohl gesundheitswissenschaftlich und -politisch als auch gesetzlich verankert und gelten als Ausdruck einer demokratischen Gesellschaftsform (Hart 2012, Mahler 2013, WHO 1994). Darüber hinaus soll Patientenpartizipation zur Vermeidung von Fehlversorgung beitragen, die Versorgungssicherheit verbessern und eine höhere Selbstverantwortlichkeit von Patienten, bei gleichzeitig verbesserten Gesundheitsoutcomes wie Lebensqualität und Zufriedenheit, stärken (Coulter et al. 2015, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001, WHO 2013). Ebenso zeichnet sich aufseiten der Bürger der Wunsch nach Beteiligung und Mitbestimmung ab – auch bei schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen und komplexen pflegerischen und medizinischen Versorgungs- und Behandlungsfragen (vgl. Braun & Marstedt 2014, Chewning et al. 2012, Heusinger & Klünder 2005, Smoliner et al. 2009b, Struppek 2010, Zander 2015).

Zugleich steht das Gesundheitssystem in Deutschland mit Blick auf die Sicherung der Langzeitpflege von Patienten vor großen Herausforderungen: Im Zuge des demografischen Wandels wird mit einem erheblichen Anstieg der Zahl älterer Patienten gerechnet, die von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit betroffen sind (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010). Die (Neu-)Strukturierung und Stärkung der häuslichen Versorgung gilt daher als eine der zentralen Herausforderungen für die Gestaltung der Langzeitversorgung (Genet et al. 2011, OECD 2005, Österle & Rothgang 2010, Schaeffer et al. 2008). Aufgrund der abnehmenden familiären Pflegebereitschaft (informelle Pflege) kommt der beruflichen Pflege (formelle Pflege) eine besondere Bedeutung zu (OECD 2005, 2011).

Die skizzierten Umstände unterstreichen die Relevanz des Themas der vorliegenden Arbeit aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive, adressiert es doch eine zukünftige wichtige Herausforderung, vor der das deutsche Gesundheitssystem steht. Allerdings erscheint es fraglich, inwiefern die bisherige wissenschaftliche Erkenntnislage ausreicht, um damit zielgerichtet umzugehen. Ein besonderes Problemfeld besteht mit Blick auf die Frage, wie die häuslich Pflegenden selbst, als einer der zentralen Akteure in diesem Geschehen, die Partizipation von Pflegebedürftigen mit Multimorbidität wahrnehmen und umsetzen.

Der Weg des Partizipationsdiskurses in die Gesundheitsversorgung

Der Blick auf Ursprung und Verlauf des Partizipationsdiskurses macht deutlich, dass es sich um ein politisches bzw. demokratisch-emanzipatorisches Konzept handelt, dessen Idee in der Pflege erst rezipiert werden musste. So gilt Partizipation als das Pendant zu einer traditionellen, paternalistischen Interaktion im Verhältnis zwischen Patient und Gesundheitsprofession (Klemperer 2005, Rehbock 2002). Paternalismus meint hier einen beschützenden, fürsorgeorientierten Ethos der Gesundheitsprofessionen, der „primär das Wohl, nicht den Willen des Patienten im Auge hat“ (Rehbock 2002, S. 132)⁴.

Patientenpartizipation ist kein neues Thema. Die Wurzeln und Antriebsfederungen gehen auf die allgemeinen politischen Demokratisierungsbestrebungen westlicher Gesellschaften im 20. Jahrhundert zurück. So gehört der Partizipationsgedanke, im Sinne von Beteiligung und Einflussnahme der Bürger, zu den Grundpfeilern eines demokratischen Staatsverständnisses, dessen Ursprünge in der griechischen Antike verortet werden (Linden 2012, Saage 2005, Schneider & Toyka-Seid 2013, Schubert & Klein 2011). Die partizipatorischen Ansätze der in den Politikwissenschaften beheimateten, beteiligungszentrierten Demokratietheorien erlebten ihre Blütezeit in den 1970er Jahren (ex. Pateman 1970, Schmidt 2010). Sie setzten auf eine *direkte und umfassende Bürgerbeteiligung* an möglichst vielen Entscheidungen im Sinne einer permanenten, aktiven Partizipation, um zu einer tatsächlichen *Umverteilung von Macht* zu gelangen. Handelndes Subjekt war dabei ein kompetenter, interessierter Bürger, der in der Lage ist, auch komplexere Sachverhalte zu erfassen. *Aktive Partizipation* galt durch die gelebte Mitwirkung und Teilhabe als *erlernbar* (Barber 1984, Pateman 1970, 2012, Schmidt 2010).

Dieses in den 1960er und 1970er Jahren an Popularität gewinnende politische Paradigma erfasste auch das Gesundheitswesen (Rega 2007). Einen entscheidenden Impuls erhielt der Partizipationsgedanke Mitte der 1980er Jahren aus dem Bereich der Gesundheitsförderung: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verankerte die Forderung nach ‚öffentlicher Teilnahme‘ und ‚Mitbestimmung‘ von Patienten und der Bevölkerung sowie deren Befähigung, gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen, in der einflussreichen Ottawa-Charta (WHO 1986).

Eine praktische Ausdrucksform dieser Art des bürgerschaftlichen Engagements ist die **Selbsthilfebewegung**, die in Deutschland bis heute die Partizipation von Patienten auf allen Ebenen des Gesundheitswesens fordert und voran-

4 Während starker Paternalismus, der sich auf einwilligungsfähige Menschen bezieht, als moralisch verwerflich gilt, findet schwacher Paternalismus, mit Blick auf nicht-einwilligungsfähige Personen, auch im heutigen Diskurs noch eine Berechtigung (Beauchamp & Childress 2012, Rehbock 2002).

treibt (Geene et al. 2009). Mit dem Statement der Ottawa-Charta gewann sie an Aufschwung und beförderte die Partizipationsbestrebungen und *Patientenrechtebewegung* vonseiten der Betroffenen (Borgetto 2004, Geene et al. 2009). Fast zeitgleich erreichte Deutschland die **Frauengesundheitsbewegung** aus den USA und ließ in größeren Städten die ersten Frauengesundheitszentren entstehen (Schultz & Langenheder 1996). Nun wurde erstmals – auch in Deutschland – vonseiten der Betroffenen mit einer emanzipatorischen und medizinkritischen Haltung unter anderem das Verhältnis von Patienten und Gesundheitsprofessionen hinterfragt (Borgetto 2004, Hamm & Junk 2010). Sie lenkten die Aufmerksamkeit auf die Kompetenzen und Bedürfnisse der Betroffenen sowie auf die *Selbstbestimmung, aktive Teilhabe und Mitspracherechte* für Patienten (Stolzenberg & Steingruber 2012). Auch auf der Mikroebene des Gesundheitssystems wurden nun zunehmend für Bürger Informationen und Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten sowie Wahlfreiheit gefordert und die Qualität von Gesundheitsleistungen kritisch hinterfragt (Charles & DeMaio 1993, Crawford et al. 2002, Rega 2007, Thompson 2007). Diesen Bewegungen wird ebenfalls eine zentrale Rolle in der *Wandlung des Patientenbildes* von einem passiven, unmündigen Empfänger hin zu einem selbstbewussten, aktiv agierenden Akteur zugeschrieben, der in manch gesundheitsökonomischer Überlegung sogar als gut informierter, souveräner Kunde in einem freien Gesundheitsmarkt Dienstleistungen in Anspruch nehmen soll⁵ (Biley 1992, Borgetto 2004, Kickbusch 2012). Das dadurch beförderte neue Patientenbild stellte eine wesentliche Voraussetzung für die sich fortentwickelnde Partizipationsdebatte dar. Ein weiterer Diskursstrang, der vor allem zur Legitimation von Partizipation herangezogen wird, beinhaltet seit den 1970er Jahren **rechtliche und ethische Implikationen**. Sie fordern unter anderem das *Recht des Patienten auf wahrheitsgemäße und umfassende Information, Wahlmöglichkeiten und Selbstbestimmung* in der Gesundheitsversorgung (Beppel 2007, Trandel-Korenchuk 1982, WHO 1994). Eng damit verbunden ist der Diskurs über ein sich neu formierendes Verhältnis zwischen Patienten und Gesundheitsprofessionen (Rega 2007). Zusammengekommen erinnern diese Bestrebungen stark an das Bild des eingangs beschriebenen mündigen, kompetenten Bürgers, das sich in den demokratisch-partizipatorischen Ansätzen abzeichnet.

Hier deutet sich bereits an, dass Partizipation – mit einem breiten Bedeutungshorizont – auch in Deutschland offensiv als der Schlüssel zu einer besseren Versorgung gehandelt wird. Mittlerweile hat sie sich zu einem neuen nationalen Paradigma der Gesundheitsversorgung gewandelt (vgl. BMBF 2011, BMG 2013, GVG 2003, 2011, Hart 2012, RKI 2006, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001). In diesem Diskurs wird kaum

5 Zur Diskussion um den Patientenbegriff vgl. Dierks et al. (2001a), Dierks et al. (2001b), Schaeffer (2004).

mehr infrage gestellt, dass Partizipation ermöglicht werden soll. Vielmehr geht es darum, wie sie umgesetzt wird. Daraus resultiert der Anspruch, die normativen Setzungen auch in der Mikroebene, also der Interaktion zwischen Patient und Gesundheitsprofessionen, handlungswirksam werden zu lassen (BMBF 2011, BMFSFJ & BMG 2010, BMG 2013, GVG 2003, 2011, Hart 2012, International Council of Nurses 2012, RKI 2006, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001). Bisher scheinen Partizipationsmöglichkeiten von der Pflege als größter Gesundheitsprofession im Gesundheitswesen (Statistisches Bundesamt 2013) allerdings nicht ausreichend angeboten zu werden, wie Erfahrungen von Patienten verdeutlichen (vgl. Heusinger & Klündner 2005, Larsson et al. 2007, Smoliner et al. 2009b, Suhonen et al. 2012b).

Erschwerte Bedingungen für Partizipation in der Pflege

Die Forderung nach ‚Patientenorientierung‘ als eine der Leitmaximen der deutschen Pflege hat seit mehr als 30 Jahren Bestand (Bischoff 1986, Schaeffer 2001). Ihren Ursprung nahm sie in der Kritik an einer dehumanisierenden und funktionalistischen Versorgungsgestaltung und verlangte den Patienten selbst in den Mittelpunkt der Bemühungen zu stellen und eine partizipative Interaktionsgestaltung voranzutreiben (Bischoff 1986, Schaeffer 2001). Unter den Gesundheitsprofessionen haben Pflegende mit Abstand die höchste Kontaktfrequenz mit von Multimorbidität betroffenen Patienten, die einen Pflegedienst in Anspruch nehmen und sind damit zunächst in einer exponierten Ausgangssituation, um eine partizipative Versorgung anzubahnen. Allerdings bleiben das zugrunde liegende **Partizipationsverständnis und die Umsetzung unklar**.

Bei genauerer Betrachtung trifft das Partizipationsparadigma in der Pflege auf erschwerte Bedingungen. So ist die Pflege in Deutschland seit längerem in einer Umbruchssituation: Patientenwohl und -wunsch sind nicht die alleinigen Kriterien für die Ausrichtung der pflegerischen Versorgung, sondern müssen mit **ökonomischen Vorgaben** in Einklang gebracht werden. In dieser Situation zeigen sich Parallelen zu den eingangs geschilderten ökonomischen Zwängen in Großbritannien. In Deutschland stehen diese Prozesse in enger Verbindung mit sich wandelnden Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens, die Pflege als Dienstleistung in marktförmigen Verhältnissen verorten (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012). Deutlich wird dies in der ambulanten Pflege: So agieren ambulante Pflegedienste zunehmend als wirtschaftende Betriebe mit Leistungsportfolios, die sich mehr an ökonomischen Marktbedingungen ausrichten und weniger an komplexen Bedarfs- und Bedürfnislagen der Patienten, was bei den Pflegenden zu Spannungen und Widerständen führt (Duppel 2005, Schaeffer 1998, Schaeffer et al. 2008, Slotala

2011). Finanzierungsprobleme, ein schmales Zeitbudget für die einzelnen Patienten und chronische Personalknappheit sind in der ambulanten Pflege bereits jetzt ein bekanntes, sich zunehmend verschärfendes Dauerproblem (Büscher & Horn 2010, Hämel & Schaeffer 2013, Isfort et al. 2004, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014).

Der Pflegeberuf selbst befindet sich in einem Wandlungsprozess, dessen Ausgang noch unbestimmt ist und der sich zwischen **karitativer Tradition und Professionalisierungsbestrebungen** bewegt (Schaeffer 1998, 2011, Veit 2002). So ringt gerade die ambulante Pflege darum, ein definiertes Rollenprofil mit professionellen Bezügen zu finden (Friesacher 2008, Schaeffer 1998, 2011). Erschwerend wirkt, dass die ambulante Pflege ihr Arbeitsfeld in der häuslichen Privatsphäre des Patienten hat und nicht auf etablierte institutionelle Regeln und Muster zurückgreifen kann (Friesacher 2008). Hier den Partizipationsgedanken zu platzieren stellt hohe Anforderungen an die Pflegenden.

Darüber hinaus trifft die Forderung nach Partizipation in der ambulanten Pflege auf eine Patientenklientel, deren Situation durch **Multimorbidität, langfristig anhaltende Pflegebedürftigkeit und hohes Lebensalter** gekennzeichnet ist (Lahmann et al. 2015, van den Bussche et al. 2014). Diese Patienten haben zwar den Wunsch nach und das Recht auf Partizipation, in der aktiven Ausführung sind sie jedoch bereits aufgrund einer hohen gesundheitlichen Vulnerabilität in ihren Möglichkeiten eingeschränkt.

Damit offenbart sich ein ambivalentes Verhältnis zwischen Möglichkeiten und ernsthaften Hindernissen für Patientenpartizipation. So wurde Partizipation als normatives Konzept über einen gesellschaftspolitischen Diskurs in die Gesundheitsversorgung und von hier weiter in die Pflege getragen. Es wurde zwar – mit etwas zeitlicher Verzögerung – aufgenommen, allerdings sind das genaue Partizipationsverständnis beziehungsweise die Haltung mit dem ihm begegnet wird unklar. Zugleich sehen sich die häuslich Pflegenden sehr grundlegenden Herausforderungen ihres diffusen Berufs- und Arbeitsfeldes und einer hoch vulnerablen Patientenklientel gegenüber. Diese Situation muss mit den Anforderungen des Partizipationskonzepts zusammengeführt werden. Dabei stellt sich die Frage, wie die häusliche Pflege mit der Forderung nach Partizipation umgeht.

Forschungsfrage und Zielsetzung der Untersuchung

Partizipation braucht die Bereitschaft aller Beteiligten. So muss pflegebedürftigen Menschen auch die *Möglichkeit zur Partizipation* gegeben werden (Rosenbrock & Hartung 2012). Insbesondere der hohe Anteil von Pflegebedürftigen mit Multimorbidität sowie die komplexen Anforderungen an Partizipation die sich bei Multimorbidität ergeben, lässt diese Patientengruppe in den Mittel-

punkt des Interesses rücken (Koller et al. 2014). In der direkten Interaktion mit von Multimorbidität betroffenen Pflegebedürftigen sind für deren Partizipation maßgeblich die beruflich Pflegenden verantwortlich.

Resümierend aus den vorangegangenen Überlegungen wird in der vorliegenden Untersuchung daher der leitenden Frage nachgegangen, wie sich aus Sicht von beruflich Pflegenden die Partizipation von Patienten im Versorgungsalltag darstellt und gestaltet. Dafür wird die häusliche Versorgung von Menschen mit Multimorbidität betrachtet, die nicht an fortgeschrittenen kognitiven Beeinträchtigungen⁶ leiden. Dabei ist der Blick auch darauf zu richten, welche Strategien beruflich Pflegende entwickeln, um ihre Vorstellungen von einer Partizipation von Patienten zu verwirklichen und welche Orientierungsschemata und Relevanzkriterien diesen zugrunde liegen. Unter beruflich Pflegenden, nachfolgend auch als ‚Pflegende‘ bezeichnet, werden in der vorliegenden Arbeit mindestens dreijährig ausgebildete, staatlich anerkannte Gesundheits- und Krankenpfleger und Altenpfleger sowie akademisch ausgebildete Pflegende verstanden.

Das Interesse richtet sich also auf die Problemsicht und die Handlungsstrategien der Pflegenden bezüglich der Patientenpartizipation von mehrfach erkrankten Menschen in der häuslichen Versorgung. Das Ziel der Untersuchung besteht darin, das Verständnis von Patientenpartizipation sowie die ihm zugrunde liegenden Orientierungsschemata und die Art und Weise der Einbindung von Patienten in Versorgungsprozesse zu analysieren. Somit wird eine der Voraussetzungen für die zukünftige Entwicklung der Patientenpartizipation in der häuslichen Pflege ausgelotet.

Der Aufbau der Arbeit stellt sich folgendermaßen dar. In **Kapitel 2** wird zunächst der Entwicklungsstand der häuslichen Pflege von Menschen mit Multimorbidität eingehender betrachtet. Anschließend steht in **Kapitel 3** die Analyse des Forschungsstandes zum Thema Partizipation sowie dessen Entfaltung im zeitlichen Verlauf in der Mikroebene der pflegerischen Versorgung im Fokus. Aufbauend auf den vorangegangenen Erkenntnissen werden dann in **Kapitel 4** Partizipation zu ihrer theoretischen Konzipierung beleuchtet und die Fragestellungen spezifiziert, die das Erkenntnisinteresse der Untersuchung leiten. Das qualitative methodische Vorgehen mit der Verfahrensweise bei der Datenerhebung und -auswertung, die ethischen Überlegungen sowie die Datenbasis werden in **Kapitel 5** beschrieben. In **Kapitel 6** werden die empirischen Erkenntnisse der Untersuchung vorgestellt. Sie geben einen detaillierten Einblick in die Problemsicht und Handlungsstrategien von häuslich Pflegenden zur Partizipa-

6 Die Differenzierung wird vorgenommen, da die spezifischen Bedürfnisse und Fähigkeiten von Patienten ohne und mit kognitiver Einschränkung in der Praxis höchst unterschiedliche Anforderungen an die Interaktion, Kommunikation sowie die Fürsorgeverantwortlichkeit stellen.

tion von Menschen mit Multimorbidität, die sich in drei typischen Weisen darstellen lassen. Diese Befunde werden in **Kapitel 7** zusammengeführt und kontrastierend betrachtet und in **Kapitel 8** unter Rückgriff auf den Forschungsstand und die theoretischen Grundannahmen diskutiert sowie ein erweitertes Partizipationsgrundmodell entworfen. Abschließend wird in **Kapitel 9** die Relevanz der gewonnenen Erkenntnisse empirisch, methodisch, theoretisch und versorgungspraktisch eingeordnet und ein Ausblick auf zukünftige Forschungs- und Entwicklungsbedarfe gegeben.

2 Häusliche Pflege bei Multimorbidität – Kontext der Untersuchung

In diesem Kapitel werden der aktuelle Entwicklungsstand und damit die Bedingungen der häuslichen Pflege von Menschen mit Multimorbidität eingehender betrachtet. Sie prägen nicht nur, wie vorangehend skizziert wurde, die besondere Problemstellung der Untersuchung, sondern auch den Kontext des Partizipationsgeschehens und dessen Voraussetzungen. Daher werden zunächst die grundlegenden formalen Charakteristika der häuslichen Pflege aufgearbeitet. Zudem wird Multimorbidität bei Pflegebedürftigkeit definiert und nach den Anliegen der Pflegebedürftigen gefragt. Darauf aufbauend wird das Handlungsfeld der häuslichen Pflege, das sich durch die Besonderheit des Hausbesuchs auszeichnet, konzeptionell umrissen.

2.1 Charakteristika der häuslichen Pflege

Die formelle häusliche Pflege blickt in Deutschland auf eine lange Tradition zurück. Die Ursprünge liegen im frühen 19. Jahrhundert und zeichnen sich vor allem durch karitative Unterstützung aus, welche später in das Konzept der Gemeindeschwestern bzw. der Gemeindestation überführt wurde (Hackmann 2011, Schulz 1992). Erst in den 1970er Jahren in der Bundesrepublik Deutschland, bzw. in der DDR ab den 1990er Jahren, begann eine Umformung in eine betriebliche Arbeitsweise, wie sie auch heute noch vorherrscht (Beikirch & Korporal 2000, Grunow et al. 1979). Eine flächendeckende Ausweitung solcher ambulanten Pflegedienste beförderte die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 1995 (Beikirch & Korporal 2000, Ewers 2003, Schaeffer et al. 2008).

Aktuelle Statistiken registrierten 2013 in Deutschland 12.745 ambulante Pflegedienste (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2015). Der überwiegende Teil der Pflegedienste lag dabei in privater (63,9%) oder freigemeinnütziger Trägerschaft (34,7%), nur ein Bruchteil in öffentlicher Hand (1,4%). Von den 320.077 Mitarbeitern waren 87,4% weiblich und 73,2% in Teilzeit tätig (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2015). Insgesamt hatten 46,8% eine Ausbildung als staatlich anerkannte Gesundheits- und Krankenpfleger oder Altenpfleger absolviert (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2015). Bei den durch einen Pflegedienst versorgten Pflegebedürftigen lag bei 57,1% Pflegestufe 1, 32,3% Pflegestufe 2 und bei 10,5% Pflegestufe 3 vor. Seit 1999 ist ein Anstieg der Pflegebedürftigen, die Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst erhalten, um 48,3% zu verzeichnen (Statistische Ämter des

Bundes und der Länder 2015). Basierend auf der Analyse von Routinedaten beträgt die durchschnittliche Versorgungszeit eines Patienten durch einen ambulanten Pflegedienst 2,5 bis 3,5 Jahre, Angaben aus anderen Referenzen sind doppelt so hoch (Lahmann et al. 2015, Rothgang et al. 2010)⁷. In dieser Zeit ist von einer *hohen Kontaktfrequenz* zwischen Pflegebedürftigem und Pflegedienstmitarbeitern auszugehen, die sich in der Regel zwischen wöchentlichen und mehrmals täglichen Besuchen bewegt (Lahmann et al. 2015). Im Vergleich dazu liegt die Zahl der Behandlungsfälle durch Hausärzte bei durchschnittlich 0,88-mal pro Quartal (Rothgang et al. 2010).

Die Arbeitsrolle der beruflichen Pflege wurde bis zum Ende der 1980er Jahre als ‚haushaltsnahe Frauentätigkeit‘ betrachtet (Arnold 2008, Bischoff 1982, 1997). Sie war dem Privatbereich zugeordnet und durch Zuwendung und Fürsorge⁸ und eben nicht als Arbeit charakterisiert. Heute wird die formale Arbeitsrolle Pflegender maßgeblich durch die Vorgaben des Sozialstaates bestimmt, der den Leistungsumfang und damit das Aufgabenfeld von ambulanter Pflege per Gesetz definiert (Voges 2002). Dies muss mit den beruflich-professionellen Werten der Pflegenden, die häufig auf Beziehungsgestaltung, Zuwendung und Fürsorglichkeit fußen, in Einklang gebracht werden (Arnold 2008, Duppel 2005, Krampe 2009). Zwar sind mittlerweile bei Pflegenden ein Distanzierungsprozess vom althergebrachten Berufsbild und die Entwicklung hin zu einem eigenen Verständnis von Professionalität zu verzeichnen, von einer umfänglichen Professionalisierung sind sie jedoch noch weit entfernt (Arnold 2008, Schaeffer 2011). In diesem Zuge findet sich eine Fokussierung auf technisch-verrichtungsorientierte, körperbezogene Tätigkeiten und ein Mangel an theoretisch-konzeptioneller Fundierung der Pflegearbeit in Deutschland (Friesacher 2008, Schaeffer 2011). Die aus beruflichen Aufwertungsprozessen resultierende Abspaltung von entlohnter, höherwertiger Arbeit von unbezahlter, warmherziger Zuwendung bildet sich bis heute in der Wahrnehmung Pflegender in unterschiedlichsten Einsatzfeldern ab (Arnold 2008, Duppel 2005, Krampe 2009). Zugleich spiegelt sie sich auch im Leistungskatalog der Sozialgesetzbücher (SGB), wo unter finanziertwerter Pflege körpernahe Tätigkeiten, wie Hilfe beim Waschen und Anziehen, verstanden werden.

Die Sozialgesetzbücher bilden die primäre Grundlage der Finanzierung für grundpflegerische bzw. allgemeinpfegegerische Leistungen nach SGB XI, wie Unterstützung beim Waschen, Kleiden und der Nahrungsaufnahme. Dort ist auch festgehalten, dass der häuslichen Versorgung vor einer stationären Pflege

7 Diese Schätzungen schwanken erheblich aufgrund der zugrunde gelegten Definition von Versorgungsarrangements, dem Eintrittsalter der Pflegeempfänger in die Pflegedürftigkeit und deren Geschlecht.

8 Als zentrale Kennzeichen der Frau, die in den Pflegeberuf transferiert wurden, benennt Bischoff (1997, S. 69): „.... Opferbereitschaft, Unterordnung Selbstlosigkeit, Bedürfnislosigkeit ... und ‚für andere zu leben‘ und ‚für andere da zu sein‘ ...“.

Vorrang zu geben ist (§ 3 SGB XI). Die Leistungen werden ergänzt durch die sogenannte Behandlungspflege bzw. spezielle Pflege nach dem SGB V, die beispielsweise Medikamentengaben, Verbandswechsel oder das Anziehen von Antithrombosestrümpfen umfassen.

Während für die Durchführung einer Behandlungspflege eine ärztliche Anordnung erforderlich ist und diese nur an Altenpfleger bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger delegiert werden kann, bedarf es für Leistungen nach dem SGB XI einer Bescheinigung der Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung (§ 14 SGB XI) durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (§ 18 SGB XI). Da dieser Teil der Sozialversicherung jedoch nach dem Subsidiaritätsprinzip notwendige Leistungen nur bezuschussen soll – ähnlich wie in einer ‚Teilkaskoversicherung‘ – können Pflegebedürftige darüber hinaus notwendige Hilfestellung vom Pflegedienst auf eigene Kosten erwerben. Als Selbstzahler werden Pflegebedürftige also zwangsläufig in die Situation gebracht, explizit über die Inanspruchnahme zusätzlicher pflegerischer Leistungen zu entscheiden. Dies schafft die Möglichkeit, dass die ambulante Pflege, im Vergleich zur Akutversorgung, eigenständiger und unabhängiger von ärztlichen Anordnungen agieren kann. Andererseits wird zugleich eine Kompetenzbeschränkung auf die eng gefassten Leistungsbereiche der gesetzlichen Pflegeversicherung kritisiert, die durch den fehlenden Finanzierungsanreiz von den meisten Pflegediensten kaum zu durchbrechen ist (Büscher & Horn 2010, Slotala 2011).

Deutlich wird, dass sich ein Partizipationsangebot vor allem an dem inhaltlichen und finanziellen Leistungsrahmen des SGB V und SGB XI ausrichten muss, der auch die Möglichkeit vorsieht dass der Pflegebedürftige als Selbstzahler auftritt. Zudem ist die damit verbundene formale Arbeitsrolle häuslich Pflegender zu berücksichtigen, die sich noch mitten im Professionalisierungsprozess befindet.

2.2 Multimorbidität bei Pflegebedürftigkeit

Von den 616.000 Klienten ambulanter Pflegedienste in Deutschland waren 2013 67,2% *weiblich* und die große Mehrheit *älter als 70 Jahre* (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2015)⁹. Im Durchschnitt lebt circa ein Drittel der Pflegebedürftigen allein. Der überwiegende Teil wohnt zusammen mit Ehepartnern, Kindern oder anderen Angehörigen (Schneekloth 2006).

9 Hier nicht mit eingerechnet sind die 1,25 Millionen Pflegebedürftigen, die ausschließlich durch Angehörige oder andere Personen ihres sozialen Netzes versorgt werden und keine professionelle pflegerische Hilfe in Anspruch nehmen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2015).