

Dorothea Reichert

# Die Differenzierung von Pflege

Hinweise auf Pflegebedürftigkeit aus der Perspektive  
von Pflegefachkräften in der ambulanten Versorgung



Nomos

# **Statistik in Sozialer Arbeit, Pflege und den Humanwissenschaften**

herausgegeben von  
Prof. Dr. Albert Brühl  
Prof. Dr. Peter Löcherbach

Band 3

Dorothea Reichert

# Die Differenzierung von Pflege

Hinweise auf Pflegebedürftigkeit aus der Perspektive  
von Pflegefachkräften in der ambulanten Versorgung



**Nomos**

© Titelbild: Rost-9D – istockphoto.com

**Die Deutsche Nationalbibliothek** verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Zugl.: Vallendar, Vinzenz Pallotti University, Diss., 2022

ISBN 978-3-7560-0299-3 (Print)

ISBN 978-3-7489-3689-3 (ePDF)



Onlineversion  
Nomos eLibrary

1. Auflage 2023

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2023. Gesamtverantwortung für Druck und Herstellung bei der Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

## Vorwort

*„Eine Theorie ist erst dann als gescheitert anzusehen, wenn eine bessere Theorieversion entwickelt wurde.“ (Astleitner 2011, S. 29)*

Mit der vorliegenden Arbeit wird der Versuch unternommen, Pflegebedürftigkeit in der ambulanten Pflege aus der Perspektive von Pflegefachkräften theoretisch zu fundieren. Die bisherigen gesetzlichen Bemühungen schließen die Perspektive der Pflegefachkräfte nicht mit ein und auch das Feld der ambulanten Pflege steht nur begrenzt im Fokus des Interesses. Die entwickelte Theorie ist als erster Versuch zu verstehen, Pflegebedürftigkeit in der ambulanten Pflege zu fassen. Die vielfältigen Herausforderungen, denen Pflegefachkräfte in der ambulanten Pflege tagtäglich gegenüberstehen, können mit dieser Arbeit nur angerissen werden. Dennoch ist deren Einsatz nicht hoch genug zu bewerten, vor allem für die pflegebedürftige Personen und deren Angehörige.

Danken möchte ich den Pflegefachkräften, die mir einen Einblick in ihre Denkweise gegeben, viele pflegebedürftige Personen miteinander verglichen und ihre Differenzierungsmuster erläutert haben.

Die vorliegende Arbeit wurde im Frühjahr 2022 mit dem Titel „Die Differenzierung von Pflege aus der Sicht von Pflegefachkräften in der ambulanten Versorgung: Hinweise auf Pflegebedürftigkeit“ an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar zur Erlangung des akademischen Grades einer Doktorin der Pflegewissenschaft (Dr. rer. cur.) angenommen. Die Disputation erfolgte am 15.07.2022.

Besonders danken möchte ich meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Albert Brühl für seine zeitnahen wertvollen Anregungen, hilfreichen Hinweise und kritischen Anmerkungen. Es freut mich sehr, dass diese Arbeit in die von Herrn Prof. Dr. Albert Brüh und Herrn Prof. Dr. Peter Löcherbachl herausgegebene wissenschaftliche Reihe „Statistik in Sozialer Arbeit, Pflege und den Humanwissenschaften“ aufgenommen wurde. Vielen Dank auch an meine Zweitbetreuung Frau Prof. Dr. Katarina Planer.

Weiterhin danke ich meinen Kommilitonen, besonders Susanne Mertes-Büschel, Annemie Teigeler und Karen Fried, für ihre sowohl inhaltliche als auch moralische Unterstützung. Daneben danke ich Gesche von Hoerner und Prof. Dr. Dieter Walošek für ihr Engagement bei der Korrektur

*Vorwort*

der Arbeit. Nicht zuletzt geht mein Dank an meinen Mann Johannes für seine Geduld sowie seine wertvollen Anregungen.

Falun, im Herbst 2022

Dorothea Reichert

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	19
2	Hintergrund und Fragestellung	23
2.1	Das Pflegeverständnis in der ambulanten Pflege	23
2.2	Das Konstrukt Pflegebedürftigkeit	44
2.3	Zusammenfassung und Begründung der Fragestellung	54
3	Theoretischer Rahmen und verwendete Methoden	59
3.1	Erkenntnistheoretischer Rahmen	59
3.2	Multidimensionale Skalierung	62
3.3	Strukturgleichungsmodelle	78
4	Empirischer Teil I – Theorieentwicklung	84
4.1	Methodik	84
4.2	Ergebnisse	96
4.3	Darstellung der Theorie	165
5	Empirischer Teil II – Überprüfung der Theorie	180
5.1	Methodik	180
5.2	Ergebnisse	183
6	Diskussion	215
6.1	Pflegebedürftigkeit und deren theoretische Fundierung	215
6.2	Rolle der verwendeten Methoden für die Theorieentwicklung	224
7	Fazit und Ausblick	231
8	Literaturverzeichnis	235



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beispielhafte Darstellung einer zweidimensionalen Konfiguration einer MDS	67
Abbildung 2: Beispiel für ein Shepard-Diagramm	70
Abbildung 3: Streuung der pflegebedürftigen Personen in einem zweidimensionalen Raum	72
Abbildung 4: Ablauf der Interviewauswertung	95
Abbildung 5: Anteil der pflegebedürftigen Personen am Stresswert der dreidimensionalen MDS, Pflegefachkraft A	98
Abbildung 6: Shepard-Diagramm für MDS-Konfiguration der Pflegefachkraft A	99
Abbildung 7: Dreidimensionale MDS der Pflegefachkraft A mit den Dimensionen eins und zwei	100
Abbildung 8: Dreidimensionale MDS der Pflegefachkraft A mit den Dimensionen zwei und drei	100
Abbildung 9: Shepard-Diagramm für MDS-Konfiguration der Pflegefachkraft B	102
Abbildung 10: Anteil der pflegebedürftigen Personen am Stresswert der dreidimensionalen MDS, Pflegefachkraft B	103
Abbildung 11: Dreidimensionale MDS der Pflegefachkraft B mit den Dimensionen eins und zwei	104
Abbildung 12: Dreidimensionale MDS der Pflegefachkraft B mit den Dimensionen zwei und drei	104

## *Abbildungsverzeichnis*

Abbildung 13: Shepard-Diagramm für MDS-Konfiguration der Pflegefachkraft C	106
Abbildung 14: Anteil der pflegebedürftigen Personen am Stresswert der dreidimensionalen MDS, Pflegefachkraft C	106
Abbildung 15: Dreidimensionale MDS der Pflegefachkraft C mit den Dimensionen eins und zwei	107
Abbildung 16: Dreidimensionale MDS der Pflegefachkraft C mit den Dimensionen zwei und drei	108
Abbildung 17: Shepard-Diagramm für MDS-Konfiguration der Pflegefachkraft D	109
Abbildung 18: Anteil der pflegebedürftigen Personen am Stresswert der dreidimensionalen MDS, Pflegefachkraft D	110
Abbildung 19: Dreidimensionale MDS der Pflegefachkraft D mit den Dimensionen eins und zwei	111
Abbildung 20: Dreidimensionale MDS der Pflegefachkraft D mit den Dimensionen zwei und drei	111
Abbildung 21: Die Pflegebedürftige A02 aus der Perspektive von Pflegefachkraft A	128
Abbildung 22: Der Pflegebedürftige B05 aus der Perspektive von Pflegefachkraft A	130
Abbildung 23: Die Pflegebedürftige A06 aus der Perspektive von Pflegefachkraft A	132
Abbildung 24: Der Pflegebedürftige A07 aus der Perspektive von Pflegefachkraft A	134
Abbildung 25: Der Pflegebedürftige A01 aus der Perspektive von Pflegefachkraft A	135

Abbildung 26: Der Pflegebedürftige B04 aus der Perspektive von Pflegefachkraft A	137
Abbildung 27: Der Pflegebedürftige A07 aus der Perspektive von Pflegefachkraft B	140
Abbildung 28: Die Pflegebedürftige A04 aus der Perspektive von Pflegefachkraft B	141
Abbildung 29: Die Pflegebedürftige B01 aus der Perspektive von Pflegefachkraft B	142
Abbildung 30: Der Pflegebedürftige A01 aus der Perspektive von Pflegefachkraft B	143
Abbildung 31: Die Pflegebedürftige A03 aus der Perspektive der Pflegefachkraft B	144
Abbildung 32: Die Pflegebedürftige A05 aus der Perspektive von Pflegefachkraft B	145
Abbildung 33: Der Pflegebedürftige A07 aus der Perspektive von Pflegefachkraft C	148
Abbildung 34: Die Pflegebedürftige A06 aus der Perspektive von Pflegefachkraft C	149
Abbildung 35: Der Pflegebedürftige B04 aus der Perspektive von Pflegefachkraft C	151
Abbildung 36: Der Pflegebedürftige A01 aus der Perspektive von Pflegefachkraft C	152
Abbildung 37: Die Pflegebedürftige A03 aus der Perspektive von Pflegefachkraft C	153
Abbildung 38: Die Pflegebedürftige B07 aus der Perspektive von Pflegefachkraft C	154
Abbildung 39: Die Pflegebedürftige B02 aus der Perspektive von Pflegefachkraft D	156

## *Abbildungsverzeichnis*

Abbildung 40: Der Pflegebedürftige B05 aus der Perspektive von Pflegefachkraft D	157
Abbildung 41: Der Pflegebedürftige A01 aus der Perspektive von Pflegefachkraft D	159
Abbildung 42: Die Pflegebedürftige A06 aus der Perspektive von Pflegefachkraft D	160
Abbildung 43: Die Pflegebedürftige B01 aus der Perspektive von Pflegefachkraft D	161
Abbildung 44: Die Pflegebedürftige A05 aus der Perspektive von Pflegefachkraft D	162
Abbildung 45: Einfach zu deckender Pflegebedarf	171
Abbildung 46: Pflegebedarf bei Einschränkungen der Psyche	171
Abbildung 47: Schwierig zu bewältigender Pflegebedarf bei Einschränkungen der Motorik und Konstitution	172
Abbildung 48: Schwierig zu bewältigender Pflegebedarf aufgrund von Motorik, Psyche und Konstitution	172
Abbildung 49: Leicht zu bewältigender Pflegebedarf bei psychischen Einschränkungen und Angehörigen	174
Abbildung 50: Schwierig zu bewältigender Pflegebedarf bei Einschränkungen der Mobilität und Konstitution, unabhängig von Angehörigen und Psyche	175
Abbildung 51: Einfluss des materiellen Umfelds auf die Deckung des Pflegebedarfs	176
Abbildung 52: Leicht zu bewältigender Pflegebedarf bei gleichbleibendem Pflegebedarf	177
Abbildung 53: Schwierig zu bewältigender Pflegebedarf bei psychischen Einschränkungen und Verringerung des Pflegebedarfs	178

Abbildung 54: Leicht zu bewältigender Pflegebedarf bei Mobilitätseinschränkungen	178
Abbildung 55: Schwierig zu bewältigender Pflegebedarf bei erwarteten, vermehrten Pflegebedarf	179
Abbildung 56: Shepard-Diagramm der PK_E	185
Abbildung 57: Explorative und konfirmatorische MDS im Vergleich bei PK_E	188
Abbildung 58: Explorative und konfirmatorische MDS im Vergleich bei PK_F	191
Abbildung 59: Explorative und konfirmatorische MDS im Vergleich bei PK_G	194
Abbildung 60: Explorative und konfirmatorische MDS im Vergleich bei PK_H	196
Abbildung 61: Explorative und konfirmatorische MDS im Vergleich bei PK_I	199
Abbildung 62: Shepard-Diagramm der PK_J	200
Abbildung 63: Explorative und konfirmatorische MDS im Vergleich bei PK_J	202
Abbildung 64: Shepard-Diagramm der PK_K	204
Abbildung 65: Explorative und konfirmatorische MDS im Vergleich bei PK_K	205
Abbildung 66: Möglicher Abbildungssatz	232



## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Anhaltswerte zur Beurteilung des Stressmaßes	68
Tabelle 2:	Ethische Aspekte	87
Tabelle 3:	Fragebogen für die Paarvergleiche durch die Pflegefachkräfte	89
Tabelle 4:	Paarvergleiche zur Datenanalyse	90
Tabelle 5:	Gewichte der Dimension im SmacoffIndDiff-Modell der Pflegefachkraft A	99
Tabelle 6:	Koordinaten der pflegebedürftigen Personen, Pflegefachkraft A	101
Tabelle 7:	Gewichte der Dimensionen im SmacoffIndDiff-Modell der Pflegefachkraft B	103
Tabelle 8:	Koordinaten der pflegebedürftigen Personen, Pflegefachkraft B	105
Tabelle 9:	Gewichte der Dimensionen im SmacoffIndDiff-Modell der Pflegefachkraft C	107
Tabelle 10:	Koordinaten der pflegebedürftigen Personen, Pflegefachkraft C	108
Tabelle 11:	Koordinaten der pflegebedürftigen Personen, Pflegefachkraft D	112
Tabelle 12:	Gewichte der Dimensionen im SmacoffIndDiff-Modell der Pflegefachkraft D	112
Tabelle 13:	Kategorien im Überblick	113

## *Tabellenverzeichnis*

Tabelle 14:	Verwendete Symbole und deren Bedeutung in den Pfaddiagrammen	127
Tabelle 15:	Pflegebedürftige Personen, die von den einzelnen Pflegefachkräften bewertet wurden.	181
Tabelle 16:	Datenmatrix der Paarvergleiche der PK_E	184
Tabelle 17:	Koordinaten der explorativen MDS der Pflegebedürftigen bei PK_E	185
Tabelle 18:	Einschätzung der Kriterien der pflegebedürftigen Personen der PK_E	186
Tabelle 19:	Ergebnisse der konfirmatorischen MDS der PK_E	187
Tabelle 20:	Koordinaten der pflegebedürftigen Personen der PK_F	189
Tabelle 21:	Einschätzung der Kriterien der pflegebedürftigen Personen der PK_F	190
Tabelle 22:	Ergebnisse der konfirmatorischen MDS der PK_F	190
Tabelle 23:	Einschätzung der Kriterien der pflegebedürftigen Personen der PK_G	192
Tabelle 24:	Ergebnisse der konfirmatorischen MDS der PK_G	193
Tabelle 25:	Einschätzung der Kriterien der pflegebedürftigen Personen der PK_H	195
Tabelle 26:	Ergebnisse der konfirmatorischen MDS der PK_H	197
Tabelle 27:	Einschätzung der Kriterien der pflegebedürftigen Personen der PK_I	198
Tabelle 28:	Ergebnisse der konfirmatorischen MDS der PK_I	199
Tabelle 29:	Einschätzung der Kriterien der pflegebedürftigen Personen der PK_J	201

Tabelle 30:	Ergebnisse der konfirmatorischen MDS der PK_J	202
Tabelle 31:	Einschätzung der Kriterien der pflegebedürftigen Personen der PK_K	204
Tabelle 32:	Kriteriale Einschätzungen der pflegebedürftigen Person G	212
Tabelle 33:	Kriteriale Einschätzungen der pflegebedürftigen Person E	212
Tabelle 34:	Kriteriale Einschätzungen der pflegebedürftigen Person F	213
Tabelle 35:	Kriteriale Einschätzungen der pflegebedürftigen Person I	213
Tabelle 36:	Kriteriale Einschätzungen der pflegebedürftigen Person J	214



# 1 Einleitung

Zum 01.01.2020 löste das Gesetz über die Pflegeberufe<sup>1</sup> das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz, KrPflG) ab. Erstmals sind, den Pflegefachkräften vorbehalten, pflegerische Aufgaben definiert: „die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs (...), die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses (...) sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“ (PflBG § 4 (2)).

Aufgrund der, den Pflegefachkräften vorbehaltenen, pflegerischen Aufgaben, stellen sich folgende Fragen: Was ist der individuelle Pflegebedarf und wie wird dieser erhoben und festgestellt? Was ist der Pflegeprozess und wie wird dieser organisiert, gestaltet und gesteuert? Was ist die Qualität der Pflege und wie kann diese analysiert, evaluiert, gesichert und entwickelt werden?

Zum individuellen Pflegebedarf findet sich in § 14 (1) SGB (Sozialgesetzbuch) XI folgende Definition. Demnach sind Personen pflegebedürftig, „die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können“ (SGB XI, § 14).

Für die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI findet eine Begutachtung der pflegebedürftigen Personen hinsichtlich ihrer Mobilität, ihrer kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, ihrer Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, ihrer Selbstversorgung, ihrer Bewältigung von Erkrankungen sowie ihrer Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (SGB XI § 14 (2)) statt. Danach werden pflegebedürftige Personen in fünf Schweregrade gruppiert. Diese Schweregrade reichen von keinen über geringe, erhebliche, schwere bis hin zu schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (SGB XI § 15 (2)). Die Einschränkungen der genannten Bereiche werden über ein Punktesystem erhoben und gewichtet. Durch eine Addition dieser Punkte findet schließ-

---

1 Auch Pflegeberufegesetz (PflBG) genannt.

lich eine Zuordnung zu den Pflegegraden eins bis fünf<sup>2</sup> statt (SGB XI § 15 (2), Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und GKV Spitzenverband 2017).

Auch wenn die Gewichtung und Addition der Punktwerte diverse Probleme mit sich bringen (Bensch 2013), bleibt die Frage offen, ob die Differenzierung der pflegebedürftigen Personen in fünf Pflegegrade der Unterscheidung von pflegebedürftigen Personen durch Pflegefachkräfte in der ambulanten Pflege entspricht.

Die Einschätzung des Pflegebedarfs ist Teil des Pflegeprozesses. Je nach Literatur besteht der Pflegeprozess aus unterschiedlich vielen Schritten. Beispielhaft besteht laut Doenges et al. der Pflegeprozess aus den Schritten: Assessment, Diagnose/Bedarfsbestimmung, Ziele/Ergebnisse/Prioritäten, Planung, Implementierung und Evaluation (Doenges et al. 2013, S. 26–32). Die Einschätzung des Pflegebedarfs kann somit dem Assessment und der Bedarfsbestimmung zugeordnet werden. Im Assessment werden systematisch Daten erhoben, sortiert, strukturiert und schließlich dokumentiert (Doenges et al. 2013, S. 26). Der Schritt der Diagnose und Bedarfsbestimmung dient der Analyse der erhobenen Daten, mit dem Ziel, die Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person zu erhalten. Dabei werden sowohl derzeitige als auch potenzielle Bedürfnisse ermittelt. Letztere beziehen sich auf Risiken der pflegebedürftigen Person, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Erhöhung des Pflegebedarfs führen. Die weitere Pflege basiert auf der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit und verdeutlicht deren hohe Bedeutung im Pflegeprozess. Im letzten Schritt des Pflegeprozesses steht die Evaluation im Fokus, um zu beurteilen, ob die Ziele erreicht wurden und ob die Pflege den Bedarfen entspricht.

Die Einschätzung des Pflegebedarfs bezieht sich in der vorliegenden Arbeit auf die ambulante Pflege. „Ambulant“ im Sinne von „häuslich“ meint eine Unterscheidung zu stationären Einrichtungen wie Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen. Die ambulante Pflege ist somit durch den Ort der Leistungserbringung geprägt. In diesem scheinen eine unabhängige Lebensführung und eine größere Selbstbestimmung möglich, im Vergleich zu stationären Pflegeeinrichtungen mit ihren festgelegten

---

2 „Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung“ (SGB XI § 15 (3)).

Arbeitsabläufen (Jahncke-Latteck 2009, S. 29; Priem 2012, S. 19–20). Die Pflege in der Häuslichkeit scheint sich somit von der in stationären Einrichtungen zu unterscheiden – und vermutlich auch die Einschätzung von Pflegebedürftigkeit. Diese Annahme entspricht dem Pflegemodell nach Roper, Logan und Tierney. Pflegerisches Handeln wird demnach durch physische, psychische, soziale und weitere Umgebungsfaktoren beeinflusst und verschiedene Konstellationen dieser Faktoren führen zu unterschiedlicher Pflegebedürftigkeit (Roper et al. 2009).

In dieser Arbeit soll deshalb der Frage nachgegangen werden, wie Pflegebedürftigkeit durch Pflegefachkräfte<sup>3</sup> in der ambulanten Pflege fachlich differenziert wird. Dazu sollen Kriterien expliziert werden, die für Pflegefachkräfte in der ambulanten Pflege relevant sind, um pflegebedürftige Personen und deren Situation zu unterscheiden. Dabei handelt es sich um Kriterien, die die pflegebedürftige Person und ihr Umfeld charakterisieren. Zudem soll erforscht werden, ob einzelne Kriterien relevanter sind im Vergleich zu anderen und wie diese zueinander in Zusammenhang stehen.

Zu dieser Fragestellung werden theoretische Annahmen entwickelt. Mit denen die Pflegehandlung bzw. die Situation der Pflegehandlung dargestellt und expliziert werden kann, um sowohl für andere Pflegefachkräfte als auch für andere Berufsgruppen nachvollziehbar zu werden. Damit leisten Theorien in der Pflege einen Beitrag, das Wesen der Pflege zu verdeutlichen und deren Rahmenbedingungen, Herausforderungen und Charakteristika zu beschreiben und ggf. zu verbessern. Nach Neumann-Ponesch gibt Theorieentwicklung „der Berufsgruppe eine Daseinsberechtigung, indem sie deutlich macht, dass sich Pflege in dem, was sie tut, von anderen Gesundheitsanbietern unterscheidet“ (2017, S. 47). Zudem dient Theorieentwicklung der Weiterentwicklung der Disziplin Pflegewissenschaft (Rodgers et al. 2018, S. 451–459).

Indem wissenschaftliche Vorgehensweisen dazu verwendet werden, eine Theorie zu entwickeln bzw. durch Überprüfung zu verbessern, nutzt die Wissenschaft ihren Vorteil gegenüber den Pflegefachkräften:

„Pflegerinnen befinden sich in einer Handlungssituation, die ihnen unaufhörlich Entscheidungen abverlangt, ohne ihnen zugleich für eine systematische Entscheidung notwendige Informationen und Zeit zur Verfügung zu stellen, um verfügbare Informationen zu ordnen, zu

---

3 Gemeint sind hier examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen sowie Altenpfleger/-innen. Seit dem 01.01.2020 auch Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen. Bei diesen Qualifikationen handelt es sich um Pflegerinnen mit einer 3-jährigen Berufsausbildung.

klassifizieren und gegeneinander abzuwägen. Pflegewissenschaft kann sich von solchen Begrenzungen freimachen“ (Schilling 2008, S. 124).

Um Kriterien und deren Wechselwirkungen für die Differenzierung pflegebedürftiger Personen erforschen zu können, wird zunächst das Pflegeverständnis in der ambulanten Pflege sowie das Konstrukt Pflegebedürftigkeit anhand einer systematischen Literaturrecherche näher erklärt.

Ferner wird der theoretische Rahmen erläutert. Zunächst wird dabei auf die der Arbeit zugrundeliegende Erkenntnistheorie eingegangen. Anschließend werden die verwendeten Methoden erläutert. Hier handelt es sich zum einen um die multidimensionale Skalierung (MDS) und zum anderen um Strukturgleichungsmodelle. Diese Methoden dienen dazu, das Konstrukt Pflegebedürftigkeit zu verstehen und eine Definition bzw. Kriterien hierfür entwickeln zu können.

Im ersten empirischen Teil bewerten Pflegefachkräfte pflegebedürftige Personen paarweise hinsichtlich deren Ähnlichkeit. Diese Paarvergleiche werden mittels der multidimensionalen Skalierung ausgewertet, die es ermöglicht, die pflegebedürftigen Personen in einem dreidimensionalen Raum darzustellen. Dabei befinden sich pflegebedürftige Personen nahe beieinander, deren Pflegebedürftigkeit ähnlich ist. Anschließend werden pflegebedürftige Personen, die in den drei Dimensionen der multidimensionalen Skalierung am weitesten voneinander entfernt liegen und sich somit stark unterscheiden, mit Pflegefachkräften in Leitfadeninterviews diskutiert. Um Kriterien für Pflegebedürftigkeit zu erarbeiten, werden diese Interviews mittels der Inhaltsanalyse ausgewertet.

Anhand der Literatur und der empirischen Daten wird im nächsten Schritt eine Theorie der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit entwickelt. Dazu werden zunächst Strukturgleichungsmodelle für die einzelnen pflegebedürftigen Personen, anhand der Interviews sowie deren inhaltsanalytischer Auswertung, entwickelt. Der Vergleich dieser Modelle ermöglicht anschließend eine abstrahierte Betrachtung von Pflegebedürftigkeit. Dadurch können Kriterien, welche die Pflegebedürftigkeit beeinflussen, identifiziert werden.

Im zweiten empirischen Teil dieser Arbeit schätzen Pflegefachkräfte die pflegebedürftigen Personen anhand der identifizierten Kriterien ein. Durch den Vergleich der kriterialen Einschätzung mit Paarvergleichen von jeweils zwei pflegebedürftigen Personen in einer konfirmatorischen multidimensionalen Skalierung werden die theoretischen Annahmen überprüft.

Zuletzt wird Pflegebedürftigkeit und deren theoretische Fundierung inhaltlich diskutiert sowie die verwendeten Methoden vor dem Hintergrund der Theorieentwicklung in der Pflegewissenschaft reflektiert.

## 2 Hintergrund und Fragestellung

Da die vorliegende Arbeit darauf abzielt, eine Theorie des Konstrukts Pflegebedürftigkeit in der ambulanten Pflege zu entwickeln, wird zunächst das Pflegeverständnis in der ambulanten Pflege erläutert. Anschließend wird der aktuelle Stand der Theorieentwicklung zum Konstrukt Pflegebedürftigkeit beschrieben und die Fragestellung konkretisiert.

### 2.1 *Das Pflegeverständnis in der ambulanten Pflege*

In dieser Arbeit steht die ambulante pflegerische Versorgung im Fokus. In diesem Feld soll das Konstrukt „Pflegebedürftigkeit“ näher bestimmt werden. Somit stellt sich zunächst die Frage, was unter ambulanter Pflege bzw. unter ambulanter pflegerischer Versorgung zu verstehen ist und welche Faktoren und Elemente hineinwirken. Um die Besonderheiten der ambulanten Pflege aufzuzeigen, wurde eine strukturierte Literaturrecherche<sup>4</sup> in den Datenbanken CINAHL, Cochrane, LIVIVO und Pubmed durchgeführt.

Eine pflegebedürftige Person befindet sich immer in ihrem persönlichem Lebensumfeld. Dieses Umfeld beeinflusst die Auswirkungen von Einschränkungen beispielsweise durch Erkrankungen und die potenziellen Ressourcen der pflegebedürftigen Personen. Ambulante Pflege bezieht sich hauptsächlich auf Unterstützungsleistungen durch beruflich Pflegende in ambulanten Pflegediensten. Für die Einschätzung von Pflegebedürftigkeit ist dabei auch entscheidend, welche gesellschaftliche Bedeutung die ambulante Pflege in Deutschland hat sowie wie sich die ambulante Pflege entwickelte und wie sich diese in Zukunft entwickeln wird, da hierdurch die Bewertung von Einschränkungen als auch Ressourcen beeinflusst wird. Ambulante Pflegedienste sind zudem durch ihre Pflegeleitbilder geprägt. Die Finanzierung von Pflegeleistungen der ambulanten Pflegedienste durch eine Pflegeversicherung bzw. durch die pflegebedürftigen Personen selbst führt dazu, dass die Einschätzung von Pflegebedürftigkeit auch durch die Aufgaben und Ziele der ambulanten Pflegedienste

---

4 Dabei wurden folgende Suchbegriffe verwendet: „outpatient care“, „nursing“, „ambulante Pflege“.

geprägt wird. Nicht zuletzt steht die Pflegesituation im Fokus der Bewertung von Pflegebedürftigkeit. Dabei sind die Handlungen der Pflegenden bedeutsam, als auch mögliche Herausforderungen, die sich beispielsweise aufgrund des Pflegeortes in der Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person ergeben.

### *Die gesellschaftliche Bedeutung der ambulanten Pflege in Deutschland*

Der Rückgang des Pflegepotenzials durch Angehörige erfordert vermehrt ambulante Pflege in Deutschland. Als Gründe für diesen Rückgang werden der kulturelle Wandel mit sinkender Bereitschaft zur Pflege, weniger Frauen im Vergleich zur Anzahl der pflegebedürftigen Personen sowie eine sozialräumliche Trennung der Angehörigen von den pflegebedürftigen Personen und damit erschwerte Möglichkeiten der direkten Unterstützung genannt (Jahncke-Latteck 2009, S. 22). Die Grenzen des familiären Engagements sind dabei durch zwei Faktoren geprägt: Einerseits können Familienbeziehungen komplett fehlen, andererseits steht den pflegebedürftigen Personen familiäres Engagement nicht regelmäßig bzw. dauerhaft zur Verfügung (Nothbaum-Leiding 2011, S. 612–613). Gleichzeitig steigt der Bedarf an ambulanter Pflege durch eine kürzere Verweildauer im Krankenhaus und somit einer Verlagerung von Krankenhausleistungen in den ambulanten Bereich (Jahncke-Latteck 2009, S. 22). Ambulante Pflege verhindert Krankenhausaufenthalte und sichert die ärztliche Behandlung (Roes und Biehl 2006, S. 14).

Werden pflegebedürftige Personen hauptsächlich zu Hause versorgt, geschieht dies zu weiten Teilen überwiegend alleine durch Angehörige. So erfolgte laut dem Statistischen Bundesamt zum Jahresende 2017 in Deutschland bei zwei Dritteln der 2.594.862 pflegebedürftigen Personen, die zu Hause versorgt wurden, die Pflege ausschließlich durch Angehörige. Dies entspricht 1.764.904 pflegebedürftigen Personen. Die restlichen 829.958 pflegebedürftigen Personen wurden von ambulanten Pflegediensten versorgt, teilweise auch in Kooperation mit Angehörigen (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, S. 18). Zu beachten ist hierbei, dass in der Pflegestatistik nur pflegebedürftige Personen erfasst werden, die im Sinne des § 14 Abs. 1 SGB XI pflegebedürftig sind. Personen mit einem Unterstützungsbedarf, die nicht in diesem Sinne als pflegebedürftig betrachtet werden, sind in den Zahlen nicht enthalten. Ferner weist das Statistische Bundesamt darauf hin, dass pflegebedürftige Personen im Pflegegrad eins, die lediglich Unterstützung im Alltag erhalten, aufgrund der schlechten

Datenlage nicht bei der Gesamtanzahl der pflegebedürftigen Personen berücksichtigt werden (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, S. 4).

Der Begriff „ambulant“ wird häufig im Sinne von „häuslich“ verwendet. Damit ist eine Unterscheidung zu stationären Einrichtungen wie Krankenhäusern oder Langzeitpflegeeinrichtungen (Alten- und Pflegeheimen) gemeint. Somit ist die ambulante Pflege durch den Ort der Leistungserbringung geprägt. Im Vergleich mit Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen, in denen sich die pflegebedürftigen Personen den festgelegten Arbeitsabläufen der Organisation z. B. bezogen auf Essenszeiten anpassen müssen, bestimmen pflegebedürftige Personen in der häuslichen Pflege überwiegend selbst (Jahncke-Lattek 2009, S. 29). Zudem wird eine unabhängige Lebensführung eng mit ambulanter Pflege verknüpft. Diese Lebensführung erscheint für pflegebedürftige Personen in stationären Einrichtungen nicht mehr möglich (Priem 2012, S. 19–20). Ambulante Pflege dient dem Vermeiden oder Verkürzen einer stationären Versorgung und ermöglicht einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit (Kuehnert 1995, S. 18).

Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit scheint die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten zuzunehmen. Auch das familiäre und soziale Netzwerk beeinflusst die Inanspruchnahme professioneller Pflege. Fehlt dieses Netzwerk bzw. ist dieses ungenügend oder erhält die Hauptpflegeperson wenig Unterstützung im direkten Umfeld, steigt die Bereitschaft, ambulante Pflegedienste in die Versorgung der pflegebedürftigen Person zu integrieren (Jahncke-Lattek 2009, S. 33).

Die Inanspruchnahme von Leistungen der ambulanten Pflege hängt laut Sheridan et al. (2012, S. 527) von diversen Faktoren wie dem individuellen Einkommen, dem Versicherungsstatus, dem Geschlecht und der Herkunft ab. Pflegebedürftige Personen mit Immobilienbesitz nehmen vermehrt ambulante Pflege in Anspruch. Dies wird mit den materiellen Möglichkeiten dieser pflegebedürftigen Personen begründet, die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinaus ambulante Pflege in Anspruch nehmen können. Ferner weisen Hochbetagte eine geringe Mobilität auf, da die sie prägende Zeit etwa 60 bis 80 Jahre zuvor stattfand. Mobilität war zu dieser Zeit weit weniger möglich und vorhanden, sodass auch im Alter der Wunsch nach einem Umzug, z. B. in eine stationäre Pflegeeinrichtung, nicht besteht. Die Pflege im ländlichen Raum ist zudem durch die Unabhängigkeit des bäuerlichen Lebens geprägt, Pflege z. B. durch ambulante Pflegedienste wird eher als ein Eingriff in die eigene Selbstständigkeit wahrgenommen und deshalb abgelehnt (Pritzkeleit und Erben 2001, S. 202).