



IDEENWERKSTATT – Ideenwerkstatt Pflege

PERSPEKTIVENWERKSTATT

Qualitätsentwicklung und Lebensweltorientierung
in der häuslichen Pflege

Abschlussbericht für das ZQP
Juni 2013

Durchführung:

Prof. Dr. Andreas Büscher, Hochschule Osnabrück

Prof. Dr. Thomas Klie, AGP Sozialforschung/Év. Hochschule Freiburg

Laufzeit:

September 2012 – November 2013

Status:

abgeschlossen

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund, Auftrag und Zielsetzung der Perspektivenwerkstatt.....	4
2. Methodisches Vorgehen der Perspektivenwerkstatt.....	7
3. Neuordnung der Qualitätsdiskussion.....	9
3.1 Lebensqualität und Lebensweltorientierung in der häuslichen Pflege	9
3.2 Diskussions- und Handlungsbereiche zur Neuordnung der Qualitätsdiskussion	16
4. Ergebnisse der Gesamtkonferenz zur Perspektivenwerkstatt.....	20
4.1 These 1: Qualitätsdefizite in der häuslichen Versorgung bleiben verborgen und werden weitgehend ignoriert	20
4.2 These 2: Das Angebot fachlicher Unterstützung ohne Sanktions- und Kontrollmöglichkeit kann die individuelle Selbstbestimmung befördern.....	22
4.3 These 3: Unterschiedliche Akteure bringen in der häuslichen Pflege ihre Expertise in eine Gesamtsituation ein	27
4.4 These 4: Kernaufgabe professioneller Pflege im Gesamtgefüge ist die Steuerung des Pflegeprozesses.	30
4.5 These 5: Die Regie der gesamten häuslichen Versorgungssettings kann von verschiedenen Akteuren übernommen werden.	32
4.6 These 6: Das Verhältnis von Pflegebedürftigkeit und Teilhabe ist nicht geklärt.	33
4.7 These 7: Die Qualität der Pflege hängt in hohem Maße von der Qualität der Aushandlung und der Vereinbarung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden ab.	35
4.9 These 9: Fragen des Wohlbefindens und der Lebensqualität sind zentral, gehören aber nicht in die Hände staatlicher Akteure.....	40
4.10 These 10: Die Bereitstellung von Ressourcen für eine lokale Infrastruktur ist diskrepant und muss Bestandteil eines breiten öffentlichen und lokalen Diskurses werden.....	41
4.11 These 11: Eine Unterscheidung von Pflege in Cure und Care würde Verantwortungsbereiche klären helfen	43
4.12 These 12: Qualitätsentwicklung in der häuslichen Pflege muss auch Fragen der Gendergerechtigkeit berücksichtigen.....	44
5. Schlussfolgerungen: Handlungsbedarf und Handlungsoptionen.....	45
6. Anlagen	57
Anlage 1: Mitglieder des Steuerungskreises	57
Anlage 2: Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Delphi-Befragung und der Gesamtkonferenz.....	58
Anlage 3: Thesen zur Delphi-Befragung.....	59
Anlage 4: Literatur	64

1. Hintergrund, Auftrag und Zielsetzung der Perspektivenwerkstatt

Die überwiegende Zahl auf Pflege angewiesener Menschen wird in ihrer eigenen Wohnung, in ihrem Zuhause gepflegt und versorgt. Dies entspricht auch ganz überwiegend den Vorstellungen und Wünschen der Betroffenen. Es sind stabil 70 Prozent der im Sinne der deutschen Pflegeversicherung Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden. Von ihnen nehmen wiederum etwa 70 Prozent keine Pflegeleistungen durch ambulante Pflegedienste in Anspruch. Diese Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen meistern die Situation auf ihre Weise und weithin ohne professionelle Unterstützung. In welchem Umfang sie selbst Pflegekräfte und andere Assistenz heranziehen, ist weithin unbekannt.

Obwohl die familiäre und selbstorganisierte Pflege in Deutschland dominant ist, wird der Lebenswirklichkeit in den entsprechenden Pflegearrangements kaum systematisch Aufmerksamkeit geschenkt. Damit wird zum einen respektiert, dass die Familien auf ihre Weise für die Sorge ihrer Angehörigen Verantwortung übernehmen bzw. die Pflegebedürftigen selbst für das Management ihrer Pflege. Es ist in die freie Entscheidung der Bürgerinnen und Bürger gestellt, wie sie ihre Pflege organisieren und sicherstellen. Zum anderen wird schon seit längerem die strukturelle Vernachlässigung selbstorganisierter Pflege problematisiert (Schütte 2006). Die Belastung pflegender Angehöriger und ihre problematischen Auswirkungen, auch auf die Pflegebedürftigen, sind gut erforscht (Zank 2010). Auch sind Gewaltphänomene in der häuslichen Pflege bekannt (Görgen 2012, Bonillo 2013). Die Verbreitung freiheitsentziehender Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit wurde erst jüngst untersucht (Bredthauer/Klie et al. 2012). Zur Versorgung von Alleinstehenden in ihren Wohnungen liegen zudem Zahlen über Zeitbudgets der Versorgung vor, die deutlich machen, wie bedeutsam soziale Netzwerke für den Umfang der Versorgung sind (Blinkert/Klie 2006).

Auch wenn der Gesetzgeber mit der Einführung der Pflegeversicherung von vornherein im Blick hatte, dass Pflegegeldbezieher, d.h. diejenigen die keine häuslichen Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, der professionellen Beratung nach § 37 Abs.

3 SGB XI bedürfen (vgl. Büscher et al. 2010) und ihnen, so wie anderen Leistungsbeziehern auch, inzwischen ein Anspruch auf Pflegeberatung gemäß § 7 a SGB eingeräumt wurde, bleibt es bei dem Befund, dass dem Thema Qualität in der häuslichen Versorgung weder fachlich noch politisch hinreichend Aufmerksamkeit geschenkt wird. Die Pflegeberatung wird in höchst unterschiedlicher Weise umgesetzt und nicht für jeden Versicherten gleichermaßen gewährleistet (GKV 2012). Die Qualität der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI wird, trotz ca. 2 Mio. Beratungsbesuchen pro Jahr in Deutschland, wenig bis gar nicht diskutiert. Das Thema Qualität in der häuslichen Versorgung wird mit einer strukturellen Gleichgültigkeit bedacht.

Diese fehlende Aufmerksamkeit für die Qualität in der häuslichen Pflege steht in deutlicher Diskrepanz zu den Anstrengungen um die Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen und bei ambulanten Diensten. Diese lassen sich jedoch keineswegs auf privat organisierte, häusliche Pflegesituationen übertragen und es kann entsprechend nicht darum gehen, Angehörige an professionellen Qualitätsansprüchen zu messen. Stattdessen geht es um lebensweltliche Bewältigungsmuster in häuslichen Pflegesituationen, also um die Frage, wie Familien und soziale Netzwerke vor dem Hintergrund ihrer Lebensgeschichte und angesichts ihrer gegebenen Lebensumstände einen Weg zur Bewältigung von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit finden. Den Pflegekassen kommt bei der Pflege durch Angehörige oder selbst beschaffte Assistenz kein Sicherstellungsauftrag zu. Auch darf die häusliche Pflege und damit die private Lebenssituation nicht zum Gegenstand staatlicher Observation gemacht werden. Gleichwohl bleibt aber die Verantwortung des Staates für den wirksamen Schutz von Menschenrechten und von Gesundheit und Leben vulnerabler Bürgerinnen und Bürger bestehen. Der Schutz von Menschenrechten, der für pflegebedürftige Menschen ebenso wie für alle anderen Menschen Geltung beansprucht (durch die Behindertenrechtskonvention nochmals betont und präzisiert) kann als Referenz für die notwendige öffentliche Aufmerksamkeit und die Relevanz der Thematisierung von Qualitätsfragen in der häuslichen Pflege herangezogen werden. Dabei bleibt im geltenden Recht vergleichsweise unbestimmt, wer

bei menschenrechtlich relevanten Mangelsituationen in der häuslichen Pflege mit Handlungspflichten ausgestattet ist (Hoffmann 2010).

Es besteht weitgehende Einigkeit und Übereinstimmung darin, dem Thema Qualität in der häuslichen Pflege – bei einem grundlegenden Respekt vor der Selbstbestimmung des auf Pflege angewiesenen Menschen und gegenüber der Solidaritätsbereitschaft seiner Angehörigen – eine wesentlich größere Aufmerksamkeit zu schenken, als dies in der Vergangenheit der Fall war. Eine Thematisierung von Fragen der Qualität häuslicher Versorgung greift dabei nicht nur ein Desiderat der Pflegepolitik auf. Es lädt auch ein, Fragen der Qualität der Versorgung pflegebedürftiger Menschen wesentlich stärker vom Pflegebedürftigen selbst und seiner Lebenswelt her zu denken. Auf diese Weise geraten nicht isolierte pflegerische Handlungen und betreuende Dienstleistungen in den Fokus der Qualitätsdiskussion, sondern die gesamte Lebenssituation, soweit sie durch die Einschränkung von Selbstständigkeit in der Lebensführung bestimmt wird.

Vor diesem Hintergrund hat das ZQP die Perspektivenwerkstatt „Qualitätsentwicklung und Lebensweltorientierung in der häuslichen Pflege“ initiiert. Ziel ist es, jenseits der etablierten Diskussionen zur Qualitätsentwicklung in der Pflege die Perspektive zu erweitern und Ansatzpunkte für eine stärker personen- und subjektorientierte Qualitätsdiskussion aufzuzeigen, an denen sich Überlegungen zu zukünftigen rechtlichen Rahmenbedingungen ebenso orientieren können wie die Entwicklung fachlich begründeter Handlungsansätze und -konzepte. Nicht zuletzt geht es auch darum, Perspektiven für den notwendigen gesellschaftlichen Diskurs zur Pflege und Pflegebedürftigkeit aufzuzeigen, der angesichts der prognostizierten Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland und Europa eine immer größer werdende Zahl von Menschen betrifft. Das Thema „Pflege“ gehört in die Mitte der Gesellschaft und ist dort auch angekommen: Millionen von Haushalten sind mit Aufgaben der Pflege befasst. Die Sicherung der Pflege wird auch sozialpolitisch als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden (§ 8 Abs. 2 SGB XI). Auch nimmt das

Thema Absicherung bei Pflegebedürftigkeit im Sorgenbarometer der Deutschen einen der vorderen Plätze ein (R+V Versicherung 2012).

In diesem Sinne verfolgt die Perspektivenwerkstatt die Zielsetzung, einen Beitrag zur Weiterentwicklung und Ausweitung der aktuellen Qualitätsdiskussion aus der Perspektive der Lebenswelt der betroffenen Menschen und ihrer Familien zu leisten. Dazu werden Einschätzungen zum aktuellen Stand der Qualitätsentwicklung sowie zum Verhältnis von subjekt- und objektbezogener Qualitätsbewertung vorgenommen und Empfehlungen zur zukünftigen Ausgestaltung der Kranken- und Pflegeversicherung zur Qualitätsverbesserung aus der Perspektive betroffener Menschen unterbreitet. Die sich aus einer lebensweltlich ausgerichteten Qualitätsentwicklung ergebenden Implikationen für die beteiligten Akteure aus Politik, Selbstverwaltung, Praxis und Wissenschaft werden dabei berücksichtigt und in Form von Handlungsempfehlungen konkretisiert.

2. Methodisches Vorgehen der Perspektivenwerkstatt

Die im nachfolgenden Kapitel dargelegten Überlegungen der Autoren wurden im Rahmen der Perspektivenwerkstatt mit einem größeren Kreis von Expertinnen und Experten diskutiert, die in unterschiedlicher Funktion, Qualifikation und Rolle in Fragen der häuslichen Versorgung eingebunden sind. Die Diskussion erfolgte zuerst in Form einer Delphi-Befragung und anschließend im Rahmen einer Gesamtkonferenz, zu der alle Beteiligten in die Räumlichkeiten des ZQP nach Berlin eingeladen wurden. Eine Liste der dazu angesprochenen und eingeladenen Personen findet sich im Anhang (s. Anlage 2).

Nach der grundsätzlichen Konsentierung der skizzierten Diskussions- und Handlungsbereiche für eine Neuordnung der Qualitätsdiskussion innerhalb des Steuereungskreises der Perspektivenwerkstatt (s. Anlage 1) wurden zu den einzelnen Bereichen Thesen formuliert, die im Rahmen einer Delphi-Befragung den Teilnehmerinnen und Teilnehmern an der Gesamtkonferenz mit der Bitte um Einschätzung und Stellungnahme zugesandt wurden (Anlage 3). Zu den einzelnen Thesen wurde

um eine Einschätzung auf einer fünfstufigen Skala (stimme völlig zu – stimme eher zu – weder noch – stimme eher nicht zu – stimme gar nicht zu) gebeten. Zudem wurde ausdrücklich um freie Kommentare zu den Thesen gebeten. Die Ergebnisse der Befragung wurden zusammengefasst und graphisch aufbereitet (s. Anlage 4). Die Ergänzungen in Form freier Kommentare wurden in Verbindung mit den Einschätzungen durch die Autoren ausgewertet und zur Vorbereitung der Gesamtkonferenz genutzt.

Zu Beginn der Gesamtkonferenz wurde Bezug auf die Ergebnisse der Delphi-Befragung genommen. Das Kernelement der Gesamtkonferenz war dann jedoch die Diskussion von insgesamt 16 Thesen zur Qualitätsentwicklung in der häuslichen Pflege, die aus dem bisherigen Prozess der Perspektivenwerkstatt abgeleitet wurden. Dabei orientierte sich der Prozess an den Metaplan-Spielregeln und war in eine Vormittags- und eine Nachmittagsrunde eingeteilt. Vor beiden Runden wurden zunächst jeweils acht Thesen mit ihren dazugehörigen Unterthesen kurz vorgestellt. Nach der Kurzvorstellung konnten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit sogenannten "Blitzen", also kurzen Gegenreden, ihren ersten Widerspruch zu einzelnen Thesen oder Unterthesen geltend machen. Diese Anmerkungen der Teilnehmer wurden in der Dokumentation der Gesamtkonferenz von roten Blitzzeichen ⚡ umrahmt. Im Anschluss an die Vorstellung wurden diejenigen Thesen markiert, die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern für besonders diskussionswürdig gehalten wurden. Die Anzahl der Stimmen für jede These wurde in Klammern direkt hinter den Thesen vermerkt. Anhand der Markierungen wurden jeweils die drei Thesen mit den meisten Stimmen zur vertiefenden Diskussion in Arbeitsgruppen ausgewählt.

In den Arbeitsgruppen wurden wesentliche Argumentationsstränge durch die Teilnehmenden auf Karten festgehalten. Hierfür wurden verschiedenfarbige Karten, je nach Art des Statements, verwendet. Argumente wurden auf grauen Karten vermerkt, alternative Optionen auf gelben, unterstützende Ideen und Aussagen zu den Thesen auf grünen und Einwände/Gegenargumente auf blauen Karten. In der Dokumentation der Gesamtkonferenz (s. Anlage 5) sind die Aussagen mit den entspre-

chenden Farben visualisiert. Zudem wurden Anmerkungen oder Einwände aus dem Plenum während der Vorstellung der Gruppenbeiträge und nicht diskutierte Notizen und Ergänzungen zwischen den Arbeitsphasen dokumentiert.

Auf der Basis der Dokumentation der Gesamtkonferenz wurden die Ergebnisse herausgearbeitet. Sie bilden die Basis für die abschließenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen in diesem Bericht.

3. Neuordnung der Qualitätsdiskussion

Die folgenden Ausführungen dienen dazu, den Kontext der Qualitätsdiskussion in der häuslichen Pflege näher zu beleuchten. Es soll verdeutlicht werden, dass die Fokussierung allein der verrichtungsorientierten Leistungserbringung für die Diskussion zu kurz greift. Fragen der Lebensweltorientierung und des Eindringens in private Lebenswelten durch professionelle Akteure gilt es ebenso und vor allem stärker als bislang zu beachten. Am Ende dieses Kapitels werden die wesentlichen Bereiche einer möglichen Neuordnung der Qualitätsdiskussion skizziert, die die Grundlage der weiteren Auseinandersetzung innerhalb der Perspektivenwerkstatt bilden.

3.1 Lebensqualität und Lebensweltorientierung in der häuslichen Pflege

Den Kern der Auseinandersetzung um die Qualität der häuslichen pflegerischen Versorgung bildet die Verständigung über die Frage, was individuelle Lebensqualität im Falle eingeschränkter Gesundheit und Pflegebedürftigkeit bedeuten kann. Als mögliche Kriterien für die Qualität innerhalb pflegerischer Beziehungen in häuslichen Pflegearrangements haben Nolan et al. (2001) die folgenden sechs Bereiche („six senses“) identifiziert:

- **Sicherheit** hinsichtlich der essentiellen physiologischen und psychologischen Bedürfnisse sowie vor Bedrohung, Schaden oder Schmerz
- **Kontinuität** in der persönlichen Biografie und eine konsistente und reibungslose Versorgung innerhalb etablierter Pflegebeziehungen durch bekannte Pflegepersonen

- **Zugehörigkeit** durch Bildung und/oder Aufrechterhaltung bedeutsamer und gegenseitiger Beziehungen
- **Zielgerichtetheit** hinsichtlich der Fähigkeit, Ziele und Herausforderungen zu identifizieren sowie einen Ermessensspielraum für Entscheidungen zu haben
- **Etwas erreichen können** im Hinblick auf bedeutsame Ziele und wertgeschätzte Beiträge
- **Bedeutsamkeit** im Sinne der Anerkennung und Wertschätzung als Person und des Gefühls der Wichtigkeit der eigenen Existenz und Handlungen.

Nolan et al. (2001) haben diese Kriterien pflegerischer Beziehungen aus der Perspektive pflegebedürftiger Menschen, pflegender Angehöriger und von Pflegefachkräften beschrieben. Ihnen ist somit eine Rahmensetzung gelungen, unter denen Pflegebeziehungen eingehender betrachtet werden können. Diese Rahmensetzung ermöglicht bis zu einem gewissen Grad auch die Analyse von Pflegebeziehungen aus der Perspektive unterschiedlicher Akteure unter gemeinsamen Kriterien ohne dabei zu unterstellen, dass es eine Interessensgleichheit zwischen den Akteuren gibt. Die gemeinsamen Kriterien sind jedoch insofern von Bedeutung als sie verdeutlichen, dass das Gelingen häuslicher Pflegearrangements nur im Zusammenspiel der beteiligten Akteure gelingen kann und dass die „Zufriedenheit“ bzw. Berücksichtigung nur einer Perspektive zu kurz greift. Dieser Ansatz von Nolan et al. (2001) gibt wichtige Impulse für die Diskussion zur Qualität der häuslichen Pflege, da er lebensweltlich bedeutsame Aspekte ebenso berücksichtigt wie Fragen professionellen Handelns. Das Gelingen unterschiedlicher pflegerischer Beziehungen wird somit zu einem wichtigen Kriterium unabhängig davon, wer diese Beziehung eingeht und ebenso unabhängig davon, wer gerade welche Aufgabe übernimmt. Zentral sind bedeutsame Aspekte der individuellen Lebenssituation.

Demgegenüber stellt sich die Realität der ambulanten Pflege, also der Leistungen von ambulanten Pflegediensten in Deutschland sozialversicherungsrechtlich in Form eines Systems von Leistungskomplexen dar, die sich auf alltägliche, dem Begriff der Pflegebedürftigkeit im SGB XI entsprechende Verrichtungen beziehen, zu

denen auch solche der hauswirtschaftlichen Begleitung zählen. Auch wenn diese zweifellos einen Teil der vorhandenen Bedarfslagen abdecken, so sind sie andererseits doch Ausdruck einer gewissen Hilflosigkeit und eines mangelnden Verständnisses über die Gestaltung und Funktionsweise häuslicher Pflegearrangements, die durch hohe Flexibilität, damit verbundene Wandelbarkeit, Interaktivität und interindividuelle Entscheidungsfindung gekennzeichnet sind. Für eben diese Flexibilität ist das vorgesehene Leistungsspektrum unzureichend.

Die bisherige Ausgestaltung des Leistungsrechts in der häuslichen Pflege zwischen Geld- und Sachleistungen verweist auf eine gesellschaftliche Verunsicherung zum schwer zu fassenden und durch Diffusitäten und Entgrenzungen charakterisierten Feld der häuslichen Pflege, das sich einer externen Definitions- und Kontrollmacht entzieht. Um dem Risiko der mangelnden Kontrollierbarkeit häuslicher Pflegearrangements, die bei Pflegegeldgewährung nicht grundsätzlich problematisiert wird, im Bereich der durch Pflegedienste erbrachten Sachleistungen zu entgehen, wurde der Versuch unternommen, zumindest zu einigen wenigen Aspekten klare Regeln aufzustellen, aufgrund derer eine externe Kontrolle ermöglicht wird.

Somit kann der Eindruck erweckt werden, dass etwas zur Sicherstellung der Qualität häuslicher Pflegearrangements unternommen wird. Da die Realität der Pflegesituation jedoch häufig vielschichtig und komplex ist, gehen Anforderungen häuslicher Pflegearrangements stets über den Bereich der definierten Qualitätskontrolle und des vorhandenen Leistungsspektrums hinaus. Die beteiligten Akteure werden bei der Herausforderung, angesichts einer komplexen Realität und eines eingeschränkten Leistungsspektrums ein hilfreiches Arrangement zu entwickeln, weitgehend sich selbst überlassen.

Bedeutung der Lebenswelt

Entsprechend gilt es, einen anderen Ausgangspunkt für die Betrachtung von Qualität der häuslichen Versorgung zu suchen und sich dabei stärker an die bereits Ende der 1990er Jahre intensiv geführte Diskussion zur Lebensweltorientierung in der häuslichen Pflege anzulehnen (Braun/Schmidt 1997). Die Lebenswelt ist der Ort, an

dem die pflegerische Versorgung erfolgt und der diese maßgeblich beeinflusst. Lebensweltorientierung bedeutet die Berücksichtigung befördernder und belastender Lebensverhältnisse, die die Auseinandersetzung und Bewältigungsprozesse der Lebenswelt bestimmen. Bei chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit verändert sich die Lebenswelt erheblich in Bezug auf Raum und Zeit (d.h. die Möglichkeiten, sich im Raum zu bewegen und Zeit zu gestalten), soziale Beziehungen (d.h. Veränderungen in Rollen und Aufgaben), kulturelle Traditionen (d.h. Vorstellungen darüber, wie Alltag organisiert und bewältigt wird) sowie ökonomische Ressourcen (die einerseits durch die Pflegebedürftigkeit verbraucht werden und deren Beschaffung ebenfalls durch Pflegebedürftigkeit eingeschränkt sein kann) (Schaeffer 2009; Schaeffer/Moers 2011; Jansen 1997).

Bislang ist die Lebensweltorientierung von der beruflichen Pflege nur unzureichend aufgegriffen und akzeptiert worden. Das mag einerseits mit den bereits geschilderten Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege zusammenhängen, die einer solchen Annäherung deutliche Grenzen setzen, ist aber sicher auch der individualistischen und krankheitsbezogenen Perspektive zuzuschreiben, die für die berufliche Pflege nach wie vor charakteristisch ist. Ansätze einer familienorientierten Pflege, die davon ausgeht, dass Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit kontextspezifische Phänomene sind, deren Bewältigung immer nur vor dem Hintergrund der sozialen Eingebundenheit des betroffenen Individuums verstanden werden kann (Büscher/Schnepp 2011), sind bislang nur unzureichend aufgenommen worden.

Ausgangspunkt für eine lebensweltlich orientierte Pflege und Assistenz wäre also der Alltag, in dem sie stattfinden. In einem lebensweltlichen Verständnis wäre ein gelingender Alltag der, in dem Möglichkeiten des freien und angstlosen Zusammenspiels und Ineinandergreifens der dort handelnden Akteure bestehen. Im Fall von „Pflegebedürftigkeit“ ist die Konstruktion des gelingenden Alltags jedoch dadurch beeinträchtigt, dass Krankheit und Abhängigkeit von personeller Hilfe mit einer Einschränkung der Freiheit und Angstlosigkeit einhergehen. Diese gälte es durch die Art der pflegerischen Hilfe und Assistenz zumindest abzumildern, um

damit eine Re- und Neuorganisation des vormals bestehenden Alltags zu ermöglichen, der an die Anforderungen der Situation angepasst ist.

Verantwortlich für das Gelingen des Alltags sind jedoch nicht primär einzelne Akteure, sondern das gesamte Setting, die gesamte Lebenswelt, die den Alltag darstellt. Dazu gehören auch und vor allem die informellen Helfer, also diejenigen, die als Teil ihrer sozialen Beziehungen pflegebedürftige Menschen unterstützen. Ihren Anteil an der Herstellung des Alltags, an der Bewältigung von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit sichtbar zu machen und sie dazu zu qualifizieren, ist eine der wesentlichen Aufgaben, mit denen sich professionelle Helfer seit jeher schwer tun. Sei es, dass sie sich in Konkurrenz zu ihnen sehen und darüber streiten, wer besser im Sinne des Pflegebedürftigen agiert oder sei es, weil sie den informellen Helfern keine Kompetenzen zusprechen oder deren Beitrag für selbstverständlich halten (Zeman 1997, 2000; Büscher 2007). Notwendig wäre demgegenüber eine als Familienhilfe konzipierte Unterstützung, durch die das „Netz“ Familie bzw. das Pflegearrangement stabilisiert und bestärkt wird. Die Unterstützung erschöpft sich dabei nicht in der Übernahme vordefinierter Verrichtungen und Tätigkeiten, sondern in der Aushandlung notwendiger Maßnahmen.

Lebenswelt und Qualitätsbegriff

Eine mögliche Annäherung aus diesen Überlegungen zur Lebensweltorientierung an die Qualitätsdiskussion in der häuslichen Pflege könnte über den Begriff des Wohlbefindens oder „Wohls“ erfolgen. Auch wenn es sich bei dem Begriff um einen unbestimmten (Rechts-)Begriff handelt, kann er dennoch dazu beitragen, das für den auf Pflege angewiesenen Menschen objektiv und subjektiv Bedeutsame näher zu bestimmen und zum Ausgangspunkt weiterer Qualitätsüberlegungen zu machen. Dazu wären in einem ersten Schritt konstitutive Bestandteile dieses Wohls zu definieren. Zenz (2007) hat die Kodifizierung eines § 1666 BGB, der Vorschrift zum Kindeswohl, entsprechenden „Altenwohls“ im deutschen Familienrecht vorgeschlagen. Auch der 6. Altenbericht hat sich mit dem Konzept des Altenwohls auseinandergesetzt und damit die besondere Schutzbedürftigkeit jenseits des Versorgungs-

ortes in die politische Diskussion gebracht (BMFSFJ 2010) und damit auch die familienpolitischen Bezüge der Pflegepolitik deutlich gemacht. Als mögliche Aspekte zur Präzisierung dessen, was unter „Altenwohl“ zu verstehen wäre kommen die individuelle Würde, Autonomie, Entscheidungsmöglichkeiten und Entscheidungsfreiheit in Betracht. Auch der in der häuslichen Pflege nicht zu vernachlässigende Aspekt der oftmals eingeschränkten persönlichen Freiheit einschließlich der Fortbewegungsfreiheit ist relevant für das Wohl der Betroffenen. Hinzu tritt im Fall von Krankheit und/oder Pflegebedürftigkeit auch die Sicherheit, heute und in der Zukunft versorgt zu werden. Gerade letzter Aspekt ist vor dem Hintergrund des individuellen Wohls des Pflegebedürftigen in hohem Maße davon abhängig, durch wen die Versorgung sichergestellt ist. Die Verfügbarkeit einer „Versorgungsperson“ muss daher nicht gleichbedeutend mit dem Wohl des Pflegebedürftigen sein, wenn dieser seine Beziehung zu dieser Person als problematisch betrachtet oder sich vor ihr schämt, weil er die notwendigen Hilfen in Anspruch nehmen muss. Der Begriff des Altenwohles ist allerdings aus unterschiedlichen Gesichtspunkten problembehaftet. Das „Altenwohl“ betont in der Nähe zu negativen Altersstereotypen Defizitaspekte des Alters. Auch ist das Wohl anderer vulnerabler Erwachsener nicht selten in Gefahr. Auch steht der Begriff des Wohls normativen Prämissen ebenso offen wie paternalistischen Interpretationen. Die Subjektivität, das persönlich Bedeutsame gilt es ebenso in den Vordergrund zu stellen wie den wirksamen Schutz von Menschenrechten und die Risiken ihrer Gefährdung.

Die Zusicherung des individuellen Wohls auf Pflege angewiesener Menschen kann in jedem Fall nur vor dem Hintergrund der jeweiligen individuellen Lebenswelt konkretisiert werden. Danach wäre die Qualität der Pflege und jeweils notwendigen, über die Pflege i.e.S. hinausgehenden Assistenz im Sinne der Teilhabe in hohem Maße übereinstimmend mit der Qualität des Settings, also des häuslichen Umfelds, die es zu bestimmen, unterstützen und fördern gilt. Ähnliches gilt, wenn man den Aspekt der Teilhabe für die Bestimmung der Qualität heranzieht, die Teilhabedimensionen auf der Basis der ICF in den Blick nimmt und im Aushandlungsprozess

das individuell Bedeutsame an gesellschaftlicher oder gemeinschaftsbezogener Teilhabe identifiziert – etwa in Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft und Quartier. Genau dieser Prozess bedarf jedoch der Interaktion und Aushandlung der beteiligten Akteure und kann nur bedingt von außen in die Situation hineindefiniert werden. Es gilt, die Qualität des Feldes im Zusammenspiel der verschiedenen Personen gemeinsam zu erarbeiten.

Allerdings geschieht diese Verständigung nicht im luftleeren Raum, sondern anlassbezogen. In der Regel gibt es einen Anlass, warum es zu einem Zusammentreffen von Pflegehaushalt und professionellen Akteuren kommt. Dieser Anlass kann darin bestehen, dass seitens der lebensweltlichen Akteure um Hilfe nachgesucht wird, er kann in einem Hinweis von Dritten bestehen, dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfen in einem Pflegearrangement sinnvoll sein kann und er kann, angesichts von 1 Mio. Begutachtungen durch die Medizinischen Dienste und 2 Millionen verpflichtenden Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI in Deutschland jährlich auch durch externe Initiative verursacht werden. Von diesem Anlass ausgehend wäre der Ausgangspunkt qualitätsvoller oder sichernder Arbeit in häuslichen Pflegearrangements eine Verständigung aller Beteiligten über die im Einzelfall bestehenden Problemlagen, die Dringlichkeit bzw. Priorisierung einzelner Probleme und einen Weg zum Umgang mit diesen Problemen, der gemeinsam getragen werden kann. In der Jugendhilfe wird auf der Grundlage dieser gemeinsamen Verständigung ein Hilfeplan (§ 36 SGB VIII) erstellt. In der Pflege findet eher eine Orientierung an der Medizin statt, in der es um eine fachliche Feststellung im Sinne einer Diagnose geht, bei der die gemeinsame Verständigung gegenüber der fachlichen Einschätzung in den Hintergrund tritt. Mag dies für verschiedene Problemsituationen angemessen sein, so wird es mittelfristig in der häuslichen Pflege nicht nur um die fachlich korrekte, diagnosebezogene Arbeit gehen, sondern um die An- und Einpassung dieser Arbeit in den lebensweltlichen Kontext mit dem Ziel seiner Stabilisierung. Andererseits ist jedoch für einen Hilfe- und Versorgungsplan (§ 7a SGB XI) eine verbindliche Zielformulierung erforderlich, in die auch die Ergebnisse fachlicher Ein-

schätzungs- und Beurteilungsprozesse eingehen müssen. Dies ist erforderlich, um einer Verklärung der Lebenswelt entgegenzuwirken und das Handeln zur Unterstützung häuslicher Pflegearrangements der Beliebigkeit zu entziehen.

Die Aushandlung und gemeinsame Verständigung in häuslichen Pflegearrangements sind interaktive Prozesse, deren Durchführung und erfolgreiche Gestaltung an Voraussetzungen wie Sprach-, Artikulations- und Verständigungsfähigkeit geknüpft sind. Da diese Voraussetzungen nicht in allen häuslichen Pflegearrangements bei allen Akteuren vorhanden sind (z. B. bei Menschen im Wachkoma oder mit Demenz) werden einige der interaktiven Prozesse stellvertretend für die Empfänger von Pflege- und Unterstützungsmaßnahmen geführt werden müssen. Selbst wenn die notwendigen Voraussetzungen vorhanden sind, kann es sein, dass der Aushandlungsprozess nicht ohne weiteres begonnen werden kann, da erst einmal eine gemeinsame Sprache und Verständigungsbasis gefunden werden muss, um über die zu bewältigende Situation kommunizieren zu können. Dies gilt insbesondere dann, wenn auf Pflege angewiesene Menschen Schwierigkeiten damit haben, ihre Hilfebedürftigkeit zuzugeben und zu akzeptieren. Die Inanspruchnahme pflegerischer Unterstützung ist vielfach mit Scham und Beschämung verbunden, da es um Unterstützung in sehr intimen Bereichen geht. Oftmals stehen auch Apathie und Resignation angesichts der Situation einer Verständigung im Weg und es gilt, die dahinter liegenden Aspekte hervorzubringen. Gerade hier zeigt sich die kommunikative Kompetenz als Kernkompetenz der Professionellen. Sie versetzt sie in die Lage, Lösungen für derart prekäre Konstellationen zu finden, in denen es den Respekt vor dem Einzelnen mit der Vermittlung der Sinnhaftigkeit fachlicher Unterstützung zu verbinden gilt.

3.2 Diskussions- und Handlungsbereiche zur Neuordnung der Qualitätsdiskussion

Die voranstehenden Ausführungen verdeutlichen die Komplexität des Geschehens in der häuslichen pflegerischen Versorgung. Um den verschiedenen Aspekten gerecht werden zu können, bedarf die Diskussion um die Qualität in der Pflege einer

Differenzierung. Qualität in der Pflege hat verschiedene Perspektiven und Ansatzpunkte, die es zuerst getrennt zu betrachten gilt, bevor sie in einem Gesamtkonzept von Qualitätsentwicklung und -sicherung zusammengeführt werden können. Als Ansatz zur Differenzierung bieten sich fünf Bereiche an:

1. Qualität professionellen Pflegehandelns

Es gilt, messbare Kriterien für die Güte professionellen (Pflege-)Handelns zu entwickeln, zu konsentieren und auf dieser Basis zu definieren. Die Grundlage bilden professionell (also durch die beteiligten Berufsgruppen) entwickelte Qualitätsinstrumente wie z. B. Expertenstandards, Qualitätsniveaus, Leitlinien oder Rahmenempfehlungen. Sie sind Ausdruck des jeweiligen State of the Art, sofern ihre Erarbeitung nach methodisch transparenten und gesicherten Verfahren erfolgt. Auf Basis dieser Qualitätsinstrumente sollten empirisch gestützte und validierte Indikatoren entwickelt werden, die für das interne Qualitätsmanagement der Leistungserbringer tragfähige Informationsgrundlagen bereit stellen und darüber hinaus auch Anhaltspunkte für die externe Qualitätssicherung bieten.

2. Individuelle Pflegebedürftigkeit und Teilhabe als Ausgangspunkt zur Einschätzung von Pflegequalität

Qualität in der Pflege muss einen Rückbezug zu einem fachlich fundierten und tragfähigen Begriff der Pflegebedürftigkeit und der Teilhabe haben. Ob ein Pflegearrangement für ein Individuum geeignet oder nicht geeignet ist und ob es eine hohe Pflegequalität gewährleistet, lässt sich nicht allein, aber doch in einem erheblichen Maße an der personenbezogenen Ausprägung und Intensität der individuellen Pflegebedürftigkeit bestimmen. Nach heutigem pflegewissenschaftlichem Verständnis bedeutet Pflegebedürftigkeit eine Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und die Abhängigkeit von personeller Hilfe in pflegerelevanten Aktivitäten und Lebensbereichen. Entsprechend ist das Ausmaß der Beeinträchtigung der individuellen Selbstständigkeit und Abhängigkeit von personeller Hilfe ein wichtiger Indikator zur Bestimmung von Pflegequalität. Dafür sind jedoch ein Begriff der Pflegebedürftigkeit und der Teilhabe sowie ein Verfahren zu ihrer Bestimmung erforderlich, die

diese Einschätzung ermöglicht. Ein entsprechender Ansatz liegt durch die Vorschläge zu einer Neufassung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit und das Neue Begutachtungsassessment (NBA) zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit vor (Wingenfeld et al. 2008). Für die Diskussion um die Qualität der häuslichen Pflege bedarf es einer Betrachtungsweise, in der Pflegebedürftigkeit nicht nur als Leistungsbezugskriterium verstanden werden sollte, sondern die individuelle Pflegebedürftigkeit als personenbezogenes Merkmal in ihrer Intensität bzw. ihrem Ausmaß Rückschlüsse auf Qualitätsanstrengungen erlaubt. Dies bedeutet, dass über die Feststellung zunehmender Beeinträchtigungen der individuellen Selbständigkeit, z. B. auf Basis des NBA, der Frage nachgegangen werden kann, ob diese zunehmende Beeinträchtigung das Resultat fortschreitender Krankheitsprozesse, unzureichender Versorgung oder individueller Entscheidungen ist.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit kann die inhaltliche Klammer eines Langzeitversorgungssystems sein. Ohne einen entsprechenden, gegenüber dem jetzigen deutlich erweiterten Begriff bleiben viele Maßnahmen isoliert und es entsteht ein Flickenteppich mehr oder weniger sinnvoller Maßnahmen, denen der inhaltliche Zusammenhang und Bezugsrahmen fehlt. Letzteres zeigt sich vor allem daran, dass der leistungsauslösende Begriff der Pflegebedürftigkeit nur einen Teilbereich möglicher Aktivitäten und Problembereiche abdeckt, die Pflegerealität sowohl in der häuslichen wie auch der institutionellen Pflege jedoch deutlich darüber hinausgeht. Entsprechend müssen permanent neue Sachverhalte und Regelungen geschaffen werden, um den anerkannt vorhandenen Problemlagen begegnen zu können (erkennbar bereits im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz durch die Einführung von Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, ganz deutlich im Pflege-Neuausrichtungsgesetz durch die zusätzlichen Leistungen für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen).

3. Partizipative Aushandlung und Vereinbarung von Zielen und Maßnahmen in Hilfeplänen

In Aushandlungs- und Vereinbarungsprozessen konkretisieren sich Aspekte der Würde und Autonomie pflegebedürftiger Menschen. Durch sie lassen sich die Berücksichtigung individueller Präferenzen und Ressourcen sowie die Koordination von Hilfen sicherstellen. Für die Aushandlung und Vereinbarung sind neben den Pflegebedürftigen und ihren Familien gesetzliche Betreuer oder Bevollmächtigte, Beratungsstellen, Case Manager/innen und Kontrakte mit Leistungserbringern maßgeblich. Aushandlungsprozesse bedürfen qualifikatorischer Voraussetzungen und der Unterstützung durch Instrumente der Teilhabe-, Pflege- und Hilfeplanung sowie Beratung. Sie bedürfen ebenso struktureller Voraussetzungen, zu denen auch Leistungsformen gehören, die ein höheres Maß an Flexibilität und Individualität ermöglichen, etwa über Budgets oder Zeiteinheiten.

4. Objektive und subjektive Parameter der Lebensqualität

Lebensqualität kennt objektive Rahmenbedingungen ist aber immer höchst subjektiv – sowohl was den Aspekt der Zufriedenheit als auch den des „Glücks“ anbelangt. Die Fragen der Lebensqualität sind daher in die Hand der kundigen Klienten und komplementär zivilgesellschaftlichen Akteure zu legen. Es wäre zu fragen, ob überhaupt eine quasi hoheitliche externe Definition dieses Bereichs sinnvoll und vom Staatsverständnis zuträglich erscheint oder ob nicht stattdessen ein stärkeres Augenmerk gelegt werden sollte auf die Befähigung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, professionelle Pflege- und Hilfsangebote zu bewerten und hinsichtlich ihres Nutzens für die eigene Situation zu prüfen, z. B. auf der Grundlage von Informationsmöglichkeiten wie sie die Verbraucherzentralen (Verbraucherzentrale 2012), die Weiße Liste der Bertelsmann-Stiftung (www.weiße-liste.de) oder das Heimverzeichnis der BIVA (www.heimverzeichnis.de) bereit stellen.

5. Lokale Infrastruktur

Eine wichtige Rolle bei der Unterstützung einer lebensweltlich orientierten häuslichen Pflege kommt der lokalen Pflege- und Teilhabeinfrastruktur zu. Die Bildung

lokaler Netzwerke aus unterschiedlichen, verschiedenen Sektoren zuzuordnenden Akteuren und Aktivitäten ist dafür eine notwendige Voraussetzung. Der Aufbau von Informations- und Anlaufstellen gehört ebenso dazu, wie die Forderung nach einer präventiven Sozialstruktur, in Sinne einer sozialen Aufmerksamkeit in Nachbarschaften und Quartieren und der Pflege und dem Aufbau sozialer Netzwerke. Die Präsenz von unterschiedlichen Angeboten und Hilfen auf lokaler und/oder quartiersbezogener, auf jeden Fall sozialräumlich definierter, Ebene verweist auf die lokale Verantwortung für die Gestaltung einer entsprechenden Infrastruktur. Der Wert und Nutzen entsprechender zugehender, teils präventiver Angebote besteht darin, die Schwelle der Inanspruchnahme zu senken und der angesprochenen Bevölkerung zu signalisieren, dass Hilfen zur Verfügung stehen und es Personen gibt, die diese Hilfen organisieren und erbringen können. Die ‚just-in-case‘-Option ist angesichts der im Zuge von Pflegebedürftigkeit regelmäßig vorkommenden Unsicherheit in häuslichen Pflegearrangements ein wichtiger Baustein der Unterstützung.

4. Ergebnisse der Gesamtkonferenz zur Perspektivenwerkstatt

In diesem Ergebniskapitel werden die in Vorbereitung der Delphi-Befragung formulierten Thesen vor dem Hintergrund der bei der Gesamtkonferenz geführten Diskussionen dargestellt. Dabei wurden die Thesen, bei denen sich im Diskussionsverlauf gezeigt hat, dass sie eine thematische Einheit bilden, auch in der Darstellung zusammengefasst.

4.1 These 1: Qualitätsdefizite in der häuslichen Versorgung bleiben verborgen und werden weitgehend ignoriert

Ein Grund für die zurückhaltende Diskussion zur Qualität in der häuslichen pflegerischen Versorgung ist die Verborgenheit relevanter Qualitätsdefizite. Sie sind dem öffentlichen Blick entzogen und erscheinen daher weniger dringlich zu sein. Entsprechend finden defizitäre Versorgungsarrangements systematisch kaum Beachtung. Es besteht Einigkeit darin, dass trotz der enormen Leistungen innerhalb von Familien und Nachbarschaften in vielen Pflegehaushalten erhebliche Qualitätsdefi-

zite vorhanden sind. Dabei handelt es sich u.a. um Formen der Unterversorgung, insbesondere in prekären Netzwerkkonstellationen, Belastungssituationen für pflegende Angehörige, Fehlversorgung und verbreite Formen von Menschenrechtsverletzungen, wie etwa nicht gerechtfertigte Freiheitsentziehende Maßnahmen. In den Pflegearrangements, in denen professionelle Helfer einbezogen sind, werden diese auch kontinuierlich damit konfrontiert. Sie wissen um die Defizite, sind aber oft nicht in der Lage, wirksam Abhilfe zu schaffen, da Leistungen, die Abhilfe verschaffen könnten, leistungsgerecht nicht vorgesehen sind oder ihnen die qualifikatorischen Voraussetzungen, z. B. zum Umgang mit problematischen Familienkonstellationen fehlen. Problematischer wird es in den häuslichen Pflegearrangements, in denen keinerlei externe Unterstützung hinzugezogen wird (abgesehen von den sporadischen Besuchen zur Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI bei Empfängern von Geldleistungen der Pflegeversicherung). Über die Situation in diesen Haushalten ist wenig bekannt.

Als schwer wiegende Qualitätsdefizite in der häuslichen Versorgung können Formen der Gewalt und die soziale Isolation gezählt werden. Zu Formen und Ausmaß von Gewalt und Isolation gibt es nur Vermutungen, die oftmals stark durch Interessen und weniger durch gestützte Fakten geprägt sind. Notwendig wäre demgegenüber eine intensivere Diskussion über Möglichkeiten der Gewaltprävention und Schaffung von Möglichkeiten sozialer Teilhabe.

Gewaltprävention setzt voraus, sich mit den unterschiedlichen Formen möglicher Gewalt in der häuslichen Versorgung auseinanderzusetzen und diese differenziert zu betrachten. Welche Aspekte lassen sich als Gewalt bezeichnen? Wer übt Gewalt gegen wen aus? Richtet sich Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen oder richtet sich die Gewalt gegen pflegende Angehörige? Diese Fragen sind bislang nur sehr rudimentär betrachtet worden und sollten verstärkt Aufnahme in fachliche wie sozialpolitische Diskussionen um die Zukunft der häuslichen Pflege finden.

4.2 These 2: Das Angebot fachlicher Unterstützung ohne Sanktions- und Kontrollmöglichkeit kann die individuelle Selbstbestimmung befördern.

Kolonialisierung der Lebenswelt

Im Kern dieser These steht das Spannungsfeld zwischen der Gewährleistung der individuellen Selbstbestimmung pflegebedürftiger Menschen und dem Angebot fachlicher Unterstützung, durch die diese Selbstbestimmung gestützt und nicht eingeschränkt werden soll.

Lebensweltorientierung in der Pflege verlangt zunächst nach einem grundlegenden Respekt vor der Person und ihren Werten. Dahinter steht die Auffassung, dass die im Zeitverlauf gewachsene Lebenswirklichkeit den Ausgangspunkt des weiteren Versorgungsgeschehens bildet. Die Einbeziehung professioneller Unterstützungsangebote geht jedoch oftmals mit einer Kolonialisierung der gewachsenen Lebenswelt einher. Damit ist der Umstand angesprochen, dass professionelle Akteure dazu neigen, den häuslichen Bereich funktional und im Sinne ihrer Arbeitsanforderungen umzugestalten, ohne lebensweltlich gewachsene Strukturen und Präferenzen angemessen zu berücksichtigen.

Diese professionelle Neigung wird durch die bestehenden inhaltlichen und zeitlichen Vorgaben für die Leistungserbringung unterstützt, die zwar die Orientierung an den Wünschen und Vorlieben der Nutzer postulieren, dafür jedoch kaum Spielräume lassen. Die Dominanz der leistungsrechtlichen Vorgaben kann sogar einen Eingriff in die Präferenzen des pflegebedürftigen Menschen darstellen, in dem dieser vor die Wahl gestellt wird, aus dem vorgesehen Leistungsspektrum zu wählen oder keine Leistungen zu erhalten. Es sind jedoch nicht diese Vorgaben allein – die Gefahr der Kolonialisierung der Lebenswelt bedarf auch und vor allem auf der Seite der professionellen Akteure einer stärkeren Reflexion, um als solche überhaupt wahrgenommen und problematisiert zu werden.

Andererseits kann Lebensweltorientierung jedoch auch den Auftrag enthalten, notwendige Anpassungen in der Lebenswelt zu bewirken. Eine unkritische Akzep-

tanz von problematisch eingeschätzten Situationen widerspricht dem Gedanken professionellen Handelns. Die Herausforderung professioneller Helfer besteht daher in der Herstellung einer angemessenen Balance zwischen lebensweltlichen Präferenzen und fachlichen Notwendigkeiten.

Fachlichkeit und individuelle Selbstbestimmung

Die Suche nach dieser Balance wirft auch Fragen zur Berücksichtigung der individuellen Selbstbestimmung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen auf. Diese sollen nachfolgend kurz vor dem Hintergrund des Verhältnisses von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung, der Funktion und Intention sozialrechtlicher Sanktionen sowie des Verhältnisses von Selbstbestimmung und fachlichen Standards beleuchtet werden.

Die Forderung nach individueller Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit ist eine der normativen Setzungen innerhalb der Allgemeinen Vorschriften des SGB XI. Sie gilt es sowohl leistungrechtlich durch Wahl- und Entscheidungsoptionen zu gewährleisten als auch innerhalb formeller und informeller Pflegebeziehungen zu realisieren. Wie insbesondere letzteres angesichts einer beeinträchtigten Selbstständigkeit (wie sie die Pflegebedürftigkeit letztlich ist) tatsächlich aussehen kann, ist nur in geringem Umfang Gegenstand öffentlicher Diskussionen zur pflegerischen Versorgung. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass die Abhängigkeit durch und von Pflege eher einer „duldenden“ oder „ertragenden“ Mentalität Vorschub leistet und der individuellen Selbstbestimmung kaum förderlich ist. Die Förderung von Selbstbestimmung bedarf neben den entsprechenden Rahmenbedingungen der konzeptionellen Bearbeitung durch die relevanten Akteure und ihrer immer wieder neu zu reflektierenden und umzusetzenden Realisierung in den pflegerischen Beziehungen.

Zur Selbstbestimmung kann auch das Recht gehören, die Anwendung oder Umsetzung fachlicher Standards abzulehnen. An diesem Punkt sind die professionellen Akteure besonders gefordert. Ihnen obliegt es, die ihrer Fachlichkeit entsprechenden Informationen, Maßnahmen und Interventionen offensiv in den Aushandlungs-

prozess mit den Pflegebedürftigen und Angehörigen einzubringen und Hintergründe und Zielsetzungen fachlicher Standards zu erläutern. Sofern trotz dieser Erläuterungen die Pflegebedürftigen Maßnahmen ablehnen oder nicht in Anspruch nehmen wollen, ist dies einerseits zu akzeptieren, andererseits befreit es die professionellen Akteure nicht davon, mögliche Gründe für die Ablehnung zu erkunden und ggf. abzustellen. Letztlich ist jedoch das die individuelle Selbstbestimmung höher zu bewerten als die Umsetzung fachlicher Anforderungen.

Eine Voraussetzung für die Gewährleistung von Selbstbestimmung und gelingende Aushandlungsprozesse ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den Akteuren. Wenn die Einbeziehung professioneller Unterstützung mit Sanktionsmöglichkeiten verbunden ist, wird es schwer fallen, Vertrauen herzustellen. Insgesamt bedarf es also statt der derzeit oftmals vorherrschenden Kultur des Misstrauens gegenüber Leistungsbeziehern und Leistungserbringern in der häuslichen Pflege einer Struktur und Kultur der Aufmerksamkeit. Diese ist eine Voraussetzung, damit die Förderung von Selbstbestimmung wieder stärker Teil von Fachlichkeit in der häuslichen Pflege werden kann.

In besonderer Weise berührt von der Frage eines Angebots sanktionsfreier Fachlichkeit sind die Empfänger von Geldleistungen in der Pflegeversicherung, die zwar eine kleiner werdende, aber immer noch die größte Gruppe der Leistungsempfänger stellen. In ihren häuslichen Pflegearrangements ist in der Regel keinerlei fachliche Instanz beteiligt, so dass die bislang dargelegten Aspekte zur Gestaltung von Aushandlungsprozessen hier nicht greifen.

Erst am Anfang steht der Diskurs darüber, ob die Förderung der Selbstbestimmung allein in sozialstaatlicher Verantwortung liegt oder ob, und in welchem Ausmaß, es auch eine Eigenverantwortung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen gibt, selbst Verantwortung für ihre Situation zu übernehmen und sich für ihre Belange stark zu machen. Stehen also individuelle Selbstverantwortung und sozialstaatliche Verantwortung in einem „entweder-oder“ oder in einem „sowohl- als auch“-Verhältnis?

Das Pflegeversicherungsgesetz kennt neben dem Anspruch des Erhalts der individuellen Selbstbestimmung auch die Forderung nach Eigenverantwortung – eine in dieser Form in anderen Sozialleistungsbereichen nicht enthaltene Anforderung. Da diese Anforderung jedoch nicht weiter konkretisiert ist, bleibt die genaue Intention im Unklaren und das Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Selbstverantwortung verlagert sich auf die informellen und formellen Pflegebeziehungen. In informellen, also vorwiegend familiären Pflegearrangements, spielt dieses Spannungsfeld ebenso eine Rolle wie in Pflegearrangements, in denen formelle, also professionelle bzw. berufliche Akteure eingebunden sind. In informellen Pflegearrangements kann die Gewährleistung der Selbstbestimmung sich sowohl auf Belange der Pflegebedürftigen wie auch auf die Situation der sorgenden Familienmitglieder beziehen. Aus der Perspektive der Pflegebedürftigen stellt sich die Frage, ob eigene Entscheidungen darüber, von wem sie in welcher Form und zu welchen Zeiten versorgt werden, möglich sind und in welchem Ausmaß eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erfolgt. Aus der Sicht der pflegenden Familienmitglieder stellt sich ebenfalls die Frage nach Entscheidungsmöglichkeiten über Ausmaß, Form und Intensität der Pflegebeziehung und inwiefern Interessen neben der Pflege nachgegangen werden kann.

Die hier nur kurz angesprochenen Fragen zum Verhältnis von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung zeigen die Notwendigkeit eines weiteren Diskurses und der Verständigung über Konzepte zur Gewährleistung von Selbstbestimmung auf. In den abschließenden Ausführungen zu dieser These soll kurz diskutiert werden, wie einige der derzeitigen Regelungen in der Pflegeversicherung vor diesem Hintergrund zu bewerten sind, ob also die geltenden Bestimmungen nicht bereits die Einbeziehung von Fachlichkeit ohne Sanktionsmöglichkeiten in häusliche Pflegearrangements befördern.

In der Entwicklung der Pflegeversicherung sind es vor allem die Hintergründe und Veränderungen der Regelungen für Geldleistungsempfänger nach § 37 Abs. 3 SGB XI, die in diesem Zusammenhang genauer betrachtet werden müssen. Diese Rege-

lungen stellten in gewissem Sinne ein Novum dar, da der Bezug einer Leistung an die, wenn auch eher sporadische, Hinzuziehung professioneller Dienste geknüpft war und ggf. versagt werden konnte, wenn diesem Kriterium nicht entsprochen wurde. Aufgrund dieser Sanktionsmöglichkeiten bekamen die ursprünglich „Pflegeinsätze“, später „Beratungsbesuche“ genannten Besuche eines ambulanten Pflegedienstes einen vor allem kontrollierenden Charakter. Zudem sahen und sehen sich die ambulanten Pflegedienste dem Verdacht ausgesetzt, die Beratung in ihrem Sinne gestalten und weitere Leistungen verkaufen zu wollen. Insgesamt ist dieser Bereich also mit einem Misstrauen gegenüber den professionellen Anbietern und einem mangelnden Vertrauen hinsichtlich der adäquaten Verwendung der Geldleistungen durch die Pflegebedürftigen verbunden.

Die Chancen und Potenziale zur frühzeitigen Prävention, Begleitung und Beratung häuslicher Pflegearrangements und auch die Möglichkeiten für ein nachhaltiges Zusammenwirken von formellen und informellen Helfern, die eine Regelung wie in § 37 Abs. 3 SGB XI durchaus enthält, wurden kaum diskutiert und entsprechend wenig genutzt. Weiterentwicklungen in diesem Bereich haben kaum stattgefunden und es kann festgehalten werden, dass die Möglichkeit sozialrechtlicher Interaktionen in der häuslichen Pflege zu einem großen Teil vom Misstrauen in die fachliche Interaktionskompetenz der Professionellen geprägt sind. Vor dem Hintergrund dieses Befundes wäre auch bei Pflegegeldbezug eine professionelle Begleitung im Sinne der Pflegeprozessplanung sicherzustellen und leistungsrechtlich vorzusehen.

Für die Zukunft bedarf es einer verstärkten Auseinandersetzung um die Frage, wie Fachlichkeit ohne Sanktions- und Kontrollmöglichkeit tatsächlich angeboten werden kann. Ausgangspunkt dieser Überlegungen ist der Schutz pflegebedürftiger Menschen, den es rechtlich und institutionell sicherzustellen gilt. Für die professionellen Dienste geht es dabei auch um haftungsrechtliche Fragen, z. B. wenn bestimmte Gefährdungen oder Selbstgefährdungen in häuslichen Pflegearrangements nicht erkannt werden.

Neben den Regelungen des § 37 SGB XI sind in diesem Zusammenhang die Neuregelungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zum Rechtsanspruch auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und zum Aufbau von Pflegestützpunkten, also einer Pflegeinfrastruktur, von Bedeutung. Sie weisen in die Richtung des anzustrebenden Angebots von Fachlichkeit ohne Sanktions- und Kontrollmöglichkeit und können bei konsequenter Ausrichtung auf eine lokale Beratungsinfrastruktur und Sicherstellung ihrer Unabhängigkeit einen Beitrag zur Förderung der Selbstbestimmung leisten. Die Lücke, die es zu schließen gilt, besteht darin, auch diejenigen zu erreichen, die Beratung von sich aus nicht in Anspruch nehmen und für die die Beratung bei entsprechender konzeptioneller Ausgestaltung und Einbindung eine Möglichkeit zur Förderung von Selbstbestimmung darstellen können. Lokal bekannte Anlaufstellen und zugehende Angebote sind wichtige Ansatzpunkte in diesem Zusammenhang.

4.3 These 3: Unterschiedliche Akteure bringen in der häuslichen Pflege ihre Expertise in eine Gesamtsituation ein

Die Bedarfslagen in häuslichen Pflegearrangements bedürfen zu ihrer Bewältigung unterschiedlicher Kompetenzen und Expertisen. Zu nennen sind vor allem die Herausforderungen der Abwehr von Gesundheitsgefährdungen, der Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit sowie der Gewährleistung von Teilhabe. Es erscheint einsichtig, dass es angesichts der Komplexität der Ausgangslage verschiedener Kompetenzen bedarf und dass die damit verbundene Multiperspektivität einen breiteren Zugang zu den zugrunde liegenden Problemen ermöglicht. Allerdings suggeriert diese Sichtweise eine Passung der verschiedenen Akteure innerhalb der Gesamtsituation, die praktisch jedoch nur selten gegeben ist und die es angesichts der unterschiedlichen Vorstellungen und Herangehensweisen vielleicht auch nicht geben kann. Zu den unterschiedlichen Akteuren gehören neben den professionellen auch eine Vielzahl von nicht-professionellen Helfern aus dem sozialen Umfeld der Pflegebedürftigen oder aus dem nur schwer zu überschauenden

grauen Markt. Im Folgenden sollen die einzelnen Akteure und Ansatzpunkte ihrer Zusammenarbeit erläutert werden.

Zu den relevanten, die Qualität der häuslichen Pflege sichernden Berufsgruppen gehören: Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte, Hauswirtschaftler/innen, Sozialarbeiter/innen, Dorfhelfer/innen, Therapeut/innen und ggf. durch die Pflegebedürftigen angestellte Pflege- oder Hauswirtschaftspersonen.

Der Anspruch an die professionellen/beruflichen Akteure ist dadurch charakterisiert, dass ihr Beitrag planvoll und koordiniert erfolgen und aus der Sicht der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen eine verlässliche Größe darstellen sollte. Andernfalls wäre die Einbeziehung externer Hilfe in ihren lebensweltlichen Kontext nicht hilfreich und entsprechend verzichtbar.

Aus diesem Anspruch an die beteiligten Berufsgruppen erwächst die Anforderung, dass die Professionen/Berufe die Qualität ihres beruflichen Handelns sicherzustellen und zu verantworten haben. Dazu gehört auch, dass sie in der Lage sind, die Maßgaben, Leitlinien und Standards ihrer Arbeit den Pflegebedürftigen gegenüber transparent und nachvollziehbar erläutern, einzelne Tätigkeiten ggf. delegieren und die konkrete Ausgestaltung bei Zustimmung der Pflegebedürftigen mit anderen Akteuren abstimmen können.

Lebensweltorientierung in der häuslichen Pflege impliziert, dass die Berufsgruppen aufgefordert sind, ihre Qualitätsmaßstäbe auf Implikationen oder Auswirkungen auf pflegende Angehörige zu prüfen und den Aspekt der Selbstbestimmung integrieren.

Die Verfahren zur Entwicklung von Qualitätsmaßstäben sind innerhalb der Berufsgruppen zu entwickeln. Dabei ist auch die Frage zu klären, wie fachwissenschaftliche und berufspolitische Aspekte in Einklang zu bringen sind und was die berufsgruppenspezifischen Qualitätsmaßstäbe für die individuellen Angehörigen der Berufsgruppen bedeuten. Letzterer Aspekt ist vor allem bedeutsam, weil die oben angesprochene Aushandlung fachlicher Standards mit den potenziellen Adressaten

auf individueller Ebene erfolgt, wo, wie eben ausgeführt wurde, im Zweifelsfall die Selbstbestimmung höher zu bewerten ist als die Einhaltung fachlicher Standards. Ein berufsgruppenspezifischer Standard, der individuellen Professionellen jedoch bei Nichteinhaltung mit haftungsrechtlichen Konsequenzen droht, kann dieser Bewertung und somit auch der Förderung der Selbstbestimmung durchaus entgegenstehen.

Die Qualität der häuslichen Pflege lebt auch von der Beteiligung von Angehörigen, Nachbarn, Freunden und Ehrenamtlichen. Oftmals, wie bereits dargelegt, sind sie die eigentlichen Akteure, die die häusliche Pflege aufrechterhalten. In so genannten gemischten Pflegearrangements, in denen neben den informellen auch die formellen Helfer eingebunden sind, haben Angehörige in der Regel eine mindestens so bedeutsame Rolle für die Qualität wie die professionellen Helfer. Ihre Rolle erklärt sich vor allem daraus, dass sie die Experten ihrer Lebenswelt sind und viele Entwicklungen am besten vor ihrem eigenen Hintergrund einordnen und bewerten können.

Allerdings ist die Gruppe der Angehörigen und anderen informellen Helfer keinesfalls homogen, sondern vor allem überaus heterogen und sie nehmen innerhalb häuslicher Pflegearrangements sehr unterschiedliche Rollen ein. Ein wenig anders als die Rolle von Angehörigen, Nachbarn und/oder Freunden sollte die Rolle von Ehrenamtlichen betrachtet werden, da deren Rolle mittlerweile zusehends der Logik formeller Angebote folgt, in dem vertragliche Vereinbarungen über den Einsatz, die Ziele und die konkreten Aktivitäten ehrenamtlicher Helfer getroffen werden.

Die Vielfalt der Akteure und die unterschiedlichen Hintergründe und Logiken ihres Tuns erhöhen die Komplexität häuslicher Pflegearrangements und erschweren die Aushandlung. Hinzu kommt, dass weitere Akteure, die hier bislang noch nicht angesprochen wurden, ebenso Teil häuslicher Pflegearrangements sein können. Die Rede ist dabei von pflegenden Kindern und Jugendlichen einerseits und osteuropäischen Haushalts- und Pflegehilfen andererseits. Die Tätigkeit dieser Akteure findet oftmals im Graubereich statt und entzieht sich jeglichen Zugangs, so dass es bereits

schwierig sein kann, die tatsächlich beteiligten Akteure auch wirklich zu identifizieren.

In den Pflegearrangements, in denen mehrere der genannten Akteure involviert sind, bedarf das Miteinander der Helfer einer gegenseitigen Abstimmung auf Augenhöhe. Dabei können durchaus verschiedene Ebenen der Augenhöhe relevant sein. So kann davon ausgegangen werden, dass die Zusammenarbeit professioneller Helfer untereinander eine andere Ebene der Augenhöhe erfordert als die zwischen professionellen und familiären Helfern. Zweckmäßig und notwendig ist es, dass eine Person die verschiedenen Aktivitäten und die Abstimmungsprozesse untereinander koordiniert. Diese Rolle kann sowohl von professionellen Helfern wie auch von Angehörigen übernommen werden. Gegenseitige Abstimmungsprozesse können durch Instrumente wie Fallkonferenzen unterstützt werden. Sie bedürfen in jedem Fall einer gemeinsamen Plattform. Die Durchführung von Fallkonferenzen ist ohne Ressourcen nicht zu gewährleisten. Problematisch an der Durchführung von Fallkonferenzen ist daher, dass diese im Leistungsspektrum des SGB XI nicht vorgesehen sind und entsprechend auch nicht finanziert werden.

Neben dem Ressourcenproblem ist konzeptionell bei Fallkonferenzen zu beachten, dass diese die Bedürfnisse des oder der Pflegebedürftigen, die den Anlass für die Konferenz bilden, nicht aus den Augen verlieren. Zudem besteht die Gefahr, durch die zwangsläufig im Rahmen gegenseitiger Abstimmungsprozesse vermittelten und unter den Akteuren ausgetauschten Informationen die Intimsphäre pflegebedürftiger Menschen zu verletzen.

4.4 These 4: Kernaufgabe professioneller Pflege im Gesamtgefüge ist die Steuerung des Pflegeprozesses.

Trotz der dargelegten Komplexität und Vielfalt beteiligter Akteure kommt der professionellen Pflege bei der Unterstützung pflegebedürftiger Menschen eine besondere Rolle zu. Ihre Kernaufgabe liegt in der Steuerung des Pflegeprozesses. Der Pflegeprozess entstammt einem grundlegenden Modell professionellen Handelns. Da-

nach folgt die Logik professionellen Handelns immer dem Kreislauf von Einschätzung, Planung, Durchführung und Evaluation. Im Rahmen des pflegerischen Handelns wird die Ausgangssituation der Pflegebedürftigen im Hinblick auf zentrale Aspekte der Entstehung und des Ausmaßes von Pflegebedürftigkeit eingeschätzt, um daraus sinnvolle Maßnahmen abzuleiten, diese mit den Pflegebedürftigen zu vereinbaren, sie durchzuführen und zu gegebener Zeit zu evaluieren, ob und in welchem Ausmaß die Maßnahmen ihrer Intention entsprechende Wirkungen hatten.

Hinsichtlich der Vorstellungen über die Reichweite des Pflegeprozesses gibt es in der fachlichen Diskussion durchaus eine größere Spannweite. Konsensfähig auf der Basis verfügbarer pflegewissenschaftlicher Theorien und Systematisierungsansätze ist jedoch die Konzentration auf die Bereiche:

- Mobilität
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- psychische Problemlagen und Verhaltensweisen
- Selbstversorgung
- krankheitsbedingte Anforderungen und Belastungen
- Aspekte des Alltagslebens und
- präventionsrelevante Risiken (z.B. einen Dekubitus zu erleiden, zu stürzen oder mangelernährt zu sein).

In diesen Bereichen richtet sich der Pflegeprozess am Bedarf der Pflegebedürftigen aus. Für die Planung konkreter Maßnahmen sind die individuellen Bedürfnisse der Ausgangspunkt. Entsprechend ist der Pflegeprozess ein Instrument professionellen Handelns, das nur in regelmäßiger Interaktion mit den Pflegebedürftigen Anwendung finden kann. Die Steuerung des Pflegeprozesses in diesen Bereichen ist die Kernaufgabe und -verantwortung professioneller Pflege in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung. Die Wahrnehmung dieser Steuerungsfunktion braucht eine sozialleistungsrechtliche Anerkennung, sei es durch leistungsrechtlich anerkannte

Zeiten für die regelmäßige Pflegeprozessplanung oder Patientenbezogene Pausen wie im Bereich der Hausärzte bekannt.

Die Verantwortung für die Steuerung des Pflegeprozesses ist in der häuslichen Pflege durch die Besonderheit eingeschränkt, dass, anders als in institutionellen Pflege settings, nur eine begrenzte zeitliche Präsenz der professionellen Pflege erfolgt. Dadurch sind der Steuerungsmöglichkeit und Beeinflussbarkeit der häuslichen Situation Grenzen gesetzt.

Neben den genannten Bereichen umfasst die Wirklichkeit häuslicher Pflegearrangements weitere Problem- und Bedarfslagen, v.a. in Bezug auf die Sicherung der Teilhabemöglichkeiten. Diese kann Teil des Pflegeprozesses sein, jedoch auch durch andere Akteure gewährleistet werden.

4.5 These 5: Die Regie der gesamten häuslichen Versorgungssettings kann von verschiedenen Akteuren übernommen werden.

Die Frage danach, wer die Regie oder Steuerung der häuslichen Versorgung übernehmen sollte, ist Gegenstand vielfältiger Debatten und Diskussionen, die bislang zu keinem zufriedenstellenden Ergebnis geführt haben. Die Übernahme der Regie kann praktisch und theoretisch durch eine Vielzahl von Akteuren übernommen werden. Dazu gehören: Angehörige, Freunde, Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste, Case Manager mit unterschiedlicher institutioneller Zuordnung und, nicht zuletzt, die pflegebedürftigen Menschen selbst. Unter Regie ist die Verantwortung, Zuständigkeit und Befugnis zu Entscheidungen das häusliche Pflegearrangement betreffend zu verstehen.

Bei der Beurteilung, wer in einem häuslichen Pflegearrangement sinnvollerweise die Regie übernehmen sollte, spielen verschiedene Gesichtspunkte eine Rolle. Eine Sichtweise ist die, dass es vor allem die professionelle Kompetenz zur Beurteilung der Situation, zur Prognose zukünftiger Entwicklungen und zu sinnvollen Hilfemixen ist, die einzelne Akteure dazu bestimmt, die Regie eines Arrangements verantwortlich zu übernehmen. Nach einer anderen Sichtweise ist es weniger die professionelle

Kompetenz zur Steuerung des Versorgungsprozesses, sondern mehr die Fähigkeit zur empathischen Anteilnahme und emotionalen Begleitung des pflegebedürftigen Menschen, die als zentral für die Frage der Regie angesehen wird. Aus der Perspektive pflegebedürftiger Menschen ist anzunehmen, dass der emotionalen Ebene tendenziell eine höhere Bedeutung zukommt.

Für die Qualitätsdiskussion bleibt festzuhalten, dass die Entscheidung, wer die Regie in einem häuslichen Pflegearrangement übernehmen sollte, aus funktionalen wie auch aus emotionalen Erwägungen erfolgen kann. Aus der Perspektive pflegebedürftiger Menschen ist die Bestimmung und Entscheidung darüber, wer die Regie übernimmt, ein zentraler Qualitätsaspekt. Ein potenzielles Konfliktfeld liegt darin, dass der Entscheidungsprozess darüber, wer die Regie übernimmt, oftmals kein umfassend reflektierter und abgewogener Prozess ist, sondern stark durch emotionale Aspekte bestimmt ist.

Möglich ist es jedoch auch, die Regie über ein häusliches Pflegearrangement geteilt nach bestimmten Aufgaben und Aspekten an unterschiedliche Personen zu übertragen. Zudem ist die Entscheidung keine statische, sondern sie muss als laufender Prozess verstanden werden, in dem zu unterschiedlichen Zeiten unterschiedliche Akteure die Regie übernehmen.

4.6 These 6: Das Verhältnis von Pflegebedürftigkeit und Teilhabe ist nicht geklärt.

Nicht nur in Bezug auf Fragen der Qualität der häuslichen Pflege, sondern beispielsweise auch bei den Überlegungen zur Entwicklung und Einführung eines neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit besteht die Herausforderung einer Klärung des Verhältnisses von Teilhabe und Pflegebedürftigkeit. Der Klärungsbedarf besteht sowohl konzeptionell wie auch hinsichtlich der sozialgesetzlichen Abgrenzung. Vor allem aber ist die Frage zu beantworten, was das Verhältnis von Teilhabe und Pflegebedürftigkeit und die bislang nur unzureichende Klärung des Verhältnisses aus der Sicht pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen bedeutet.

Auf der begrifflichen Ebene besteht Einigkeit, dass Teilhabe einen umfassenderen Blick auf die Lebenswirklichkeit ermöglicht als die Perspektive der Pflegebedürftigkeit. In anderen Worten kann konstatiert werden, dass nicht jede Einschränkung der Teilhabe Pflegebedürftigkeit impliziert, Pflegebedürftigkeit jedoch immer eine Einschränkung der Teilhabe bedeutet. Ausgehend von den jeweiligen Bedarfslagen lässt sich dieser Umstand auch so formulieren, dass jeder pflegebedürftige Mensch ein Mensch mit Behinderung, aber nicht jeder Mensch mit Behinderung ein pflegebedürftiger Mensch ist.

Während Pflegebedürftigkeit als personenbezogenes Merkmal über geeignete Verfahren oder Assessmentverfahren personenbezogen festgestellt und ihre Entwicklung über Einschätzungen auf gleicher Grundlage verfolgt werden kann, sind die Möglichkeiten der Teilhabe bzw. das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung nicht nur von der individuellen Bedarfslage oder Einschränkung abhängig. Ebenso bestimmen das soziale Umfeld, der Sozialraum und die verfügbare Infrastruktur über die Möglichkeiten der Teilhabe. Zudem gewinnen Einschränkungen der Teilhabe vor allem über ihre subjektive Bedeutung an Relevanz.

Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist ein sehr umfassendes und breit angelegtes Konzept das auf der ICF beruht und zur Grundlage des deutschen Rehabilitationsrechtes gemacht wurde. Teilhabe umfasst deutlich mehr als eine zusätzliche und häusliche Betreuung, wie es oftmals fälschlich unterstellt wird. Bei der Teilhabe geht es um das dem Betroffenen persönlich elementar Bedeutsame an gesellschaftlicher Zugehörigkeit und Gemeinschaft. Tatsächlich bedeutet Teilhabe auch die Möglichkeit, sich außerhalb der Pflegeeinrichtung oder der eigenen Häuslichkeit an Aktivitäten zu beteiligen, mobil zu sein, sich am kulturellen Leben und am Konsum beteiligen zu können. Der Verbleib in der häuslichen Umgebung bei Pflegebedürftigkeit kann sich sowohl förderlich als auch hinderlich auf die Möglichkeiten der Teilhabe auswirken. Förderlich ist er in dem Sinne, dass die institutionellen Gegebenheiten und Anforderungen einer stationären Pflegeeinrichtung sich nicht negativ auf die individuellen Teilhabemöglichkeiten auswirken können. Andererseits

können die individuellen Möglichkeiten und Einschränkungen auch in der häuslichen Pflege eine erhebliche Einschränkung der Teilhabemöglichkeiten mit sich bringen, die noch verstärkt werden, wenn sie von formellen und informellen Helfern manifestiert werden. Entsprechend kann die Teilhabe pflegebedürftiger Menschen in der häuslichen Pflege sowohl in besonderer Weise gefährdet wie gegeben sein. Insgesamt sind also die Möglichkeiten der Teilhabe stark von der jeweiligen Konstellation zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit abhängig.

Innerhalb des Sozialversicherungssystems sind die Ziele der Sicherungssysteme hinsichtlich der Pflege und Teilhabe bzw. Eingliederungshilfe unterschiedlich. Die Frage der Teilhabe für pflegebedürftige Menschen lässt sich daher im Rahmen der Regelungen der Pflegeversicherung leistungsrechtlich nicht abbilden, sondern bedarf einer übergreifenden Perspektive und kann nicht auf den Aspekt der sozialen Betreuung reduziert werden.

4.7 These 7: Die Qualität der Pflege hängt in hohem Maße von der Qualität der Aushandlung und der Vereinbarung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden ab.

Gerade in höchst persönlichen Angelegenheiten, um die es regelmäßig in der Pflege geht, ist die Achtung der Person, seiner Würde und Selbstbestimmung elementar für eine menschenrechtlich reflektierte und die Menschenwürde achtende Unterstützung und Versorgung. Anthropologisch, kulturell sowie juristisch wird der Selbstbestimmung und Selbstverantwortlichkeit eines Menschen ein hoher Rang eingeräumt. Bei vulnerablen Menschen, zu denen Menschen mit einem regelmäßigen Pflegebedarf gehören können, ist besonderer Wert auf die Unterstützung selbstbestimmter Entscheidungen und die Berücksichtigung individueller Präferenzen und Wünsche zu legen. Der hierin angesprochene Teilhabegedanke wird in der Pflege jedoch bislang noch zu wenig berücksichtigt. Durch die starre Festlegung dessen, was in der Pflegeversicherung an Bedarfen anerkannt wird, durch latent paternalistische Einstellungsmuster von Helfenden gegenüber Pflegebedürftigen

und durch die unterschiedliche Machtausstattung der Beteiligten werden die Voraussetzungen für eine Aushandlung über das „Ob“, „Was“ und „Wie“ der Pflege und Unterstützung „auf Augenhöhe“ eingeschränkt.

Die rechtlich vorgesehenen Aushandlungsspielregeln, die in der Form der medizinrechtlichen Figur des „informed consent“, in den jüngst kodifizierten Patientenrechten oder der in der professionellen Pflegeplanung vorgesehenen Einbeziehung des Pflegebedürftigen ebenso vorgesehen sind wie im Betreuungsrecht, werden nur unzureichend angewandt. Die Forschungslage über die Qualität von Aushandlungsprozessen im Zusammenhang mit der Pflege ist dürftig. Wir wissen wenig darüber, wovon Macht und Einfluss bei Aushandlungen abhängen. Auch die Vorstellung davon, was gute oder gelungene Aushandlungsprozesse sind, ist nicht sonderlich gefestigt. Ein guter Kompromiss im Rahmen eines Aushandlungsprozesses muss nicht in jedem Fall die beste Lösung für alle Beteiligten sein.

Insofern besteht nach übereinstimmender Einschätzung ein hoher Handlungsbedarf in der Verbesserung der Aushandlungsqualität in Pflegekontexten. Aushandlung bezieht sich dabei auf sämtliche Diskussions- und Vereinbarungsprozesse zwischen pflegebedürftigen Menschen und ihren familiären und beruflichen Helfern aus unterschiedlichen Bereichen. Dabei können mit der Aushandlung unterschiedliche Zielsetzungen und Anliegen verbunden werden. Zum einen sollte befördert werden, dass die an der Pflege beteiligten Akteure auf die Maßgaben und Ziele, die der Betroffene selbst verfolgt, hin ausgerichtet werden und abgestimmt ihre Unterstützungsleistungen erbringen. Es geht aber auch darum, dass die unterschiedlich Beteiligten ihre jeweilige Fachkompetenz und ihre Expertise (die ausdrücklich auch die Angehörigen besitzen) ein- und zur Geltung bringen, um eine lebensweltlich und persönlich passfähige Hilfe zu ermöglichen und diese entsprechend abzustimmen. Es kann weiterhin darum gehen, gemeinsam zu versuchen, einen sich nicht artikulierenden Menschen, etwa einen Menschen mit fortgeschrittener Demenz, zu verstehen, um möglichst nahe an seine Präferenzen, Wünsche und Willensäußerungen heranzukommen. Schließlich geht es auch darum, die jeweils anfallenden Auf-

gaben in einer effizienten und kulturell passfähigen Weise unter Achtung fachlicher Vorgaben aufzuteilen und verlässlich zu organisieren. In einem derart mehrdimensionalen Verständnis der Aushandlung liegt ein Schlüssel für die Qualität häuslicher Pflege. Durch die Betonung der Aushandlung werden sowohl institutionelle Routinen als auch Asymmetrien in den Machtverhältnissen sichtbar und beeinflussbar. Auch verbindet sich mit einer Betonung der Aushandlung eine Qualifizierung der Beiträge aller Beteiligten und ihrer Sichtweisen, da die Aushandlung einen Dialog eröffnet, der die Partizipation an der Expertise und Sichtweise des jeweils anderen möglich macht.

Dem hier dargelegten Verständnis von Aushandlungsprozessen stehen derzeit verschiedene Aspekte entgegen:

- Die weitgehend verwendeten Instrumente der Pflege- und Teilhabeplanung vernachlässigen den Aspekt der Aushandlung und der Partizipation. Sowohl familiäre als auch professionelle Handlungsmuster kennen stellvertretende Entscheidungen für den Betroffenen und die vollständige Übernahme von Pflegehandlungen statt der Assistenz, der Unterstützung sowohl in der Entscheidungsfindung als auch in der Durchführung.
- Die Betonung der Qualität der Aushandlung in der häuslichen Pflege stößt auf ein vergleichsweise eingegengtes Sachleistungsrecht und eine Praxis stellvertretender Entscheidungen (Bevollmächtigung/gesetzliche Betreuung). Nur zögerlich werden die durch Kranken- und Pflegeversicherungsrecht vorgegebenen inhaltlichen Festlegungen der Sozialleistungen für Pflegebedürftige flexibilisiert – zuletzt durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG). Dort, wo die höchste Flexibilität besteht, beim Pflegegeld, findet sich kaum eine fachliche Flankierung der Aushandlungsprozesse, so dass die Aushandlungen in den jeweiligen lebensweltlichen und familiären Machtverhältnissen eingebunden sind.
- Die in Artikel 12 der Behindertenrechtskonvention (BRK) niedergelegte assistierende Entscheidungsfindung wird weder im professionellen noch im lebens-

weltlichen Kontext aktuell mit Leben gefüllt. Insofern bedarf es neben einer weitergehenden Flexibilisierung des Leistungsrechtes der Kompetenzentwicklung für das Aushandlungsgeschehen in der Pflege und Teilhabe.

- Für die Assistenz in der Entscheidungsfindung und in der auf Beteiligung ausgerichteten Aushandlung bedarf es kundiger Akteure. Zunächst geht es um die Kompetenz und das Empowerment der auf Pflege angewiesenen Menschen selbst und ihrer Angehörigen. Sodann geht es um entsprechende Beratungskompetenz der Professionellen aus Pflege, Medizin, Sozialer Arbeit und Hauswirtschaft. Schon in der Aus-, aber auch in der Fort- und Weiterbildung sind die Bedeutung der Qualität der Aushandlung und die hierfür erforderlichen Kompetenzen wesentlich stärker in den Mittelpunkt zu rücken, als dies bisher der Fall ist.

Nimmt man die rechtlich, fachlich und anthropologisch gebotene Aushandlungsorientierung ernst, verlangt dies nach Respekt vor den beteiligten Akteuren und nach Zeit für das Aushandlungsgeschehen. Mit einer immer stärker auf Effektivität hin ausgerichteten Gestaltung von Pflegeaufgaben gerät die notwendige Zeit für zum Teil aufwendige Aushandlungsgeschehen aus dem Blick. Im Leistungs- aber auch im Betreuungsrecht sind die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass jenseits der jeweiligen Erbringung von Dienstleistungen die fachlichen, zeitlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für die Aushandlungen bereit stehen und die rechtlichen Maßstäbe in ihrer Verbindlichkeit bekannt sind.

4.8 These 8: Das Kundenparadigma erkennt grundlegende Merkmale der Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen

Es ist eine Errungenschaft, Patienten und Pflegebedürftige nicht in einer paternalistischen Weise als Objekte der Fürsorge und Behandlung zu sehen. Sie (auch) als Kunden zu betrachten, rückt nicht nur den Servicegedanken auf Seiten der Dienstleister, sondern auch die Wünsche der Person in den Vordergrund. So nachvollziehbar die Verwendung des Kundenparadigmas in der Pflege unter strategischen Gesichtspunkten erscheinen mag, so unvollständig ist es unter analytischen. Der Be-

darf an Pflegeleistungen ist nicht mit dem Konsum anderer Güter und/oder Dienstleistungen gleichzusetzen, sondern betrifft existenzielle Fragestellungen, bei denen oftmals die für einen Kunden bestehende Wahlfreiheit nicht existiert. Pflegebedürftigkeit ist kein selbst gewählter Zustand. Auf Pflege angewiesene Menschen befinden sich häufig in struktureller Abhängigkeit. Sie sehen sich häufig nicht in der Lage, sich zu artikulieren. Die existenzielle und situative Abhängigkeit pflegebedürftiger Menschen ist auch und gerade in der häuslichen Pflege zu berücksichtigen und darf nicht mit dem Kundenparadigma überdeckt werden.

Auch unter lebensweltlichen Gesichtspunkten greift das Kundenparadigma häufig zu kurz. Für die Akzeptanz und die Wirksamkeit kommt es auf die kulturelle Passfähigkeit der Hilfen und Helfer an. Häusliche Pflegearrangements lassen überdies bisweilen reflektierte Interventionen in die Lebenswelt als sinnvoll erscheinen – verlangen sogar manchmal danach, um die Handlungsspielräume für den auf Pflege angewiesenen Menschen zu erweitern. Allerdings kann auch in diesen Fällen nur schwerlich vom Kunden gesprochen werden. Zudem haben die komplexen Settings in der häuslichen Pflege nicht nur einen Kunden, sondern mehrere und vor allem unterschiedliche: Die betroffene Person selbst, ihre Angehörigen, Nachbarn und Freunde. Die Voraussetzung für die Wahrnehmung einer Kundenrolle im Sinne von kundiger Auswahl von möglichen Hilfen und kundige Einschätzung der eigenen gesundheitlichen Situation sind nicht immer selbstverständlich gegeben. Insofern verlangt eine die Selbstbestimmung und Würde der Person sichernde Begleitung Pflegebedürftiger in der häuslichen Situation häufig weit mehr als eine verkürzte Kundenperspektive, ohne dass diese in ihrer zivilisatorischen Bedeutung für die Kultur der Pflege gering geschätzt werden darf. Die Überbetonung des Verbraucherschutzes in der derzeitigen Qualitätssicherungsdiskussion in der Pflege steht in der Gefahr, die Pflegesituation und die Rolle des Pflegebedürftigen und seiner Familie zu simplifizieren.

4.9 These 9: Fragen des Wohlbefindens und der Lebensqualität sind zentral, gehören aber nicht in die Hände staatlicher Akteure

Es wird als Errungenschaft und Weiterführung der Qualitätssicherungsdiskussion in der Langzeitpflege verstanden, dass man sich von der Fixierung auf Struktur- und Prozessstandards verabschiedet und stärker auf die Dimension der Ergebnisqualität abhebt. Neben der Ergebnisqualität gewinnt zunehmend auch die Frage der Lebensqualität an Bedeutung. Es werden Versuche unternommen, Lebensqualitätsparameter zu entwickeln, die sich auch methodisch als belastbar erweisen. Für den Bereich der stationären Pflege liegen inzwischen erprobte Ergebnisqualitätskriterien vor. Gerade aus dem Blick der häuslichen Pflege erscheint es auf der einen Seite wichtig, Fragen des Wohlbefindens und damit der Lebensqualität in den Mittelpunkt der Qualitätsdiskussion zu stellen und somit der gesellschaftlichen Verantwortung für lebensqualitätsrelevante Mindeststandards gerecht zu werden. Die Pflege verfolgt keinen Selbstzweck. Sie dient dem Menschen in der Unterstützung einer ihm gemäßen und ihm bedeutsamen Lebensweise und -führung. Die objektiven Parameter für Lebensqualität, die in hohem Maße mit den Handlungsspielräumen und damit der Lebenslage der Person und ihres Haushalts verbunden sind, lassen sich ohne Probleme operationalisieren und thematisieren. Dazu gehören: die materielle Lebenssituation, die Bedingungen des Wohnens, Sicherheit stiftende Rahmenbedingungen in der häuslichen Pflege, Verlässlichkeit, und die Achtung von Menschenrechten.

Die subjektive Lebensqualität hingegen kann zwar in Forschungsprojekten immer wieder thematisiert werden, sie entzieht sich aber der externen Definition und weist eine Reichweitenbegrenzung auf, da es um existenzielle Fragen des Lebens geht. Es darf nicht als staatliche Aufgabe angesehen werden, subjektive Lebensqualität zu messen und die Ergebnisse querschnittlich zu kommunizieren. Die Themen Wohlbefinden und Lebensqualität sollten vielmehr diskutiert werden und eingebunden sein in eine lokale Kultur der Sorge. Die jeweiligen Unterstützungsleistungen aus dem familiären, aus dem professionellen und dem Dienstleistungssektor haben das

Ziel, das Wohlbefinden und somit auch die Lebensqualität der hilfebedürftigen Personen zu fördern. Am Erreichen dieses Ziels bemisst sich auch die Qualität der Versorgung. Ob dieses Ziel erreicht wird, ist jedoch Gegenstand einer individuellen und privaten Bewertung. Andernfalls besteht die Gefahr, Lebensqualität zu normieren und zu einem Konstrukt sozialadministrativen Kontrollierens und Bewertens zu machen.

4.10 These 10: Die Bereitstellung von Ressourcen für eine lokale Infrastruktur ist diskrepant und muss Bestandteil eines breiten öffentlichen und lokalen Diskurses werden.

Die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit erfolgt immer vor dem Hintergrund bestehender sozialer und kommunaler Verhältnisse. Nachdem zu den sozialen, vor allem familiären Gegebenheiten bereits einige Ausführungen erfolgt sind, geht es in dieser These um die Kommune und die lokale Infrastruktur.

Die Qualität der häuslichen Versorgung korreliert in hohem Maße mit der lokalen und sublokalen Infrastruktur, die dafür zur Verfügung steht. Allerdings sieht die Pflegesicherung derzeit nur bedingt Investitionen in eben diese Infrastruktur vor. Dies liegt darin begründet, dass sich das Leistungssystem zur Absicherung von Pflegebedürftigkeit zunehmend segmentiert hat. Über die Bedeutung der Rolle der Kommunen gibt es zwar keinen grundsätzlichen Dissens, wie diese Rolle jedoch im Zusammenspiel der Verantwortung der Pflegekassen für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung und der Verantwortung der Länder aussehen sollte, dazu gibt es sehr unterschiedliche Vorstellungen, denen jedoch gemeinsam ist, dass zunehmend segmentierte Leistungssysteme die Bereitstellung integrierter Hilfen eher behindern als befördern. Dies wird unterstrichen durch den Mangel an Rollenvorbildern, in denen der Hilfe-Mix aus unterschiedlichen Leistungssystemen gelingt.

Die Forderung aus dieser Situation lautet daher, dass die Qualität der häuslichen Pflege wieder stärker Thema eines lokalen Diskurses werden muss. Dazu gehören Überlegungen zum Aufbau einer lokalen Infrastruktur sowie Fragen der Balance

zwischen individueller und kommunaler Verantwortung. Die Pflege allein als Privatsache zu begreifen, ist angesichts der zu erwartenden Dimensionen des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit in der Gesellschaft als fahrlässig zu betrachten. Die Balance gilt es an der Maxime auszurichten, dass aus dem privaten Bereich so viel wie möglich zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit getan wird und aus dem kommunal-öffentlichen so viel wie nötig.

Gerade der lokale Diskurs muss die Verbindung zwischen Fragen der Qualität der Pflege und der Lebensqualität von pflegenden Angehörigen berücksichtigen, da beide auf Engste miteinander verschränkt sind.

Für diesen Diskurs ist das Leitbild der geteilten Verantwortung ein angemessenes Bild, da es der individuellen und kollektiven Verantwortung für die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit Rechnung trägt. Allerdings betrifft die geteilte Verantwortung nicht nur den Bereich der Versorgung und Pflege, sondern explizit auch die Teilhabe. Das Vergessen der Dimension der sozialen Teilhabe in der Pflege fördert die soziale Isolation. Dies ist insbesondere deshalb von Bedeutung, da Pflegebedürftigkeit nicht nur individuelle körperliche und kognitive Konsequenzen hat, sondern in der Regel auch immer mit sozialen Folgen einhergeht.

Im lokalen Diskurs geht es darum, den gesamtgesellschaftlichen Diskurs um die Bedeutung, die Qualität, die Ressourcen von und für Sorge und Pflege für die lokale Ebene zu reflektieren und zu operationalisieren. Hier realisiert sich die Zielvorstellung des gesamtgesellschaftlichen Diskurses, nach dem Pflegebedürftige Subjekte in ihrer Lebenswelt und nicht Objekte privater oder staatlicher Fürsorge sind. Dazu gehören auch die Fragen zum Aufbau der lokalen, gemeinwesenorientierten Infrastruktur. Bei allem Enthusiasmus für eine wieder stärkere Rolle der Kommune und des lokalen Umfelds sollte die Verantwortung jedoch nicht „nur“ lokal verortet werden, sondern „auch“.

4.11 These 11: Eine Unterscheidung von Pflege in Cure und Care würde Verantwortungsbereiche klären helfen

Die Diskussion um die Qualität in der häuslichen Pflege lenkt den Blick auf den gesamten Menschen und seine gesamte Lebenssituation. Die Versorgung lebt von einem abgestimmten Ineinandergreifen unterschiedlicher Hilfen, von einer sektorenübergreifenden Versorgung. Gleichzeitig gilt es, Verantwortungsprofile für die beteiligten Professionen und Berufsgruppen zu entwickeln, die eine aufgabenbezogene Rollenverteilung unterstützen. Auch sind die Verantwortungsbereiche von Familien, Nachbarschaften sowie Formen selbstorganisierter Unterstützung zu würdigen und in eine Gesamtkonzeption von Pflege und Teilhabe zu integrieren. Die Unterscheidung dessen, was im deutschsprachigen Bereich unter Pflege verstanden wird, in „cure“ und „care“ kann einen Beitrag dazu leisten, Verantwortungsbereiche klären zu helfen. Unter „cure“ wären alle Aufgaben zu fassen, die zu der verantwortlichen Steuerung des Pflegeprozesses gehören, sowie die von Fachkräften persönlich durchzuführenden Pflegehandlungen. Zu „care“ gehören alle Aufgaben der Haushaltsführung, der Alltagsgestaltung und der persönlichen Unterstützung. Eine Aufgaben- und Verantwortungsdifferenzierung in „cure“ und „care“ bricht sich mit einem ganzheitlichen Verständnis von Pflege und begegnet Bedenken einer Taylorisierung von Pflegeaufgaben im Sinne einer zu starken Fokussierung von Einzeltätigkeiten gegenüber einem umfassenden Pflegeverständnis. Sie steht in der Gefahr, die Hierarchisierung der beruflich Tätigen zwischen „cure“ und „care“ zu forcieren. Andererseits können über die Differenzierung in „cure“ und „care“ Fragen der Bewirtschaftung des alltäglichen Lebens, der Haushaltsführung und der alltäglichen Sorge ein eigenständiges und professionelles Gewicht beigemessen werden. Auch kann der Verantwortung des jeweiligen Haushaltes mit entsprechenden Respekt und Autonomie begegnet werden. Angesichts der knappen Ressource der Fachlichkeit in der Pflege würde eine klare Beschreibung des Profils der Fachpflege – sowie der anderen Gesundheitsberufe – einen Beitrag dazu leisten, sie in ihrer Funktion, in ihrem Aufgabenzuschnitt und ihren Verantwortungsbereichen zu

kommunizieren und leistungsrechtlich abzusichern. Dies ist Voraussetzung für einen wirksamen Hilfemix, von dem gerade die häusliche Pflege lebt. Professionelle Unterstützung im häuslichen Bereich hat immer eine unterstützende, zum Teil eine substituierende Funktion. Sie ist immer auf das „Caring“, also die Sorge und das Wohlergehen des Betroffenen im ganzheitlichen Sinne ausgerichtet, hat sich aber gleichzeitig zu beschränken auf einen Verantwortungsbereich, der in realistischer Weise einzulösen und in einer Rollenklarheit stiftenden Weise in die Gesamtversorgung einzubringen ist.

4.12 These 12: Qualitätsentwicklung in der häuslichen Pflege muss auch Fragen der Gendergerechtigkeit berücksichtigen.

Egal, von welcher Perspektive aus Fragen der pflegerischen Versorgung betrachtet und diskutiert werden, es gibt einen nicht zu leugnenden Genderaspekt, der sich vor allem darin zeigt, dass die bei Pflegebedürftigkeit erforderlichen Hilfe- und Unterstützungsleistungen vorwiegend von Frauen erbracht werden. Dies trifft auf Pflegearrangements, in denen keine professionellen oder andere externe Dienste einbezogen wurden, ebenso zu, wie auf gemischte Pflegearrangements mit entsprechender externer Unterstützung. Sowohl die lebensweltlichen wie auch die beruflichen Hilfen werden mit einer eindeutigen Mehrheit von Frauen erbracht. Entsprechend können Überlegungen zur zukünftigen Qualität der Pflege diesen Aspekt nicht außer Acht lassen, sondern müssen ihn explizit berücksichtigen.

Ein erster Aspekt betrifft die Frage der Ausgestaltung und der Belastungen pflegender Angehöriger unter Gendergesichtspunkten. Dieser Aspekt verweist auf die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung häuslicher Pflegearrangements hinsichtlich der Ausgestaltung, Rollenaufteilung und Belastung der pflegenden Angehörigen. Daraus lassen sich notwendige Hinweise für die Konzeption und Umsetzung von Unterstützungsangeboten für häusliche Pflegearrangements ableiten.

Genderaspekte sollten darüber hinaus jedoch auch Bestandteil gesamtgesellschaftlicher Pflegediskurse werden. So bedarf es der Diskussion um Formen des guten

Sorgens, zu der die Beantwortung der Fragen gehört, wer, wann, für wen, unter welchen Bedingungen und wie lange die Sorge übernimmt und dabei von wem unterstützt wird. Viel zu oft ist die Entscheidung für die Übernahme einer Pflegerolle in Familien und/oder sozialen Beziehungen eben nicht das Ergebnis von Aushandlungsprozessen auf Augenhöhe, sondern eher von geschlechtsspezifischen Rollenzuschreibungen und entsprechenden Erwartungshaltungen.

Ebenso bedarf es der Diskussion um die vorwiegend weiblich konnotierten Dimensionen von Sorgetätigkeiten wie Umsicht, Kreativität, Mitfühlen, Zuspruch und Beistehen, die im vorherrschenden Qualitätsdiskurs kaum Beachtung finden, jedoch wesentliche Aspekte der Qualität häuslicher Pflege berühren und vielfach aus der Perspektive pflegebedürftiger Menschen ein hohe Bedeutung haben.

Nicht zuletzt berühren Genderaspekte auch die Notwendigkeit zur Entwicklung neuer Modelle der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Sorgetätigkeit in der eigenen Familie. Auch wenn ein Großteil der pflegenden Familienmitglieder bereits das Renteneintrittsalter überschritten hat, so steht zu erwarten, dass angesichts des demografischen Wandels ein zunehmend größer werdender Teil der erwerbstätigen Bevölkerung die Balance zwischen Erwerbstätigkeit und familiärer Sorgetätigkeit finden muss. Entsprechend gilt es, entsprechende (geschlechterübergreifende) Modelle zu entwickeln und den Beschäftigten anzubieten.

5. Schlussfolgerungen: Handlungsbedarf und Handlungsoptionen

Das Thema Pflege und Teilhabe tritt immer mehr als eigenständiges Politikfeld in Erscheinung: Die Zahl der auf Unterstützung angewiesenen älteren Menschen wächst und die Sorge darum, im Bedarfsfall versorgt zu sein, rangiert für ältere Menschen im Sorgenbarometer in Deutschland ganz oben¹. Nicht (allein) die Sicherung der Qualität von Heimen und Pflegediensten erweist sich als zentrale Herausforderung, sondern auch die Pflege im Quartier, in der eigenen Häuslichkeit, in lokalen

¹ http://www.ruv.de/de/presse/r_v_infocenter/studien/aengste-der-deutschen.jsp

Wohn- und Versorgungsformen. Es handelt sich um einen eigenständigen Politikbereich, der nicht als Appendix der Gesundheitspolitik behandelt werden kann, sondern zunehmend ein eigenständiges Gewicht erhält und immer mehr verschränkt wird mit Fragen der Teilhabe: den Fragen der Zugehörigkeit von Menschen mit Unterstützungsbedarf zu ihren Familien, Nachbarschaften und Quartier.

Das Feld der Pflege- und Teilhabepolitik berührt vielfältige andere Politikfelder: Es ist zentral verortet in der Familienpolitik, es ist verschränkt mit Fragen der Gesundheit und Prävention. Auf landespolitischer Ebene stellen sich Herausforderungen für eine zukunftsfähige Infrastrukturpolitik, die sich auf kommunaler Ebene fortsetzen und konkretisieren. Es werden Fragen der Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Kindererziehung und Pflege zu beantworten sein. Pflegebedürftige nicht als Pflegefall, sondern als Subjekte zu betrachten, stellt sich auch als eine kulturelle Frage dar, die sowohl die Bilder von Pflege, die Altersbilder und Bilder von Menschen mit Behinderung betrifft und das Selbstverständnis von Familien, Nachbarschaften und lokaler Öffentlichkeit berührt.



Das Thema Qualität in der häuslichen Pflege lenkt in neuer Weise die Aufmerksamkeit auf das, was lange vorausgesetzt wurde, aber heute immer voraussetzungsreicher wird: An einem Ort zu leben, an dem man auf gute Sorge und Versorgung rechnen kann. Die Diskussion um die Qualität in der häuslichen Pflege lädt ein, eine Pflege- und Teilhabepolitik neu zu denken, zu konzipieren und zu verorten.

Im Rahmen einer Perspektivenwerkstatt der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) wurden viele dieser Fragen aufgegriffen und in einem weiteren Kreis diskutiert. Ausgangspunkt der Überlegungen war, dass es für die zukünftige Diskus-

sion der Qualität in der häuslichen pflegerischen Versorgung einer Differenzierung in unterschiedliche Bereiche bedarf, die zuerst einmal getrennt voneinander zu betrachten und in ihrer Bedeutung für die Lebenswirklichkeit pflegebedürftiger Menschen zu beschreiben sind. Die Beratungen in der Perspektivenwerkstatt haben diese Überlegung bestätigt. Die nachfolgend skizzierten Ergebnisse des Diskussionsprozesses geben Hinweise für fachlichen und politischen Handlungsbedarf, der mit einer stärkeren Lebenswelt- und Personenorientierung in der Diskussion um die Qualität der häuslichen Pflege verbunden ist.

Kernaussagen:

- Die Frage nach der Qualität der häuslichen Pflege kann nicht ohne eine familien- und lebensweltbezogene Perspektive und nur unter Berücksichtigung der Lebenslage beantwortet werden.
- Ausgangspunkte für die Qualität in der häuslichen Pflege sind das individuelle Wohlbefinden und das Gefühl der Sicherheit des auf Pflege angewiesenen Menschen.
- Die Qualität der Pflege hängt in hohem Maße von der Qualität der Aushandlung und der Vereinbarung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden ab.
- Staatliche Institutionen setzen allgemeine Rahmenbedingungen für die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen; die Definition und Kontrolle der Lebensqualität kann ihnen jedoch nicht obliegen.
- Eine Kolonialisierung der Lebenswelt von pflegebedürftigen Menschen durch externe Akteure ist zu vermeiden und ihre individuelle Selbstbestimmung durch das Angebot von Fachlichkeit zu befördern.
- Das professionelle Handeln der beteiligten Berufsgruppen bedarf transparenter Leitlinien und Standards, über die sich die jeweiligen Berufsgruppen zu verständigen haben.
- Kernaufgabe professioneller Pflege im Gesamtgefüge der häuslichen Pflege ist die Steuerung des Pflegeprozesses – die Regie der häuslichen Versorgung kann darüber hinaus von verschiedenen Akteuren übernommen werden.

- Eine Unterscheidung von Pflege in Cure (Pflegefachlichkeit) und Care (Sorge für die Gestaltung des Alltages und der Lebensumstände) würde Verantwortungsbe-
reiche klären helfen. Die Ressource der professionellen Pflege könnte dabei Maß-
geblich im Cure-Bereich verortet sein, während der Care-Bereich durch andere
Unterstützer stabilisiert werden könnte.
- Das Verhältnis von Pflegebedürftigkeit und Teilhabemöglichkeiten ist aktuell
nicht hinreichend geklärt; dies zukünftig zu erreichen, ist essentiell.
- Das Kundenparadigma erkennt grundlegende Merkmale der Lebenssituation
pflegebedürftiger Menschen, weil es nicht gesamtheitlich auf die Komplexität
häuslicher Pflegesettings ausgerichtet ist.
- Die Bedeutung von und die Ressourcen für eine lokale Infrastruktur sind diskre-
pant. Daher muss die Qualität der Pflege Bestandteil eines breiten öffentlichen
und lokalen Diskurses werden.
- Eine Diskussion um Qualität in der häuslichen Pflege kann nicht geführt werden
ohne eine Thematisierung guten Versorgens und Sorgens unter Gendergesichts-
punkten.

**Die Frage nach der Qualität der häuslichen Pflege kann nicht ohne eine familien- und lebensweltbezogene Perspektive und nur unter Berücksichtigung der Lebenslage be-
antwortet werden.**

Die aktuelle Diskussion um und die Praxis der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege verfolgen eine individualistische und krankheitsbezogene Perspektive. Sie ist für die berufliche Pflege charakteristisch. Ansätze einer familienorientierten Pflege, die davon ausgeht, dass Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit kontextspe-
zifische Phänomene sind, deren Bewältigung immer nur vor dem Hintergrund der sozialen Eingebundenheit des betroffenen Individuums verstanden werden kann, müssen in der Zukunft konsequent aufgenommen werden. Andernfalls drohen die Voraussetzungen für die als tragfähig vorausgesetzten Bedingungen des Vorranges häuslicher Pflege vielfach verloren zu gehen.

Politischer Handlungsbedarf

Die Investitionen zur Sicherung der Qualität in der häuslichen Pflege müssen sich stärker als bisher darauf richten, dass eine soziale und fachliche Aufmerksamkeit für die Lebenssituation pflegender Familien und häuslicher Pflegearrangements sichergestellt wird. Abklärungen des jeweiligen Unterstützungsbedarfes haben ebenso wie Beratungsansätze konsequent lebenswelt- und familienorientiert zu erfolgen. Die im SGB XI angelegten Ansätze zur Verbesserung der Beratung müssen konsequent kommunal orientiert und Leistungsträger übergreifend geregelt und organisiert werden. Dies verlangt nach einer Aufnahme des SGB XI in das SGB IX und eine konsequente lokale Verortung der Beratungsinfrastruktur.

Ausgangspunkte für die Qualität in der häuslichen Pflege sind das individuelle Wohlbefinden und das Gefühl der Sicherheit des auf Pflege angewiesenen Menschen.

Zentral für den auf Pflege angewiesenen Menschen ist das Gefühl der Sicherheit und des Wohlbefindens angesichts einer eingeschränkten Gesundheit und Beeinträchtigung der Selbstständigkeit in zentralen Lebensbereichen. Sicherheit und Wohlbefinden umfassen die Kontinuität in der persönlichen Biografie, die Bildung und Aufrechterhaltung bedeutsamer Beziehungen und die Anerkennung und Wertschätzung als Person. Sie werden spürbar durch das Vorhandensein eines Ermessensspielraums für eigene Entscheidungen zum Umgang mit der Pflegebedürftigkeit und durch ein Gefühl der Wichtigkeit der eigenen Existenz im Fall von beeinträchtigter Gesundheit. Sicherheit und Wohlbefinden sind somit zentrale Aspekte der individuellen Lebensqualität.

In diesem Sinne ist es von großer Bedeutung, die objektiven Bedingungen dafür zu schaffen, dass Lebensqualität ermöglicht und erlebbar wird. Dazu bedarf es eines breiten gesellschaftlichen Diskurses über die Bedeutung des Lebens mit Pflegebedürftigkeit und Fragen der Qualität häuslicher Versorgung. Diese müssen verstärkt Thema auf der jeweiligen lokalen Agenda werden. Vor Ort konkretisieren sich Fragen der objektiven Lebensqualität und der Möglichkeit, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. Vor Ort konkretisiert sich auch die Balance zwischen individueller

und kommunaler Verantwortung für die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit und das Ausmaß der individuellen Lebensqualität.

Auf Pflege angewiesene Menschen brauchen verlässliche Unterstützung, auf die sie rechnen können und durch die das Grundgefühl und die Gewissheit wachsen, gut versorgt zu sein. Neben der guten Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen bedarf es dazu infrastruktureller Voraussetzungen auf der lokalen Ebene. Gute Kooperation und ihre Sicherstellung können letztlich nur auf lokaler Ebene gelingen. Das partnerschaftliche und koproduktive Ineinandergreifen von professionellen, anderen beruflichen, familiären, nachbarschaftlichen sowie bürgerschaftlichen Hilfen ist Voraussetzung für eine verlässliche häusliche Versorgung. Entsprechend muss der Aufbau der wohlfahrtspluralistischen Infrastruktur Bestandteil des lokalen Diskurses sein und vor Ort garantiert werden.

Fragen der individuellen Lebensqualität sind vorrangig privater Art und eignen sich nicht für Maßnahmen staatlicher oder externer Observierung und Kontrolle. Daher sind auch Zweifel angebracht, ob die externe Messung von Lebensqualität und die Bestimmung von Werturteilen über begrenzte häusliche Pflegeleistungen einen Beitrag zur Lebensqualität Pflegebedürftiger leisten können. In dem Ansinnen, Lebensqualität messen zu wollen, offenbart sich ein ausufernder Kontrollanspruch des Staates, der als anthropologisch und kulturell unangemessen und wissenschaftlich nicht einlösbar zurückzuweisen ist. Er lenkt ab von grundlegenden Fragen der Qualität häuslicher Pflege, die in hohem Maße assoziiert sind mit der Lebenslage der Beteiligten. Insofern ergeben sich, ähnlich wie im Zusammenhang mit Fragen der Kinder- und Jugendhilfe, Fragen zu Rahmenbedingungen für die familiäre Pflege als qualitätsrelevante Fragen, die einen hohen Einfluss auf die Lebensqualität entfalten.

Die Erlangung von Sicherheit und Wohlbefinden muss stärker als bislang Bestandteil fachlicher Konzepte der an der häuslichen pflegerischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen werden. Die Verlässlichkeit und Kontinuität in der Gewährung professioneller Unterstützung ist dabei ein ebenso wichtiger Aspekt wie die Gewähr-

leistung der individuellen Selbstbestimmung im Rahmen von Aushandlungsprozessen.

Politischer Handlungsbedarf

Fragen der Sicherheit und des Wohlbefindens haben eine zentrale Bedeutung für die individuelle Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen. Sie gehören nicht in den Zusammenhang von Qualitätsprüfungen ambulanter Dienste, die sich allein auf die professionelle Qualität der Dienstleistungen zu beziehen haben. Fragen des Wohles auf Pflege angewiesener Menschen sind ähnlich wie Fragen des Wohls von Kindern und Jugendlichen sowohl in der Pflegeprozessplanung zu verankern als auch in einen örtlichen Diskurs um die lokale Verantwortung für die Teilhabe von Menschen mit Pflegebedarf aufzunehmen. Das Leitbild der Caring Community ist geeignet, Fragen der Qualität Pflege zu öffentlichen Fragen des Gemeinwesens zu machen.

Das Ausmaß der individuellen Pflegebedürftigkeit und Teilhabe ist eine Grundlage für die Einschätzung der Qualität der häuslichen Pflege.

Das Qualitätsverständnis in der häuslichen Pflege reduziert sich weitgehend auf das Teilkaskokonzept der innerhalb der Pflegeversicherung erbrachten Dienstleistungen. Die Akteure „verstecken“ sich hinter Teilleistungskonzeptionen der Pflegeversicherung. Demgegenüber gilt es in der Zukunft, die Qualität der Pflege individuell statt institutionell zu denken. Es gilt, den ganzen Menschen in all dem, was die Einschränkung seiner Selbstständigkeit beeinflusst und ausmacht, in den Blick zu nehmen und dabei in besonderer Weise auch die Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe wahrzunehmen.

Dabei kann Pflegebedürftigkeit als personenbezogenes Merkmal über geeignete Verfahren, wie z. B. das Neue Begutachtungsassessment zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit (NBA), personenbezogen festgestellt und ihre Entwicklung über Einschätzungen auf gleicher Grundlage verfolgt werden. Auf dieser Basis lassen sich Veränderungen der individuellen Beeinträchtigung ermitteln und anschließend die Frage beantworten, wodurch diese Veränderungen bedingt sind. Dies bedeutet,

dass über die Feststellung zunehmender Beeinträchtigungen der individuellen Selbständigkeit, z. B. auf Basis des NBA, der Frage nachgegangen werden kann, ob diese zunehmende Beeinträchtigung das Resultat fortschreitender Krankheitsprozesse, unzureichender Versorgung oder individueller Entscheidungen ist.

Die Möglichkeiten der Teilhabe bzw. das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung demgegenüber sind nicht nur von der individuellen Bedarfslage oder Einschränkung abhängig. Sie werden ebenso bestimmt durch das soziale Umfeld, den Sozialraum und die verfügbare Infrastruktur. Zudem gewinnen Einschränkungen der Teilhabe vor allem über ihre subjektive Bedeutung an Relevanz.

Politischer Handlungsbedarf

Für ein derart konsequentes Anknüpfen an der individuellen Pflegebedürftigkeit und Teilhabe sind übergreifende Assessmentinstrumente erforderlich, die als Wahrnehmungsverstärker und Instrumente der Verlaufsbeobachtung, als Grundlage für Hilfepläne und ihre Weiterentwicklung sowie der Evaluation des Pflegeverlaufes dienen können. Von Bedeutung sind dabei nicht allein die Pflege und Pflegebedürftigkeit, sondern auch Fragen der Teilhabe, der Hauswirtschaft sowie der medizinischen und rehabilitativen Versorgung, die sozialleistungsrechtlich über die Mechanismen des SGB IX verbindlich gemacht werden müssen.

Die individuelle Pflegebedürftigkeit und Teilhabe bilden den Ausgangspunkt für Unterstützungsmaßnahmen. Vor diesem Hintergrund kann die Qualität der pflegerischen Versorgung nur individuell bewertet werden – sowohl hinsichtlich der Einschätzung des pflegebedürftigen Menschen und seiner Angehörigen wie auch hinsichtlich der Qualität beruflichen Handelns.

Die Qualität häuslicher Pflege wird in hohem Maße bestimmt durch das Aushandlungsgeschehen über das, was gute Pflege für den einzelnen Menschen bedeutet.

Trotz aller Bedeutung der Qualität des Handelns professioneller Akteure und der „Kundenorientierung“ in der Dienstleistungserbringung ist der zentrale Ausgangspunkt für die Beurteilung der Qualität häuslicher Pflege das Aushandlungsgesche-

hen über das, was der Person selbst bedeutsam ist. Die Frage der Aushandlung in den Vordergrund zu rücken, kennt eine Reihe von Implikationen.

Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements sind an Bedingungen auf Seiten der beteiligten Akteure geknüpft. Für die pflegebedürftigen Menschen sind es die Einwilligungs- und Artikulationsfähigkeit, die gegeben sein müssen, um sich an entsprechenden Prozessen beteiligen zu können. Sollten diese Fähigkeiten nicht gegeben sein, stellen sich Fragen der Betreuung und wer berechtigt ist, sozialanwaltschaftlich im Sinne des pflegebedürftigen Menschen zu agieren. Die Ergebnisse von Aushandlungsprozessen müssen nicht deckungsgleich mit fachlichen Empfehlungen und der Einhaltung von fachlichen Standards sein. Die Entscheidung über Risiken und Präferenzen trifft der informierte Betroffene oder die für ihn advokatorisch handelnden Vertreter.

Politischer Handlungsbedarf

Aushandlungen im Rahmen häuslicher Pflegearrangements bedürfen auf Seiten der professionellen Akteure entsprechender Kompetenz, die es im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildung verbindlich zu berücksichtigen gilt. Zu dieser Kompetenz gehören Aspekte des individuellen Fallverstehens und der Durchführung von Fallkonferenzen. Bedeutsam ist es für die professionellen Akteure zudem, objektive und subjektive Situationsbewertungen fortwährend zu reflektieren, die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen einzubeziehen und ihre Wünsche zu respektieren. Auch die Sicherstellung rechtlicher Assistenz bis zur Einbeziehung von rechtlichen legitimierte Vertretern gilt es verbindlicher als bisher in den Aushandlungsprozessen sicherstellen. Aushandlungsprozesse sind zeitaufwändig. Das bedeutet, dass ihnen auch leistungrechtlich entsprochen und Ressourcen bereitgestellt werden müssen. Um Aushandlungen im Pflegekontext wirksam werden zu lassen, bedarf es einer leistungrechtlichen Öffnung und Flexibilisierung, damit individuelle Präferenzen und Bedarfe sowie die Ressourcensituation in das Aushandlungsgeschehen einfließen können. Aushandlungen erfolgen zudem fortwährend, sind also nicht mit einer

einmalig geschlossenen Hilfe- und Pflegeplan abgeschlossen. Auch diesem Umstand muss leistungrechtlich Rechnung getragen werden.

Das professionelle Handeln der beteiligten Berufsgruppen bedarf transparenter Leitlinien und Standards, über die sich die jeweiligen Berufsgruppen zu verständigen haben. Am Geschehen in der häuslichen Pflege sind unterschiedliche Berufsgruppen beteiligt. Sie haben sich jeweils Rechenschaft abzulegen über die für sie geltenden professionellen Maßstäbe im Rahmen von Standards, Leitlinien oder anderer Instrumente der Qualitätssicherung und -entwicklung. Sie haben zudem dafür Sorge zu tragen, dass die Maßstäbe an fachliches Handeln methodisch nachvollziehbar entwickelt werden. Die Entwicklung von Qualitätsinstrumenten durch die Berufsgruppen bedarf der institutionellen Absicherung. Sie haben sich in besonderer Weise auf ihre Wirksamkeit in häuslichen Pflegearrangements zu beziehen.

Die professionellen Akteure sind aufgefordert, ihre Maßstäbe innerhalb ihrer Berufsgruppen, aber auch gegenüber der Bevölkerung und den potenziellen Nutzern transparent zu machen und zu kommunizieren.

Politischer Handlungsbedarf

Die Qualität der häuslichen Pflege hängt in hohem Maße von der gelingenden Kooperation der beteiligten Berufsgruppen ab. Die Passfähigkeit ihres jeweiligen Vorgehens und ihrer Leitlinien und Standards sind wichtige Bestandteile der Qualität. Entsprechend ist es erforderlich, die professionellen Qualitätsmerkmale oder auf der Basis bestehender Instrumente Versorgungspfade und -konzepte gemeinsam zu entwickeln und ihnen berufs- und leistungrechtlich Verbindlichkeit zu verleihen.

Die Professionellen, insbesondere die der Fachpflege, sind aufgefordert und darin zu unterstützen, ihr fachliches Profil in der häuslichen Pflege zu stärken. Hierbei hilft die Unterscheidung zwischen Cure und Care.

Fachpflege orientiert sich an einem ganzheitlichen Menschenbild und dem Wohlbefinden von Menschen in von Pflegebedürftigkeit geprägten Lebenssituationen. Worin aber die fachliche Verantwortung der Pflege besteht und worin ihr besonderes Kompetenzprofil, bedarf eines intensiven Verständigungsprozesses innerhalb

der an Pflegeaufgaben beteiligten Professionen. Die Versorgung lebt von einem abgestimmten Ineinandergreifen unterschiedlicher Hilfen und von einer sektorenübergreifenden Versorgung. Gleichzeitig gilt es, Verantwortungsprofile für die beteiligten Professionen und Berufsgruppen zu entwickeln, die eine aufgabenbezogene Rollenverteilung unterstützen. Die Unterscheidung dessen, was im deutschsprachigen Bereich unter Pflege verstanden wird in „cure“ und „care“ kann einen Beitrag dazu leisten, Verantwortungsbereiche klären zu helfen. Unter „cure“ wären alle Aufgaben zu fassen, die zu der verantwortlichen Steuerung des Pflegeprozesses gehören, sowie die von Fachkräften persönlich durchzuführenden Pflegehandlungen. Über die Differenzierung in „cure“ und „care“ können Fragen der Bewirtschaftung des alltäglichen Lebens, der Haushaltsführung und der alltäglichen Sorge ein eigenständiges und professionelles Gewicht erhalten und die Aufgaben- und Kompetenzfelder anderer für die Pflege und Teilhabe bedeutender Berufsgruppen deutlicher profiliert werden.

Politischer Handlungsbedarf

Angesichts der knappen Ressource der Fachlichkeit in der Pflege braucht es eine klare Beschreibung des Profils der Fachpflege – sowie der anderen Gesundheitsberufe. Hierdurch würde ein Beitrag dazu geleistet, sie in ihrer Funktion, in ihrem Aufgabenzuschnitt und ihren Verantwortungsbereichen in der häuslichen Pflege zu profilieren und ihre professionellen Kernaufgaben – u.a. die der Steuerung des Pflegeprozesses - leistungrechtlich abzusichern. Hiermit leisten sie einen entscheidenden Beitrag zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege.

6. Anlagen

Anlage 1: Mitglieder des Steuerungskreises

Prof. Dr. Andreas Büscher

Professor für Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück

Mona Frommelt

Direktorin der Hans-Weinberger-Akademie der Arbeiterwohlfahrt e.V.

Prof. Dr. Gerhard Igl

Leiter des Instituts für Sozialrecht und Gesundheitsrecht an der Christian-Albrechts-Universität Kiel

Prof. Dr. habil Thomas Klie

Professor für öffentliches Recht und Verwaltungswissenschaft an der Evangelischen Hochschule Freiburg, Leiter von AGP Sozialforschung, Privatdozent Universität Klagenfurt/IFF Wien

Dr. Ralf Suhr

Vorstandsvorsitzender der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)

Daniela Sulmann

Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)

Anlage 2: Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Delphi-Befragung und der Gesamtkonferenz

Dr. Inge Meier-Ruppert

Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft, DGH

Heike Golletz

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, BAGFW

Prof. Dr. Josefine Heusinger

Hochschule Magdeburg-Stendal

Dr. Bernhard Holle

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, DZNE, Standort
Witten

Marco Kellerhof

Behörde für Soziales und Verbraucherschutz Hamburg

Sylvia Kern

Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg

Prof. Dr. Jeanne Niclas-Faust

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geist. Behinderung e.V.

Dr. Margrit Ott

Universitätsklinikum Freiburg, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie

Franz-Josef Stoffer

ehem. Geschäftsfüh. Caritas Betriebsführungs- und Trägergesellschaft, CBT

Sabine Strüder

Verbraucherzentrale Rheinland Pfalz

Bernhard Tews

bpa - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Franz Wagner

Deutscher Pflegerat

Anlage 3: Thesen zur Delphi-Befragung

Mithilfe einer Online-Befragung wurden die für die Gesamtkonferenz gewonnenen Expertinnen und Experten zu den erarbeiteten Themenfeldern und Thesen um ihre Einschätzungen gebeten. Die Befragung diente dabei insbesondere einer ersten Überprüfung und Schärfung der Thesen. Zugleich wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer so bereits auf das Themenfeld der Gesamtkonferenz vorbereitet.

Die Befragung bestand aus sieben thematischen Blöcken mit je vier bis zehn Thesen pro Themenabschnitt. Neben einem einführenden Block zum **Diskussionsstand von Qualität in häuslicher Pflege** allgemein, bezogen sich die restlichen sechs Thesenblöcke auf folgende Aspekte von Qualität:

- a) Qualität professionellen Handelns
- b) Intensität und Ausmaß der individuellen Pflegebedürftigkeit
- c) Partizipation, Aushandlung und Vereinbarung von Maßnahmen
- d) Objektive und subjektive Parameter der Lebensqualität
- e) Lokale Pflegeinfrastruktur
- f) Qualität der Organisation der Pflege.

Für jede der Thesen konnten die Teilnehmenden auf einer fünfstufigen Skala Zustimmung („stimme völlig zu“, „stimme eher zu“) oder Ablehnung („stimme eher nicht zu“, „stimme gar nicht zu“) zum Ausdruck bringen bzw. eine mittlere, neutrale Antwortmöglichkeit („weder noch“) wählen. Zusätzlich wurden die Teilnehmenden am Ende eines jeden Frageblockes in einer offenen Textfrage aufgefordert weitergehende Ausführungen, Erläuterungen oder Gedanken zu dem jeweiligen Aspekt zu notieren. Die Thesen im Einzelnen:

1. Diskussionsstand: Qualität in der häuslichen Versorgung

Die Diskussion um die Qualität häuslicher Pflege konzentrierte sich bislang vornehmlich auf die Qualität der Dienstleistung formeller Dienste (ambulante Pflegedienste, Sozialstationen) – dabei wäre die reale Lebenswelt auf Pflege angewiesener Menschen weitaus mehr zu berücksichtigen.

Dazu gehört unter anderem eine systematische Auseinandersetzung mit dem Verhältnis zwischen Privatheit, Selbstbestimmungsrechten und Fürsorgepflichten in der häuslichen Versorgung. Um die Qualität der häuslichen Versorgung aus der Perspektive der pflegebedürftigen Menschen zu verbessern, ist zu klären, wie eine Qualitätsbewertung – insbesondere vor dem Hintergrund des komplexen Settings – erfolgen kann.

Eine systematische Auseinandersetzung jenseits von medizinethischen Fragen im Verhältnis von Privatsphäre, Selbstbestimmungsrechten und Fürsorgepflichtungen in der häuslichen Pflege findet sich nicht.

Eklatante Qualitätsdefizite in der Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit wie Fixierung, Isolation oder Unterversorgung werden in der fachlichen und fachpolitischen Diskussion nicht ausreichend aufgenommen.

2. Neuordnung der Qualitätsdiskussion, differenziert in fünf Bereiche:

a) Qualität professionellen Handelns

Kernaufgabe professioneller Pflege ist die Steuerung des Pflegeprozesses mit den Schritten Einschätzung, Planung, Durchführung und Evaluation. Es bedarf messbarer Kriterien für die Güte professionellen Pflegehandelns in der häuslichen Pflege. Die Grundlage für diese Kriterien bilden professionell entwickelte Qualitätsinstrumente, wie z. B. Expertenstandards, Qualitätsniveaus und Leitlinien.

Die Qualitätsinstrumente bedürfen einer konsequenteren Orientierung auf häusliche Pflegearrangements. Qualitätsinstrumente sollten sich auf zentrale Qualitätsrisiken konzentrieren, über die eine Verständigung über den professionellen state-of-the-art erforderlich und möglich ist. Die Zuständigkeit für die Entwicklung entsprechender Qualitätsinstrumente liegt bei den Berufsgruppen. Die Berufsgruppen sind auch zuständig für die Vermittlung professioneller Standards.

b) Intensität und Ausmaß der individuellen Pflegebedürftigkeit

Ausgangspunkt für die Einschätzung von Pflegequalität ist die individuelle Pflegebedürftigkeit und der individuelle Unterstützungs- und Teilhabebedarf.

Individuelle Pflegebedürftigkeit wird bestimmt durch das Ausmaß der Beeinträchtigung der individuellen Selbstständigkeit und Abhängigkeit von personeller Hilfe. Ausmaß und Intensität der Pflegebedürftigkeit sind auf Basis verlässlicher Verfahren (wie dem Neuen Begutachtungsassessment zur Bestimmung von Pflegebedürftigkeit) personenbezogen zu bestimmen und bilden wichtige Indikatoren zur Bestimmung von Pflegequalität. Die Qualität der häuslichen Pflege ist über entsprechende Assessment-Instrumente mithilfe der regelmäßigen Überprüfung über die Feststellung pflegebedürftigkeitsrelevanter Aspekte (Selbstständigkeit/Abhängigkeit) sowie relevante Dimension der Teilhabe abzubilden.

c) Partizipation, Aushandlung und Vereinbarung von Maßnahmen

Qualität in der Pflege bemisst sich an partizipativer Aushandlung und Vereinbarung von Zielen und Maßnahmen zwischen Pflegebedürftigem und Pflegenden. In Aushandlungs- und Vereinbarungsprozessen konkretisieren sich Aspekte wie Achtung der Würde und Autonomie auf Pflege angewiesener Menschen. In Aushandlungs- und Vereinbarungsprozessen lässt sich die Berücksichtigung individueller Präferenzen und Ressourcen sowie die Koordination von Hilfen sicherstellen. Es bedarf für die Aushandlung und Vereinbarung spezieller Settings und der Beteiligung maßgeblicher Akteure, die in einer Verantwortungsbeziehung zum Pflegebedürftigen stehen. In besonders komplexen Konstellationen mit einer hohen Akteursdichte bedarf es für eine qualifizierte Aushandlung case-management-basierter Handlungsansätze. Partizipative Aushandlung und Vereinbarung von Zielen spiegeln sich in Hilfe- und Teilhabeplänen sowie in Kontrakten wider bzw. werden dort niedergelegt.

Eine Betonung von partizipativer Aushandlung und individueller Vereinbarung von Zielen verlangt ein höheres Maß an Flexibilität und Individualität der Unterstützungsleistungen. Es bedarf spezifischer Kompetenzen für die Gestaltung von Aushandlungsverfahren, die Asymmetrien auszugleichen in der Lage sind. Ziel der Aushandlung und der Vereinbarung von Maßnahmen ist es auch, die Selbstverantwortlichkeit des auf Pflege angewiesenen Menschen zu stärken. Es bedarf klarer

Regelungen darüber, wann eine Assistenz bei der Entscheidungsfindung und bei Stellvertretung (durch wen) fachlich und rechtlich geboten ist.

d) Objektive und subjektive Parameter der Lebensqualität

Fragen der objektiven und subjektiven Parameter der Lebensqualität gehören in die Hand der kundigen Klienten und komplementär der zivilgesellschaftlichen Akteure. Eine quasi hoheitliche externe Definition widerspricht einem liberalen Staatsverständnis. Objektive Parameter für die Lebensqualität (finanzielle Situation, soziales Netzwerk, Sicherheit, u.a.) lassen sich bestimmen. Subjektive Parameter müssen konsequent personenzentriert thematisiert und mit Relevanz ausgestattet werden. Für die subjektive Lebensqualität kann auf normative Vorgaben wie Freiheit, Würde, Wahloptionen pp., die etwa in der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen niedergelegt sind, zurückgegriffen werden.

e) Lokale Pflegeinfrastruktur

Eine wichtige Rolle bei der Unterstützung einer lebensweltlich orientierten häuslichen Pflege kommt der lokalen Pflegeinfrastruktur zu. Die Bildung stabiler sektorübergreifender Netzwerke und verlässlicher Kooperationsstrukturen sind notwendige Voraussetzung für eine lokale Pflegeinfrastruktur. Lokale Pflegeinfrastruktur ist für die angesprochene Bevölkerung zugänglich und umfasst aufsuchende Beratung, Quartiersmanagement und die Verfügbarkeit von case-management-basierten Angeboten. Um pflegebedürftige Menschen zu unterstützen und ihnen Wahloptionen zu eröffnen, bedarf es einer breiten Angebotspalette, die ambulante und hauswirtschaftliche Dienste, persönliche Assistenz und verschiedene Wohnoptionen umfasst. Eine lokale Infrastruktur lebt von einem Mix aus professionellen, familialen, nebenberuflichen und zivilgesellschaftlichen Angeboten.

f) Qualität der Organisation der Pflege

Häusliche Pflege bedarf einer verlässlichen Organisation und Koordination. Koordination und Organisation der häuslichen Pflege kann sowohl von Angehörigen als auch von Freunden, Pflegediensten, Pflegebegleitern und Case Manager/innen übernommen werden. Die Organisation der Pflege umfasst die Abstimmung ver-

schiedener, vom Einzelfall ausgehender Hilfen. Die Organisation der Pflege ist Teil von Aushandlungsprozessen in lebensweltlichen Pflegearrangements zwischen pflegebedürftigen Menschen, ihren informellen und formellen Helfern.

Anlage 4: Literatur

- Blinkert, B.; Klie, T. (2006). Der Einfluss von Bedarf und Chancen auf Pflegezeiten in häuslichen Pflegearrangements Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie: Bd. 39.2006, 6, S. 423-428
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2010). Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Berlin: BMFSFJ
- Braun, U.; Schmidt, R. (Hrsg.) (1997). Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Regensburg: Transfer-Verlag
- Bonillo, M.; Heidenblut, H.; Philipp-Metzen, E. et.al. (2013). Gewalt in der familialen Pflege. Prävention, Früherkennung, Intervention – Ein Manual für die ambulante Pflege. Stuttgart: Kohlhammer
- Bredthauer, D.; Klie, T. et al. (2012). Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben ReduFix ambulant – Sicherheit und Lebensqualität in der häuslichen Versorgung von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Bundesministerium für Bildung und Forschung (unveröffentlicht)
- Büscher, A. (2007). Negotiating helpful action. A substantive theory of the relationship between formal and informal care. Tampere: Tampere University Press
- Büscher, A.; Holle, B.; Emmert, S.; Fringer, A. (2010). Häusliche Pflegeberatung für Geldleistungsbezieher in der Pflegeversicherung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43: S. 103-110
- Büscher, A.; Schnepf, W. (2011). Die Bedeutung von Familien in der pflegerischen Versorgung. In: Schaeffer, D.; Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, S. 469-487
- Görgen, T. (2012). Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen. Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. Berlin: BMFSFJ

- Hoffmann, B. (2010). Strafrechtliche Verantwortung für das Unterlassen des Schutzes einwilligungs-(un-)fähiger Erwachsener, BtPrax 2010, S. 151-156
- Jansen, B. (1997). Lebensweltorientierung und Häuslichkeit. In: Braun, U.; Schmidt, R. (Hrsg.). Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Regensburg: Transfer-Verlag, S. 77-95
- Nolan, M.; Davies, S.; Grant, G. (Hrsg.) (2001). Working with older people and their families. Key issues in policy and practice. Buckingham: Open University Press
- R+V Versicherung (2012). Die Ängste der Deutschen 2012. Eine Studie des Infocenters der R+V Versicherung. Wiesbaden: R+V Versicherung. Verfügbar unter: http://www.ruv.de/de/presse/r_v_infocenter/studien/aengste-der-deutschen.jsp (letzter Zugriff: 28.05.2013)
- Schaeffer, D. (Hrsg.) (2009). Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Huber
- Schaeffer, D.; Moers, M. (2011). Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Schaeffer, D.; Wingenfied, K. (Hrsg.). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, S. 329-364
- Schütte, M. (2006). Integration der Laienpflege und Anreiz zur Laienpflege: Familiengerechte Dienstleistungen im SGB XI?. In: Igl, G.; Naegele, G.; Hamdorf, S. (Hrsg.). Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen S. 83 - 114
- Verbraucherzentrale Bundesverband (2012). Gute Pflege im Heim und zu Hause. Pflegequalität erkennen und einfordern. Berlin: Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.
- Wingenfied, K.; Büscher, A.; Gansweid, B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Studie

im Rahmen des Modellprogramms nach § 8, Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld

Zank, S. (2010). Belastung und Entlastung von pflegenden Angehörigen. In: Forum für Psychotherapie, Psychiatrie, Psychosomatik und Beratung (Hrsg.): Psychotherapie im Alter, 7. Jg., Heft 4, Nr. 28, S. 431-443

Zeman, P. (1997). Häusliche Pflegearrangements. Interaktionsprobleme und Kooperationsperspektiven von lebensweltlichen und professionellen Hilfesystemen. In: Braun, U.; Schmidt, R. (Hrsg.). Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Regensburg: Transfer-Verlag, S. 97-112

Zeman, P. (2000). Alter(n) im Sozialstaat. Regensburg: Transfer-Verlag

Zenz, G. (2007). Autonomie und Abhängigkeit – familienrechtliche Schutzbelange im Alter. In: Igl, G. & Klie, T. (Hrsg.) (2007): Das Recht der älteren Menschen. Kapitel 5. S. 131-172. Baden-Baden: Nomos

Lebenswelt/ Lebenswirklichkeit

Bauer, U.; Büscher, A. (2007). Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS Verlag

Büscher, A.; Schnepf, W. (2011). Die Bedeutung von Familien in der pflegerischen Versorgung. In: Schaeffer, D.; Wingenfeld, K. (Hrsg.). Handbuch Pflegewissenschaft. Neuausgabe. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 469–487

Klie, T.; Blinkert, B. (2002). Pflegekulturelle Orientierungen. In: Klie, T. (Hrsg.). Für's Alter planen. Beiträge zur kommunalen Altenplanung. Reader und wissenschaftlicher Bericht. Freiburg: Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V. an der Evangelischen Fachhochschule, S. 365–387

Kolip, P.; Lademann, J. (2006). Familie und Gesundheit. In: Hurrelmann, K.; Razum, O.; Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. Aufl. Weinheim, München: Juventa-Verlag, S. 625–652

Kuhlmey, A.; Schaeffer, D. (Hrsg.) (2008). Alter, Gesundheit und Krankheit. 1. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber

Walter, U.; Altgeld, T. (Hrsg.) (2000). Altern im ländlichen Raum. Ansätze für eine vorausschauende Alten- und Gesundheitspolitik. Frankfurt, New York: Campus

Ambulante Pflegedienste und professionelles ambulantes Pflegehandeln

Baumgartner, L.; Kirstein, R.; Möllmann, R. (Hrsg.) (2003). Häusliche Pflege heute. 1. Aufl. München [u.a.]: Urban & Fischer

Bielski, C.; Kommerell, T.; Bazlen, U.; Brüggemann, R.; Weidlich, U. (2003). Organisation und Planung ambulanter Pflegedienste. In: Baumgartner, L.; Kirstein, R.; Möllmann, R. (Hrsg.). Häusliche Pflege heute. 1. Aufl. München [u.a.]: Urban & Fischer, S. 38–86

Büscher, A.; Horn, A. (2010). Bestandsaufnahme zur Situation in der ambulanten Pflege. Ergebnisse einer Expertenbefragung. In: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (145)

Büscher, A. (2011). Ambulante Pflege. In: Schaeffer, D.; Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Neuausgabe. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 491–512

Büssing, A.; Giesenbauer, B.; Glaser, J.; Höge, T. (2000). Ambulante Pflege: Arbeitsorganisation, Anforderungen und Belastungen; eine Pilotstudie mit Erfahrungsberichten. Dortmund, Berlin: Wirtschaftsverlag NW (902)

Büssing, A.; Glaser, J.; Höge, T. (2005): Belastungsscreening in der ambulanten Pflege. Dortmund, Berlin, Dresden: Wirtschaftsverl. NW, Verlag für Neue Wiss. (1048)

Dichter, M.; Lützau, P. von; Dunger, C.; Hochgraber, I.; Zebe, G.; Walla, J.; Büscher, A. (2009). Die Familiengesundheitspflege und ihre Umsetzung in einer städtischen und ländlichen Region in Deutschland. In: Pflege & Gesellschaft 14 (2), S. 138–155

- Gabanyi, M. (1997). Ambulante Pflegedienste im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit, Qualität und Kundenorientierung. Augsburg: Basys
- Garms-Homolová, V.; Schaeffer, D. (Hrsg.) (1998). Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Wiesbaden: Urban & Fischer
- Garms-Homolová, V.; Schaeffer, D. (1992): Versorgung alter Menschen. Sozialstationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktionen. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Habermann, M.; Biedermann, H. (2007). Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Frankfurt: Mabuse-Verlag
- Hasseler, M. (2004). Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen. In: Martina Hasseler und Martha Meyer (Hrsg.): Ambulante Pflege: neue Wege und Konzepte für die Zukunft. Professionalität erhöhen – Wettbewerbsvorteile sichern. Hannover: Schlüter, S. 14–22
- Heislbetz, C. (2009). Die Dokumentation in der Altenpflege. Ihr Zusammenwirken mit der Pflege- und Managementqualität sowie der Lebensqualität der Pflegebedürftigen. Eine internationale Vergleichsuntersuchung
- Hellmann, S.; Rößlein, R. (2012). Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege. Mit Transparenzkriterien, Risikobereichen und Checklisten. 3. Aufl. Hannover: Schlütersche, Brigitte Kunz Verlag
- Herold, E. E. (Hrsg.) (2002). Ambulante Pflege. 2. Aufl. (3). Hannover: Schlütersche
- Hokema, A.; Sulmann, D. (2011). Im Fokus steht die Lebensqualität. Werteorientierung: Pflegedienste profitieren von der Umsetzung der Pflege-Charta. In: Häusliche Pflege 20 (2), S. 38–40
- Josuks, H. (2008). Primary nursing. Ein Konzept für die ambulante Pflege ; ein Leitfaden zur Implementierung eines neuen Pflegesystems. 2. Aufl. Hannover: Schlütersche (Pflege)

- Leibold, S. (2005). Wie organisiert man "gute Pflege"? Bausteine zu einer Ethik ambulanter Pflegedienste. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Loffing, C.; Geise, S. (Hrsg.) (2010). Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenpflege. Lehrbuch für Führungskräfte, Weiterbildungsteilnehmer und Studenten. 1. Aufl. Bern: Huber
- Moers, M. (1997). Ambulante Pflege in Deutschland - auf dem Weg zur Gemeinwesenorientierung? In: Pflege 10 (2), S. 102–112
- Müller, H. (2011). Arbeitsorganisation in der Altenpflege. Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung. 4. Aufl. Hannover: Schlütersche (Pflege)
- Schütte, F. (2004). Auswirkungen der Pflegeversicherung. Strukturelle und sozialökonomische Folgen für die ambulanten sozialpflegerischen Dienste in Schleswig-Holstein. Handlungsstrategien für frei-gemeinnützige Träger. Bern, Göttingen, Toronto u.a.: Hans Huber Verlag

Qualität

- Adler, H. (Hrsg.) (2003). Qualitätssicherung in der Betreuung. Qualitätssystem und Qualitätsmanagement in der rechtlichen Betreuung Erwachsener. Köln: Bundesanzeiger
- Braun, U. (2009). Qualität in ambulanten Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg: Stand und Entwicklung der Kundenzufriedenheit, Realisierung von Verbesserungspotentialen. Tübingen
- Brüggemann, J.; Gerber, H.; Schwegler, F.; Theis, S.; Wagner, A.; Wilcke-Kros, M. (2007). 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. Essen
- Brüggemann, J.; Becher, U.; Coners, E.; Fischer, W.; Gerber, H.; Kimmel, A. et al. (2012). Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 3. Bericht des

MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hg.). Essen

Büscher, A.; Klie, T. (2012). Qualität und Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 43 (3), S. 70–80

Igl, G.; Schiemann, D.; Gerste, B.; Klose, J. (Hrsg.) (2002). Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Mit 39 Abbildungen und 43 Tabellen. Stuttgart: Schattauer

Klie, T. (2009). Geschichte, Stand und Perspektiven der Qualitätssicherung in der Langzeitpflege für ältere Menschen in Deutschland. In: Bieback, K.-J.; Giese, D.; Hänlein, A.; Hesse, W.; Igl, G.; Neumann, V. et al. (Hrsg.): Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen. Heft 70. Köln, München: Carl Heymanns Verlag (Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen, Heft 40), S. 7–20

Schaffert, R. (2009). Qualitätsindikatoren für die professionelle häusliche Pflege in der Schweiz. Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Halle (Saale)

Wallrafen-Dreisow, H.; Weigel, R. (2007). Der Qualitätsbericht. Transparenz schafft Vertrauen. Hannover: Vincentz Network (Altenheim Bibliothek)

Generelle Ausführungen zur (ambulanten) Pflege

Bartholomeyczik, S. (2006). Pflegerische Versorgung. In: Hurrelmann, K.; Razum, O.; Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. Aufl. Weinheim, München: Juventa-Verl., S. 1023–1051

Buttner, P. (Hrsg.) (2012). Häusliche Pflege: Arrangements und innovative Ansätze. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 43 (3). Freiburg: Lambertus

- Ewers, M.; Schaeffer, D. (2003). Die Rolle der Pflege in der integrierten Versorgung. In: Tophoven, C.; Lischke, L. (Hrsg.) Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 193–213
- Ewers, M.; Schaeffer, D. (Hrsg.) (2002). Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. 1. Aufl. Bern [u.a.]: Huber
- Geller, H.; Gabriel, K. (2004). Ambulante Pflege zwischen Familie, Staat und Markt. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Hasseler, M.; Görres, S. (2005). Was Pflegebedürftige wirklich brauchen – Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung. Hannover: Schlütersche
- Klie, T. (1999). Sicherung der Pflege und Pflegeversicherung. In: Klie, T.; Schmidt, R. (Hrsg.). Die neue Pflege alter Menschen. Sicherung der Pflege, Pflegeökonomie, Lebensweltorientierung, Unterstützungsmanagement, Reform des Gesundheitswesens, Pflege im sozialen Wandel, Pflegewissenschaft. Bern, Göttingen, Toronto u.a.: Hans Huber (Angewandte Alterskunde, 15), S. 11–31
- Klusen, N. (Hrsg.) (2009): Zukunft der Pflege in einer alternden Gesellschaft: Konzepte, Kosten, Kompetenzen. 1. Aufl. (Beiträge zum Gesundheitsmanagement, 25). Baden-Baden: Nomos
- Kollak, I. (Hg.) (2001): Internationale Modelle häuslicher Pflege. Eine Herausforderung und verschiedene Antworten. Frankfurt: Mabuse-Verlag
- Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen. Enquête-Kommission "Situation und Zukunft der Pflege in NRW" (Hrsg.) (2005). Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Berichte der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf

- Pritzkuleit, R.; Erben, C.M (2001). Antragsverhalten und Pflegebedürftigkeit in der ambulanten Pflege nach dem SGB XI: Ein siedungsstruktureller Ansatz. In: Das Gesundheitswesen 63 (4), S. 200–204
- Pritzkuleit, R.; Erben, C.M; Großpietsch, R. (2003). Einflussfaktoren auf die ambulante Pflege: Erste Ergebnisse eines kleinräumigen Vergleichs der Begutachtungsdaten in den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein. In: Das Gesundheitswesen 65 (8/9), S. 502–508
- Roth, G. (2007). Dilemmata der Altenpflege . Die Logik eines prekären sozialen Feldes. In: Berliner Journal für Soziologie 17, S. 77-96
- Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R.(2012). Themenreport "Pflege 2030". Was ist zu erwarten - was ist zu tun? Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- Schaeffer, D.; Büscher, A. (2009). Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 42, S. 441–451
- Schaeffer, D.; Büscher, A.; Ewers, M. (2008). Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei, A.; Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. 1. Aufl. Bern: Huber, Hans, S. 352–369
- Schaeffer, D.; Moers, M. (1995). Ambulante Pflege von HIV- und Aids-Patienten. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Discussion Papers / Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung) (Hg.). Berlin
- Schmidt, R. (1999). Stadt, Land, (Ein-)Fluß. Ambulante Versorgung in strukturschwachen ländlichen Räumen. In: Häusliche Pflege 8 (5), S. 44–47
- Schmidt, R. (Hrsg.) (1998). Konturen der neuen Pflegelandschaft. Positionen, Widersprüche, Konsequenzen (4). Regensburg: Transfer
- Schmidt, R. (1999). Pflege als Aushandlung. Die neuen pflegeökonomischen Steuerungen. In: Klie, T.; Schmidt, R. (Hrsg.): Die neue Pflege alter Menschen. Sicherung der Pflege, Pflegeökonomie, Lebensweltorientierung, Unterstüt-

zungsmanagement, Reform des Gesundheitswesens, Pflege im sozialen Wandel, Pflegewissenschaft. Bern, Göttingen, Toronto u.a.: Hans Huber Verlag (Angewandte Alterskunde, 15), S. 33–91

Schmidt, R.; Winkler, A. (Hrsg.) (1998). Ansätze zur Weiterentwicklung der ambulanten pflegerischen Versorgungsstruktur. Analysen und konzeptionelle Überlegungen am Beispiel Brandenburgs. Paritätischer Wohlfahrtsverband, LV Brandenburg; Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. (Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, 5). Regensburg: Transfer

Twenhöfel, R. (2011). Die Altenpflege in Deutschland am Scheideweg. Medizinalisierung oder Neuordnung der Pflegeberufe? Baden-Baden: Nomos

Care- und Case Management, Beratung und Begleitung

Büscher, A.; Holle, B.; Emmert, S.; Fringer, A. (2010). Häusliche Pflegeberatung für Geldleistungsbezieher in der Pflegeversicherung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43, S. 103–110

Büscher, A.; Holle, B.; Emmert, S.; Fringer, A. (2010). Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Eine empirische Bestandsaufnahme. In: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (142)

Büscher, A.; Schaeffer, D. (2009). Zugänglichkeit und Nachhaltigkeit in der Langzeitversorgung – der Aufbau von Pflegestützpunkten vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen. In: Pflege & Gesellschaft 14 (3), S. 197–215

Klie, T.; Frommelt, M.; Schneekloth, U.; Behrend, S.; Göhner, A.; Heislbetz, C. et al. (2011). Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. GKV-Spitzenverband (Hg.). AGP Freiburg; Hans-Weinberger-Akademie der Arbeiterwohlfahrt e.V.; TNS Infratest. Berlin

Göhner, A.; Klie, T.; Schuhmacher, B. (2012). Mit Case Management Freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der häuslichen Pflege begegnen? Eine Litera-

turrecherche im Rahmen des Projektes ReduFix ambulant. In: Case Management 9 (3), S. 155–160

Schaeffer, D. (2005). Case Management in der US-amerikanischen ambulanten Pflege: arbeitsorganisatorische Konsequenzen. In: Ewers, M; Schaeffer, D. (Hrsg.). Case Management in Theorie und Praxis. 2., erg. Bern: Huber, S. 117–144

Empirische Daten zur häuslichen Pflege

Schneekloth, U.; Wahl, H.-W. (2005). Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten im Lichte der Ergebnisse von MuG III. In: Schneekloth, U.; Wahl, H.-W. (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten. Ergebnisse der Studie MuG III. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München, S. 227–240

Statistisches Bundesamt (2013). Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2013). Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich: Pflegebedürftige. Wiesbaden.

Pflege und Gewalt

Görge, T.; Kreuzer, A.; Nägele, B.; Krause, S. (2002). Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum. Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eines Modellprojekts. Stuttgart: Kohlhammer (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 217)

Grundel, A.; Liepe, K.; Blättner, B.; Grewe, H. A. (2012). Gewalt gegen Pflegebedürftige durch Angehörige : eine systematische Übersicht über Befragungs- und Assessment-Instrumente. In: Zeitschrift für Pflegewissenschaft, Bd. 14.2012, 7/8, Hungen: hpsmedia, S. 399-407

Klie, T. (2011). Hinter verschlossenen Türen. ReduFix-Ambulant beleuchtet freiheitsentziehende Maßnahmen in der Häuslichkeit. In: Häusliche Pflege : Pflegedienste besser managen. Bd. 20.2011, 7.Hannover: Vincentz. S. 28-31

Zank, S.; Schacke, C. ; Philipp-Metzen, E. (2012). Gewalt in der häuslichen Pflege: Lösungsansätze des Projekts PURFAM. In: Pro Alter: Selbstbestimmt älter werden; das Fachmagazin für Lebensqualität. Bd. 44.2012, 2, Köln : KDA. S. 56-60

Formelle und informelle Pflege – Ehrenamt und Profession

Kötter, I.; Arens, E.; Kochanek, J. (o. J.). Wie Ehrenamtliche und professionell Pflegenden gemeinsam Qualität gerontopsychiatrischer Pflege verbessern können - Erfahrungen mit dem Beobachtungsverfahren Dementia Care Mapping. In: Wie ernst nimmt die Altenhilfe die Person? Vorläufige Fassung der Wiedergabe der Diskussion der Veranstaltung am 8. November 2001. Kuratorium Deutsche Altershilfe; Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V., S. 22–38

Weigl, B. (2012): Freiwilligenarbeit in ambulanten Sorge- und Pflegearrangements. Ein Vergleich von Betreuungs- und Teilhabekonzepten für ältere Menschen in England und Deutschland. Dissertation an der Universität Bremen. Hamburg: Dr. Kovač (Schriftenreihe Pflegewissenschaft in Forschung und Praxis, 5)

Rechtliche Rahmenbedingungen und Vergütung

Büscher, A.; Budroni, H.; Hartenstein, A.; Holle, B.; Vosseler, B. (2007). Auswirkungen von Vergütungsregelungen in der häuslichen Pflege. Ein Modellprojekt zur Einführung personenbezogener Budgets. In: Pflege & Gesellschaft 12 (4), S. 343–359

Cappell, E.; Meyer, J. A. (1): Die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Pflege. In: Pflege & Gesellschaft 1996 (1), S. 3–7

- Gaertner, T. (Hrsg.) (2009): Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung ; [mit Zusatzmaterial online]. 2. Aufl. Berlin, New York, NY: De Gruyter
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2011): Das Pflegebudget (Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, 4). Berlin
- Klie, T.; Spermann, A. (Hrsg.) (2004). Persönliche Budgets - Aufbruch oder Irrweg? Ein Werkbuch zu Budgets in der Pflege und für Menschen mit Behinderungen. Hannover: Vincentz Network
- Slotala, L. (2011). Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste. Wiesbaden: VS Verlag
- Spermann, A.; Arntz, M. (2004). Wie lässt sich die gesetzliche Pflegeversicherung mit Hilfe personengebundener Budgets reformieren? In: Sozialer Fortschritt 53 (1), S. 11–22
- Strünck, C. (2000). Pflegeversicherung-Barmherzigkeit mit beschränkter Haftung. Institutioneller Wandel, Machtbeziehungen und organisatorische Anpassungsprozesse. Opladen: Leske + Budrich (68)