



ENTWICKLUNG DURCH BILDUNG

Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt
E^B – Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung
Nr. 15

Rekonstruktion von Bedarfslagen zur Erweiterung gemeindenaher Pflegepraxis

anhand von Expert_inneninterviews mit Geschäftsführungen,
Pflegedienstleitungen und Pflegefachkräften
ambulanter Pflegedienste

Maike Scheipers, Doris Arnold

unter Mitwirkung von Dorit Dürschmidt, Clara Römer, Nicole Witte, Fabian Wüst

2017

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Impressum:

E^B – Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung
– Evidenzbasierte Bedarfserschließung und vernetzte Kompetenzentwicklung
Förderkennzeichen: 16OH21008

Herausgeber:

Hochschule Kaiserslautern
Prof. Dr.-Ing. Hans-Joachim Schmidt
Schoenstr.11
67659 Kaiserslautern

Technische Universität Kaiserslautern
Jun.-Prof. Dr. Matthias Rohs
Erwin-Schrödinger-Straße
67663 Kaiserslautern

Hochschule Ludwigshafen
Dr. Doris Arnold
Ernst-Boehe-Str. 4
67059 Ludwigshafen am Rhein

2017

ISSN 2364-8996

Lizenz

Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt E^B sind unter einer Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht:
Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International Lizenz.
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	2
Tabellenverzeichnis.....	2
Danksagung.....	2
1 Einleitung.....	3
2 Untersuchungsgrundlagen und theoretischer Hintergrund.....	4
2.1 Problembeschreibung.....	4
2.2 Versorgungsstrukturen häuslicher Pflege.....	5
2.2.1 Organisationsformen und rechtliche Grundlagen der Akteure.....	6
2.2.2 Finanzierungsmöglichkeiten häuslicher Pflegeleistungen.....	10
3 Methodisches Vorgehen.....	11
3.1 Untersuchungsziel und Forschungsfragen.....	11
3.2 Datenerhebung.....	12
3.3 Datenanalyse.....	17
4 Ergebnisse.....	18
4.1 Herausforderungen und Versorgungsbedarf.....	18
4.1.1 Schnittstellen.....	18
4.1.2 Komplexe Pflegesituationen.....	25
4.1.3 Parallelstrukturen.....	30
4.1.4 Wirtschaftlichkeitsgebot.....	36
4.1.5 Kommunikation der Akteure.....	40
4.1.6 Ethische Herausforderungen.....	43
4.2 Bildungsangebot, Organisation und Gestaltung.....	46
4.2.1 Motivation.....	46
4.2.2 Vorbehalte.....	48
4.2.3 Rahmenbedingungen.....	49
5 Schlussbetrachtung.....	51
5.1 Herausforderungen, Versorgungs- und Bildungsbedarfe.....	51
5.2 Limitationen.....	54
5.3 Ausblick.....	54
6. Literaturverzeichnis.....	56
7. Verzeichnis Gesetzestexte.....	61



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Versorgungsnetz häusliche Pflege.....	19
Abbildung 2: Schnittmenge hochschulischer Bildung.....	52

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausgewertete Experteninterviews	15
Tabelle 2: Weitere Experteninterviews	55

Danksagung

Die qualitative Bedarfserhebung im Rahmen des Verbundprojekts „Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung – Evidenzbasierte Bedarfserschließung und vernetzte Kompetenzentwicklung“ (E^B), Teilprojekt Pflege und Gesundheit konnte nur mit Unterstützung zahlreicher Personen durchgeführt werden. Besonderer Dank gilt in diesem Arbeits- und Forschungsbericht insbesondere den Pflegedienstleitungen, Geschäftsführungen und Pflegefachpersonen, die sich Zeit für Interviews nahmen und so Einblick in die Herausforderungen der alltäglichen Arbeit gaben.

1 Einleitung

Die Sicherstellung effektiver Gesundheitsdienstleistungen in ländlichen Regionen der Westpfalz erfordert vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und des fortschreitenden Strukturwandels die Auseinandersetzung mit neuen Konzepten (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014).

Im Rahmen des Verbundprojektes „Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung – Evidenzbasierte Bedarfserschließung und vernetzte Kompetenzentwicklung (E^B)¹, Teilprojekt „Pflege und Gesundheit“, wurde das Konzept der hochschulisch gebildeten Pflegefachperson im Sinne einer Advanced Nursing Practice (ANP)² aufgegriffen (Geithner et al. 2016). Expert_innen in der Westpfalz wurden befragt, um die Relevanz einer Erweiterten Pflegepraxis im Sinne von ANP für die regionale Gesundheitsversorgung sowie die Bedeutung eines solchen Konzepts für die Personalentwicklung und Aspekte des Lebenslangen Lernens im Pflegeberuf einschätzen zu können. Im Fokus des Teilprojekts stehen insbesondere berufserfahrene Pflegefachpersonen als Zielgruppe für Bildungsangebote, denen in diesem Rahmen der Weg in wissenschaftliche Bildung sowie attraktive Karrierechancen eröffnet werden sollen.

In diesem Arbeits- Forschungsbericht werden die Bedarfslagen zur Erweiterung gemeindenaher Pflegepraxis aus Sicht der Expert_innen vorgestellt, die alltäglich in den pflegerischen Versorgungsstrukturen tätig sind. Die Bedarfslagen, insbesondere zum Versorgungsbedarf sowie zur Personalentwicklung und zum Lebenslangen Lernen im Bereich der ambulanten Pflegedienste wurden aus den Aussagen der Befragten rekonstruiert. Damit tragen Pflegefachpersonen, Geschäftsführungen und Pflegedienstleitungen ambulanter Pflegedienstleister zur Bestimmung des regionalen Versorgungsbedarfs und damit zur Konzeption eines pass-

¹ Das Verbundprojekt E^B ist ein gemeinschaftliches Vorhaben der Hochschule Kaiserslautern, der Technischen Universität Kaiserslautern und der Hochschule Ludwigshafen am Rhein. Das Projekt ist Teil des Bund-Länder-Wettbewerbs „Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen“ und wird gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).

² Arbeitsdefinition Advanced Practice Nurse E^B für gemeindenahere Versorgung: „Ein_e AP-Nurse ist Expert_in für komplexe Pflege- und Versorgungssituationen. Sie erfasst die relevanten Sachverhalte und verfügt über klinische Kompetenzen zur Ausübung einer erweiterten pflegerischen sowie heilkundlichen Praxis. Ihr Tätigkeitsfeld umfasst die allgemeine gemeindenahere Versorgung von Menschen insbesondere mit chronischen Erkrankungen im (höheren) Erwachsenenalter. Sie ist ausgewiesen durch selbständiges, eigenverantwortliches, evidenzbasiertes klinisches Entscheiden und Handeln. Die AP-Nurse verfügt über Forschungskompetenz und ist in der Lage, aktiv die Weiterentwicklung der erweiterten Pflege voranzutreiben, sowie eine Koordinationsfunktion im Gesundheitswesen zu übernehmen. Sie verfügt über eine Berufszulassung, Berufserfahrung und eine akademische (Zusatz-) Qualifikation (in der Regel Masterabschluss).“ (Geithner et al. 2016, S. 7)

genauen Bildungsangebots und zur Entwicklung einer neuen Rolle Erweiterter gemeindenaheer Pflegepraxis bei³.

Im weiteren Projektverlauf werden die hier vorgestellten Ergebnisse der Expert_inneninterviews zur Konzipierung des hochschulischen Bildungsangebots für berufserfahrene Pflegefachpersonen herangezogen. Dieses kann durch den Einbezug der Ergebnisse der empirischen Untersuchung regional koloriert und in Bezug auf die erhobenen Bedarfe passgenau gestaltet werden.

Zunächst werden Untersuchungsgrundlagen und der theoretische Hintergrund skizziert (Kap.2), danach das methodische Vorgehen erläutert (Kap.3), um dann die Ergebnisse der Bedarfserhebung vorzustellen (Kap. 4) und diese zur Diskussion zu stellen (Kap. 5) und einen Ausblick auf weitere Schritte im Projekt zu geben.

2 Untersuchungsgrundlagen und theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel werden die Ausgangslage, Problemstellung, Forschungsziele und Hintergrund der Bedarfserhebung vorgestellt, um den Interpretationskontext der Ergebnisse aufzufächern.

2.1 Problembeschreibung

Eine Analyse des Fachkräftebedarfs und prognostische Berechnungen für das Jahr 2020 zeigen einerseits eine Reduktion der Pflegefachpersonen in den verschiedenen pflegerischen Berufsgruppen in der Region Westpfalz. Andererseits zeichnen sich deutliche Versorgungsengpässe in der vertragsärztlichen Versorgung der ländlichen Bevölkerung im häuslichen Umfeld durch den hohen Nachbesetzungsbedarf von Hausärzt_innen in allen Kreisregionen der Region ab (Feiks 2017). Die Bedeutung wohnortnaher begleitender ambulanter Behandlungsprozesse nimmt laut Kassenärztlicher Vereinigung RLP durch die Zunahme an chronischen Erkrankungen zu (KV RLP 2014). In ihren Prognosen arbeitet die Kassenärztlicher Vereinigung RLP seit 2013 mit Bedarfsplanungsrichtlinien, die mehr Rücksicht auf Entfernungen, Lagebeziehungen, Verkehrsanbindungen oder traditionelle Bindungen zwischen Gemeinden nehmen, aber auch die sozioökonomischen Faktoren, regionale Morbidität, regionale Demografie oder infrastrukturelle Besonderheiten einbeziehen (KV RLP 2013).

³ Im Rahmen der Expertenbefragung wurden weitere Interviews mit Akteursgruppen durchgeführt, über die an anderer Stelle publiziert wird: Angehörige, Hochschullehrende, Hausärzt_innen und Vertreter_innen politischer Gremien, sonstige Expert_innen.

Menschen sind mit zunehmendem Alter häufiger von Multimorbidität betroffen und in der Ausübung von Alltagsaktivitäten beeinträchtigt. Ab einem Alter von 80 Jahren ist von einer deutlich erhöhten Vulnerabilität hinsichtlich chronischer Erkrankungen und einer steigenden Chronifizierungsgefahr auszugehen (Willkomm 2016). Entsprechend wird mehr Pflege und Unterstützung insbesondere in komplexen Pflegesituationen⁴ benötigt. Zudem steigt die Zahl der alleinlebenden Menschen, die von solchen Problemen betroffenen sind sowie von Menschen, die sich in dementiellen Veränderungsprozessen befinden (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2011). Die qualitative Bedarfserhebung zielt darauf ab, die Herausforderungen, Versorgungslücken und Hemmnisse effektiver und effizienter professioneller häuslicher Pflege zu identifizieren. Der abgeleitete Versorgungsbedarf stellt die Grundlage für die Entwicklung des hochschulischen Bildungsangebots dar.

Die pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Menschen wird im häuslichen Umfeld in der Regel in einem Netzwerk an Hilfsangeboten erbracht. Eine systemische Betrachtung des Zusammenspiels der Gesundheitsdienstleister wendet den Blick vom einzelnen Akteur auf dessen soziale Vernetzungen. Netzwerke, insbesondere in ländlichen Bereichen, kommen unter Druck, wenn nicht ausreichend Dienstleister zur Verfügung stehen. Wenn Hilfsangebote nicht alle Bedürftigen erreichen können, „Nichthilfe“ (Baecker 1994, S.95) auch für soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen (Drepper und Tacke 2010) unvermeidlich zu sein scheint, dann braucht es neue Versorgungsstrukturen.

Mit der Beschreibung erweiterter Pflegetätigkeiten kommen neue Aufgabenfelder und Zuständigkeitsbereiche in Betracht und es besteht die Möglichkeit, bisherige pflegerische Tätigkeiten u.a. durch eine wissenschaftliche Fundierung qualitativ hochwertiger anzubieten. Zudem kann durch die Schaffung neuer Karriereperspektiven im Rahmen Erweiterter Pflegepraxis ein Beitrag zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs insbesondere im Bereich der ambulanten Gesundheitsversorgung geleistet werden.

2.2 Versorgungsstrukturen häuslicher Pflege

Die häusliche Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf wird nach dem gesetzlich verankerten Prinzip ambulant vor stationär (SGB XII §13) organisiert. Das heißt, die Strukturen sind darauf ausgerichtet, Menschen Zuhause zu pflegen und stationäre Aufenthalte im Heim

⁴ Arbeitsdefinition *E^B* Komplexe Pflegesituation (Stand Februar 2017): *Ziel des pflegerischen Handelns ist die Unterstützung von familiären Systemen, die in ihren Fähigkeiten zur Selbstfürsorge eingeschränkt sind. Altersbedingte körperliche Einschränkungen, Erkrankungen, psychische Belastungen, ein reduziertes soziales Umfeld oder mangelnder Zugang zur ortsnahen Infrastruktur erschweren die Selbstfürsorge eines Menschen. Wie viele und welche Faktoren als relevant bezeichnet werden, hängt von situativen Voraussetzungen und Bewertungen ab. Je mehr Faktoren bei einer solchen Bewertung ins Spiel kommen, desto komplexer ist eine Pflegesituation angelegt. Um komplexe Situationen einschätzen und im professionellen Handeln bewältigen zu können, müssen Pflegekräfte über eine Urteilskompetenz verfügen, die sich in standardisierten Kriterien schwer abbilden lässt.*

oder Krankenhaus zu vermeiden. Dabei übernimmt die Familie als der größte Pflegedienst der Nation (Temminghoff 2013) einen entscheidenden Anteil. Wenn Angehörige an die Grenzen ihres Könnens, ihrer Belastbarkeit oder zeitlichen Verfügbarkeit kommen, dann sind Hilfs- und Unterstützungsangebote vorgesehen, die einen Teil der Pflege kompensieren.

Zu dem sorgenden Umfeld gehören beispielsweise die Familie, Nachbarschaft/Freunde, Selbsthilfegruppen, professionelle Pflegedienste, Pflegestützpunkte, Tagespflege, Heilmittelerbringer, Hausarztpraxen, Facharztpraxen, Sozialarbeit, Kliniken und viele andere mehr.

2.2.1 Organisationsformen und rechtliche Grundlagen der Akteure

Im Folgenden werden organisatorische und rechtliche Grundlagen häuslicher Pflegedienste und weiterer relevanter Akteure kurz vorgestellt, um deutlich zu machen, in welchem Netzwerk sich Pflegedienste aufstellen und Erweiterte Pflege verortet werden könnte.

Ambulante Pflegedienste übernehmen die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in deren Wohnung. Sie erbringen damit Pflegesachleistungen. Entweder arbeiten sie als privater ambulanter Pflegedienst oder als Sozialstation, die den großen Wohlfahrtsverbänden angeschlossen sind (Diakonie, Rotes Kreuz, Arbeiterwohlfahrt, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Caritas). Pflegedienste arbeiten nach einem Pflegeleitbild und stehen vor der organisatorischen Herausforderung, täglich die pflegebedürftigen Menschen zu versorgen. Im Dienstplan sind die Touren, Rüstzeiten, Dienstbesprechungen, Weiterbildungszeiten und persönliche Präferenzen zu berücksichtigen. Der Tourenplan muss möglichst effektiv die Mitarbeiter_innen (examinierte Altenpfleger_innen, Gesundheits- und Krankenpfleger_innen, Pflegehilfskräfte und Haushaltshilfen, sowie Alltagsbegleiter_innen mit dreimonatiger Weiterbildung) im Einzugsgebiet verteilen, so dass die Arbeit gemäß der Qualifikationsgrade verrichtet werden kann.

Pflegedienste schließen Versorgungsverträge mit den Pflegekassen und verpflichten sich, den von den Kassen vorgegebenen Qualitätsstandards zu entsprechen. Dabei wird gewährleistet, dass sie sowohl die pflegerische, als auch die hauswirtschaftliche Versorgung vorhalten und dabei ausreichend qualifiziertes Personal einsetzen (beta Institut gemeinnützige GmbH 2017). In der Pflegeplanung sind die Wünsche der Pflegebedürftigen und Angehörigen mit zu berücksichtigen. Die Pflegedokumentation sollte jederzeit einsehbar sein. Im Pflegevertrag mit den Pflegebedürftigen sind die genaue Beschreibung des Leistungsumfangs und der Kosten geregelt. Eine deutliche Ausweisung von Restkosten nach Abzug der gesetzlichen Pflegekassenleistungen ist vorgeschrieben. Erfolgte durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen eine Einstufung des/ der Pflegebedürftigen in einen Pflegegrad,



dann rechnet der Pflegedienst seine Einsätze bis zum Höchstsatz des jeweiligen Pflegegrads direkt mit der Pflegekasse ab.

Alltagsbegleitung: Der Einsatz von Betreuungskräften bzw. Alltagsbegleiter_innen ist in § 43b, 53c SGB XI geregelt. (GKV-Spitzenverband 2016) Es soll erreicht werden, dass den betroffenen Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Pflegegästen durch zusätzliche Betreuung und Aktivierung mehr Zuwendung und eine höhere Wertschätzung entgegengebracht, mehr Austausch mit anderen Menschen und mehr Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht werden. Pflegerische Aufgaben, wie die Begleitung zur Toilette, gehören hingegen nicht zum Aufgabenbereich der zusätzlichen Betreuungskräfte (GKV-Spitzenverband 2016).

Pflegestützpunkte werden von den Kranken- und Pflegekassen auf Initiative eines Bundeslandes eingerichtet und bieten Hilfesuchenden Beratung und Unterstützung. In den Pflegestützpunkten beraten Pflegeberater_innen mit einer Expertise in den Bereichen Sozialwesen, Sozialarbeit oder Alten-/ Krankenpflege. Zunehmend werden auch Pflegeberater_innen der Pflegekassen eingebunden. Informationen und Hilfestellungen sind zu folgenden Themen zu erhalten: altengerechter Umbau von Wohnungen, mögliche Zuschüsse der Pflegekasse, geeignete Pflegeheime oder zur Übersicht ehrenamtlicher Angebote in der Kommune. Im Pflegestützpunkt soll auf Wunsch der oder des Einzelnen das gesamte Leistungsspektrum für Pflegebedürftige koordiniert werden. Pflegestützpunkte können pflegenden Angehörigen deshalb auch bei der Vorbereitung und Organisation rund um die Pflege Unterstützung bieten. Sie ermöglichen eine effiziente Vernetzung aller Angebote für Pflegebedürftige vor Ort sowie in der Region und sollen darüber hinaus helfen, Grenzen zwischen den Sozialleistungsträgern zu überwinden (Bundesgesundheitsministerium 2017).

SAPV (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung): Rechtsgrundlage für das Angebot von SAPV ist das SGB V § 37b⁵. Der SAPV orientiert sich an folgendem Anspruch: „Schwerstkranke Menschen sollen überall dort gut versorgt sein und begleitet werden, wo sie die letzte Phase ihres Lebens verbringen – ob zu Hause, im Pflegeheim, im Hospiz oder Krankenhaus“ (Bundesministerium für Gesundheit 2016b).

Ambulante Intensivpflege setzt die Organisation von Pflege in einem zugelassenen ambulanten Pflegedienst voraus. Der Pflegedienst benötigt eine Zulassung gemäß § 72 SGB XI und § 132a SGB V. Ihre Aufgabe ist vor allem die kompetente Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen der Behandlungspflege. Ambulante Intensivpflege soll insbesondere dazu

⁵ Weitere Rechtsgrundlagen sind die Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) vom 11. März 2008 und die Empfehlungen des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vom 23. Juni 2008.



beitragen, den Drehtüreffekt zur stationären Wiederaufnahme chronisch kranker Patienten mit hohem behandlungspflegerischem Aufwand zu reduzieren, bzw. zu vermeiden (Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung DIGAB e.V., o. J.).

Altenhilfe ist in § 71 SGB XII (1) wie folgt geregelt: „Alten Menschen soll außer den Leistungen nach den übrigen Bestimmungen dieses Buches Altenhilfe gewährt werden. Die Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken.“

VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis); NÄPa (Nichtärztliche Praxisassistentin): Mit der Begründung, dass die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung zunehmend schwerer sicher zu stellen sei, wurde im Bundesmantelvertrag - Ärzte, 2009 eine Delegationsvereinbarung getroffen, die Medizinischen Fachangestellten (MFAs) mit Fortbildungen erlaubt „in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- und Pflegeheimen, in anderen beschützenden Einrichtungen oder in der hausärztlichen Praxis ärztlich angeordnete Hilfeleistungen zu übernehmen“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017). Es gibt Fortbildungen zur VERAH, VERAH plus (Deutscher Hausärzteverband 2016) und zur NÄPa (Landesärztekammer RLP 2015). Die Fortbildungen haben einen Umfang von 150-200 Std. und werden von den unterschiedlichen Fortbildungsträgern wechselseitig anerkannt (Bundesärztekammer 2014). Insbesondere den in von Ärztemangel betroffenen Regionen verbleibenden Mediziner_innen soll durch die medizinischen Fachangestellten eine dauerhafte Entlastung ermöglicht werden. Die so qualifizierten MFAs übernehmen im Rahmen einer Delegation der Hausärzt_innen Hausbesuche. Sie führen im häuslichen Umfeld Wundversorgungen und Blutentnahmen durch, kontrollieren das Medikamentenregime, beraten Angehörige und Patienten oder verabreichen Injektion (z.B. Impfungen).

SPDi (Sozialpsychiatrischer Dienst): Das jeweilige Landesgesetz für psychisch kranke Personen (PsychKG) regelt Hilfen und Schutzmaßnahmen des Sozialpsychiatrischen Dienstes für psychisch kranke Personen jeglichen Alters. Der Sozialpsychiatrische Dienst kann auch von Pflegediensten verständigt werden, wenn sie eine Gefährdungslage mit Handlungsbedarf ausmachen. Jede_r Bürger_in hat Anspruch auf Hilfen und Beratung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst, ist aber gesetzlich nicht gezwungen, sie anzunehmen. Für die Betroffenen entstehen keine Kosten. Eine wichtige Zielgruppe sind Menschen, die sonst keine Hilfen bekommen oder diese nicht annehmen. Aufsuchende Hilfen sind somit Schwerpunkt der Arbeit. Die Klient_innen können Probleme besprechen und sich über Hilfsmöglichkeiten informieren. Weitergehende therapeutische Angebote können vermittelt werden.



Gesetzliche Vertretung der Betreuten / Betreuung: Kann ein Mensch sich krankheitsbedingt oder altersbedingt nicht mehr vollständig vertreten, wird eine Person gesucht, die eine Betreuungsfunktion übernimmt. Bei Entscheidungen, die im Rahmen der Pflege getroffen werden müssen (u.a. Verhalten bei akuter Verschlechterung des Zustandes, Einweisungen, weiteres Vorgehen, Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzt_innen) ist der oder die Betreuer_in vom Pflegedienst einzubeziehen. Der oder die Betreuer_in kann aus dem familiären Umfeld stammen und wird immer vom Gericht eingesetzt. Rechtsgrundlagen finden sich in §1902 BGB, §53 ZPO. Betreuer_innen haben die Aufgabe, im Rahmen ihres Aufgabenspektrums die Angelegenheiten der Betreuten zu besorgen und diese gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten. Rechtshandlungen der Betreuer_innen erfolgen also im Namen der Betreuten (§164 BGB).

Gemeindeschwester^{plus}: Das Modellprojekt Gemeindeschwester^{plus} wird derzeit in einigen Landkreisen und kreisfreien Städten in Rheinland Pfalz erprobt. „Die Gemeindeschwester^{plus} besucht die Menschen nach deren vorheriger Zustimmung zuhause und berät sie individuell: zum Beispiel darüber, welche Angebote und sozialen Kontakte zur Stärkung der Selbstständigkeit vor Ort genutzt werden könnten und welche präventiven Vorkehrungen getroffen werden könnten, um Pflegebedürftigkeit möglichst lange zu vermeiden. Ziel ist, die Selbstständigkeit hochbetagter Menschen in Rheinland-Pfalz lange zu erhalten.“ (Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie 2015). Sie wird auch mit präventiven Hausbesuchen tätig, bevor eine Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

24 Stunden Kräfte: Familien können als Alternative zur Heimunterbringung ihrer pflegebedürftigen Angehörigen eine Arbeitskraft beschäftigen, die in der Regel aus den neuen EU-Beitrittsländern stammt (Pflegetwiki 24-Stunden-Pflege 2017). Diese Arbeitskräfte können in Haushalten von Pflegebedürftigen mit genügend Wohnraum als Haushaltshilfe angestellt werden. Dabei handelt es sich um eine versicherungspflichtige Vollzeitbeschäftigung mit einer Arbeitszeit von 38,5 Stunden/ Woche und Urlaubsanspruch. Die gesetzliche Grundlage für die Beschäftigung von 24-Stunden-Kräften stellt die Richtlinie zur Entsendung (Richtlinie 96/71/EG) dar, wie dies auch in der Saisonarbeit und im Baugewerbe üblich ist. Dabei sind die Arbeitskräfte bei einem Unternehmen, z.B. in Osteuropa, angestellt und dieses Unternehmen führt auch alle Sozialversicherungsbeiträge ab. Illegale Beschäftigungsverhältnisse liegen vor, wenn osteuropäische Frauen als Pflegeperson oder Haushaltshilfen ohne erforderliche Genehmigungen und Sozialversicherung arbeiten. Die Tätigkeiten von 24-Stunden-Kräften umfassen in der Regel allgemeine hauswirtschaftliche und betreuende Aufgaben sowie die Leistung von Grundpflege.

2.2.2 Finanzierungsmöglichkeiten häuslicher Pflegeleistungen

Pflegeleistungen, die im Rahmen der ambulanten Pflege erbracht werden, sind unterschiedlichen Abrechnungsgrundlagen und damit verschiedenen Kostenträgern zugeordnet. Pflegetätigkeiten werden nach dem Sozialrecht in Grundpflege (pflegerische Maßnahmen zur Unterstützung der Aktivitäten des täglichen Lebens) und Behandlungspflege (Mitwirkung bei ärztlicher Diagnostik und Therapie bzw. delegierte ärztliche Behandlungsmaßnahmen) unterteilt. Im pflegewissenschaftlichen Fachdiskurs wird diese Unterscheidung abgelehnt, da eine Trennung der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche in einer Pflegesituation in Grund- und Behandlungspflege nicht möglich und eine als Wertmaßstab für den Einsatz von Pflegenden unterschiedlicher Qualifikation nicht sinnvoll ist (PflegeWiki: Grund- und Behandlungspflege; Müller 2001; Bartholomeyczik & Müller 2014). So kann eine Körperwaschung eine hohe Fachexpertise erfordern, wenn der oder die Pflegebedürftige beispielsweise Knochenmetastasen aufweist. Pflegedienste sind gezwungen, die Einsätze und Tätigkeiten ihrer Mitarbeiter_innen für Pflegebedürftige zu unterteilen, um Krankenkassen und Pflegekasse fallspezifisch zur Finanzierung heran ziehen zu können. Die gesetzliche Grundlage bieten die Finanzierung nach SGB XI §§ 61 - 66 (im Rahmen der Pflegeversicherung, je nach Pflegegrad), SGB V §§ 37 + 38 (Pflegeleistungen im Rahmen der Krankenkasse) und SGB XII § 54 (weitere Leistungen).

Reformierte Gesetzgebung

Die Bundesregierung hat in den letzten Jahren Gesetzgebungsverfahren eingeleitet und zum Abschluss gebracht, die den Stellenwert der Pflege für die Gesellschaft unterstreichen sollen. 1995 wurde die **Pflegeversicherung** in der Bundesrepublik Deutschland eingeführt und es waren 2015 rd. 71.12 Mio. Menschen Mitglied einer sozialen Pflegeversicherung und rd. 9.36 Mio. Menschen Mitglied einer privaten Pflege-Pflichtversicherung. Ambulant bezogen 1.907.095 Personen Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung und 128.140 Personen Leistungen einer privaten Pflege-Pflichtversicherung. 2015 wurde die ambulante Pflege von der sozialen Pflegeversicherung mit 14.6 Milliarden Euro finanziert (BMG 2016). Die Rahmenbedingungen zur Bestimmung der Leistungsansprüche der Versicherten oder die Sicherstellung der Pflegequalität gaben Anstöße zur Erarbeitung weiterer Gesetze.

Das **Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I)** wurde mit der Intention implementiert, Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte weitergehend zu unterstützen. Mit dem **Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II)** wurden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren (Pflegegrade I – V) auf den Weg gebracht, damit alle Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung erhalten können.

Hierdurch sollen insbesondere die häuslichen Betreuung- und Entlastungsangebote von demenziell erkrankten Menschen und ihren Angehörigen gestärkt werden. Das **Dritte Pflege-stärkungsgesetz (PSG III)** ermöglicht den Ausbau der Beratungsnetzwerke. Außerdem werden die Kontrollmöglichkeiten der Pflege- und Krankenkassen ausgebaut (Bundesministerium für Gesundheit 2016a).

Auf derzeitige Gesetzesvorlagen und Diskussionen zum Pflegeberufsgesetz sowie die darin enthaltenen Regelungen zur Ausbildung in den Pflegeberufen in Bezug auf deren Relevanz für eine Erweiterte Pflegepraxis in der gemeindenahen Gesundheitsversorgung wird in dem E^B Arbeits- und Forschungsbericht „Grundlagen der Angebotsentwicklung“ eingegangen (Feiks und Arnold 2017).

3 Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen in der vorliegenden Untersuchung geht von einem Verständnis der Arbeit der Pflegefachpersonen im ambulanten Setting und der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Feld als soziale Handlungen aus. Die Grundannahme, dass die erlebte Wirklichkeit der befragten Expert_innen kontextgebunden ist und Meinungen, Einstellungen und Erfahrungen auf der Grundlage ihrer Aussagen rekonstruiert werden können, begründen ein qualitatives Forschungsdesign, das leitfadengestützte Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Methoden kombiniert. Die Komplexität der Sachverhalte und die Vielfalt der Aussagen werden dabei im Prozess der Auswertung reduziert (Gläser und Laudel 2010). Zur Beantwortung der Forschungsfragen sollen mit diesen Methoden Einsichten in das Wissen, die Einstellungen und Meinungen relevanter Akteure in der gemeindenahen Gesundheitsversorgung zu Herausforderungen im Kontext komplexer Pflegesituationen⁶ erarbeitet werden.

3.1 Untersuchungsziel und Forschungsfragen

Ziel des Teilprojekts „E^B – Pflege und Gesundheit“ ist die forschungsgestützte und evidenzbasierte Entwicklung eines Bildungsangebots zu *Erweiterter Pflegepraxis auf hochschulischem Niveau*. Die diesem zugrunde liegende Bildungsbedarfe werden aus dem Gesundheitsversorgungsbedarf der Region abgeleitet. Dazu werden zum einen die derzeitigen, *aktuellen Versorgungsbedarfe* der Pflegebedürftigen und ihrer Familien in den *ländlichen Regionen* erfragt. Zum anderen werden sowohl *individuelle Bildungsbedarfe* von Pflegefachpersonen im Rahmen ihres lebenslangen Lernens als auch *Personalentwicklungsbedarfe* aus

⁶ Siehe Arbeitsdefinition in Anmerkung 4.

Sicht von Geschäftsführungen und Pflegedienstleitungen in ambulanten Pflegediensten erhoben.

Im Rahmen der qualitativen Erhebung der oben genannten Bedarfe wird daher folgender Fragestellung nachgegangen:

- *Welchen Beitrag können Pflegefachpersonen mit Hochschulischer Bildung in der Gesundheitsversorgung der ländlichen Bevölkerung leisten?*

Da der potentielle Beitrag Erweiterter Pflegepraxis den Expert_innen für die Region Westpfalz noch unbekannt und damit nicht direkt abzufragen ist, wird zunächst der Versorgungsbedarf in den Mittelpunkt gestellt. Die Auswertung der Expert_inneninterviews für diesen Arbeitsbericht folgt der erkenntnisleitenden Frage:

- *Auf welche Herausforderungen treffen Pflegedienste in der häuslichen Versorgung?*

Die potentiellen Bildungsnehmer_innen und ihre Arbeitgeber_innen wurden zudem nach Akzeptanzmerkmalen und Bedarfen im Rahmen der Personalentwicklung sowie des lebenslangen Lernens in Bezug auf ein hochschulisches Bildungsangebot befragt:

- *Welche Vorstellungen und Wünsche äußern Pflegefachpersonen, Geschäftsführungen und Pflegedienstleitungen in Bezug auf Organisation und Gestaltung eines hochschulischen Bildungsangebots?*

3.2 Datenerhebung

Ethische Überlegungen

Vor Beginn der Erhebung wurde ein Antrag zur Begutachtung des forschungsethischen Vorgehens im Rahmen der Bedarfserhebung gestellt. Prinzipien zum Informed Consent, Freiwilligkeit der Teilnahme, Gewährleistung der Anonymität und des Datenschutzes wurden dabei festgelegt. Der Ethikantrag des Teilprojekts Pflege und Gesundheit wurde von der Ethikgruppe des Fachbereichs Sozial- und Gesundheitswesen der Hochschule Ludwigshafen am Rhein am 07.03.2016 positiv beschieden.

Experteninterviews

Als Expert_innen wurden Personen angesprochen, von denen angenommen wurde, dass sie Expertenwissen durch ihre Mitarbeit und Beteiligung (Gläser und Laudel 2010) an der ambulanten pflegerischen Versorgung in der Westpfalz erworben haben. Geschäftsführer_innen,

Pflegedienstleitungen (PDL's) und Pflegefachpersonen tragen in unterschiedlicher Weise Verantwortung für „den Entwurf, die Ausarbeitung, die Implementierung und/oder Kontrolle einer Problemlösung (...) und [verfügen] damit über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen, Soziallagen, Entscheidungsprozesse, Politikfelder usw.“ (Meuser und Nagel 2009; S. 470). Sie besitzen daher ein relevantes *Betriebswissen* und *Kontextwissen* (Meuser und Nagel 2009) im Bereich der ambulanten Gesundheitsversorgung.

Da derzeit in Deutschland kein definiertes Tätigkeitsfeld hochschulisch gebildeter Pflegefachpersonen in Erweiterter ambulanter Pflegepraxis im Sinne einer ANP existiert, können die Akteure der Westpfalz auf keine konkreten Erfahrungen mit dem Einsatz solcher Fachkräfte zurückgreifen. Somit haben sie keine explizite Vorstellung von diesem Gegenstand gebildet, es sei denn, sie verfügen über eigene Auslands Erfahrungen oder Kenntnisse aus der Literatur.

Um dennoch ihr Expertenwissen zur evidenzbasierten Entwicklung einer neuen Rolle der Pflege zu nutzen, wurden mit einem vorstrukturierten Leitfaden Beschreibungen des eigenen Kontextes und Handelns (Meuser und Nagel 2009), insbesondere zu den Herausforderungen des eigenen Arbeitsfeldes angeregt. Die Expert_innen wurden zum Interview an ihrem Arbeitsplatz aufgesucht, die Inhalte digital aufgezeichnet und die Aufnahmen im Anschluss transkribiert. Ergänzende Gespräche mit weiteren Expert_innen wurden als Gesprächsnotizen festgehalten.

Zugang zum Feld

Für die Kontaktaufnahme mit den Expert_innen wurde eine vollständige Übersicht aller ambulanten Pflegedienste in der Westpfalz angefertigt. Wenn vorhanden, wurde Einblick in den Internetauftritt genommen und Ansprechpartner_innen recherchiert. Der Erstkontakt entstand bei den ausgewählten Pflegediensten telefonisch und wurde ergänzt durch initiale Besuche, Empfehlungen oder persönliche Begegnungen auf Fach- und Arbeitstreffen (siehe unten). Pflegedienstleitungen und Geschäftsführer_innen waren in der Regel nach einem ersten telefonischen Kontakt und schriftlicher Terminfestlegung zu einem Interview bereit. Weitere direkte Feldkontakte zu Pflegedienstleitungen und Wundmanagerinnen ergaben sich durch die Teilnahme der Erstautorin an Treffen des Wundnetzes Rheinland-Pfalz, Sektion Kaiserslautern und auf überregionalen Arbeitstreffen der Pflegedienstleitungen. Die Auswahl und Vermittlung der Pflegefachpersonen erfolgte in der Regel über die leitenden Vorgesetzten und war damit abhängig von deren Auswahlkriterien. In manchen Pflegediensten bzw. Organisationen sicherten sich Interviewpartner_innen mit einem Einverständnis auf Trägerebene ab.



Die Verfügbarkeit und Bereitschaft dieser potentiellen Interviewpartner_innen hing häufig von deren Arbeitsbelastung ab. Der alltägliche Arbeitsdruck ließ nur in Ausnahmefällen und mit Vorlauf Gesprächsmöglichkeiten insbesondere mit den Pflegefachpersonen, die in der direkten Pflege tätig sind, zu. Um den zeitlichen Aufwand zu begrenzen, empfahl es sich, vor Beginn oder im Anschluss an Schichtdienste oder Teamsitzungen Termine zu vereinbaren. Mit den Pflegefachpersonen wurden aus diesen Gründen auch Interviews mit Gruppen von zwei und mehr Personen durchgeführt. Terminverschiebungen kamen mehrmals vor. Pflegedienstleitungen (PDL) waren im Besonderen durch unvorhergesehene Situationen, etwa den Ausfall von Mitarbeiter_innen, betroffen und einige PDLs mussten personelle Engpässe kurzfristig durch eigene Mitarbeit im Schichtdienst kompensieren.

Einige Pflegedienstleitungen rechneten den Mitarbeiter_innen die Interviewzeit als Arbeitszeit an. In manchen Organisationen wurde unsere Anfrage zu Interviewpartner_innen in den Teamsitzungen weitergegeben. Pflegedienstleitungen sprachen gezielt Mitarbeiter_innen an, von denen sie annahmen, dass sie über ein großes Bildungsinteresse verfügen und auch mit einer praxisrelevanten hochschulischen Weiterbildung prinzipiell im Betrieb verbleiben würden.

Einschlusskriterien Interviewpartner_innen

In die Auswahl eingeschlossen wurde, wer:

- eine Pflegefachperson, ein_e Geschäftsführer_in oder ein_e Pflegedienstleiter_in mit einer berufsbezogenen Tätigkeit in einem ambulanten Pflegedienst war oder durch frühere berufliche Tätigkeiten Kenntnis von der ambulanten Versorgung aufwies, sowie
- in einem Pflegedienst mit Einzugsgebiet im ländlichen Raum der Region Westpfalz arbeitet/arbeitete,
- zur Teilnahme an einem Interview (mit schriftlichem Einverständnis) bereit war.

Auswahl der Expert_innen

Auswahlleitend war eine Zusammenstellung von Expert_innen, die einerseits den Einschlusskriterien entsprach und gleichzeitig eine möglichst große Heterogenität in Bezug auf relevante Merkmale ermöglichte. Daher wurden Pflegedienste unterschiedlicher Betriebsgröße ausgesucht und Interviews in Einrichtungen geführt, die unter verschiedener Trägerschaft stehen. Es wurden möglichst viele Regionen der Westpfalz angesprochen und in verschiedenen Gebieten Einrichtungen aufgesucht. So konnte ein breites Spektrum an Erfahrungen, Betriebs- und Kontextwissen genutzt werden.

Sampling

Für die Bestimmung der Samplegröße in qualitativen Studien gibt es keine festen Regeln (Holloway und Galvin 2016). Üblicherweise werden Daten bis zur Datensättigung erhoben, d.h. wenn von weiteren Interviews keine neuen Erkenntnisse mehr zu erwarten sind. Es wurde eine Gruppe von Interviewpartner_innen ausgesucht, die über möglichst vielfältige Erfahrungen zum Thema verfügen. Aus diesem Grund wurde eine Stichprobe angestrebt, die möglichst divers aufgestellt sein sollte. Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der durchgeführten und als Transkript vorliegenden Interviews, die in diesen Abschnitt der Auswertung Eingang genommen haben.

Tabelle 1: Ausgewertete Experteninterviews

Befragte Expert_innen	Anzahl
Pflegefachpersonen	11
Pflegedienstleitungen	10
Geschäftsführungen	3
Sonstige Expert_innen	4
Gesamt	28

Es wurden zehn Pflegedienstleitungen, elf Pflegefachpersonen und drei Geschäftsführungen ambulanter Pflegedienste interviewt und dazu in ihrem Arbeitsumfeld zwischen Mai und November 2016 aufgesucht. Ergänzend wurden weitere vier Personen mit einer für die Thematik relevanten Expertise in diesem Zeitraum befragt.

Fünf Pflegefachpersonen nahmen an einer Fokusgruppe teil, in zwei Fällen wurden jeweils zwei Personen gemeinsam interviewt und zwei weitere Pflegefachpersonen wurden einzeln befragt. Alle weiteren Interviews fanden als Einzelinterviews statt.

Die Pflegefachpersonen (zehn weibliche, ein männlicher) verfügten über eine Berufserfahrung zwischen einem und dreißig Berufsjahren. Ihre Grundausbildung hatten sie in der Altenpflege, Gesundheits- und Kranken- oder Kinderkrankenpflege abgeschlossen. Drei Interviewpartner_innen brachten ihre Expertise als weitergebildete Wundmanager_in ein.

Aufgesucht wurden insbesondere Pflegefachpersonen mit Berufserfahrung. Eine Pflegefachperson befand sich im vorzeitigen Ruhestand, war allerdings im dörflichen sozialen Netzwerk als Pflegefachperson tätig. Eine weitere Pflegefachperson befand sich in Elternzeit. Die Pflegefachpersonen arbeiteten in unterschiedlichen Arbeitszeitmodellen. Mitarbeiter_innen, die

familiäre Verpflichtungen zu bewältigen hatten (Schwikal und Riemer 2015), waren von besonderem Interesse, aber ein Zugang kaum möglich. Wenn sie darauf angesprochen wurden, argumentierten die Vorgesetzten, dass diese Mitarbeiterinnen schon in Teilzeit arbeiteten und so über zu wenig flexible Arbeitszeit verfügten, um eine hochschulische Weiterbildung bewältigen zu können. Daher standen die Interviewpartnerinnen entweder vor der Familienphase und der Anforderung Familie und Arbeit und ggf. Weiterbildung zusammenzubringen oder die Kinder waren schon im Teenageralter, oder sie waren kinderlos. Eine Interviewteilnehmerin nahm als pflegende Angehörige familiäre Pflichten wahr. Die Befragten hatten, bis auf eine Ausnahme, zum Zeitpunkt des Interviews noch kein pflegfachliches Studium aufgenommen und konnten so als potentielle Bildungsnehmer_innen argumentieren.

Die interviewten Pflegedienstleitungen (acht weibliche und zwei männliche) arbeiteten nach ihrer Grundausbildung fünf bis fünfundzwanzig Jahre als Pflegefachperson. Ihre Erfahrungen in der Position der Pflegedienstleitung betrugten ein bis zehn Jahre. Sie organisierten Pflegedienste verschiedener Trägerschaft (privat und gemeinnützig) und unterschiedlicher Größe (10 -125 Mitarbeiter).

Die Geschäftsführer_innen (zwei weibliche, ein männlicher) verfügten über Berufserfahrung zwischen 23 und 35 Jahren als Geschäftsführung. Zwei Interviewpartner_innen waren zunächst als examinierte Pflegefachpersonen tätig gewesen, bevor sie die Geschäftsführung übernommen hatten. Eine Geschäftsführerin nutzte eine kaufmännische Grundausbildung, die andere hatte sich nach der Weiterbildung zur Pflegedienstleitung noch beruflich weitergebildet und sich so betriebswirtschaftliches Wissen angeeignet. Ein Geschäftsführer hatte ein betriebswirtschaftliches Studium absolviert und verfügte über keine eigenen praktischen pflegerischen Erfahrungen.

Unter den ergänzend befragten Expert_innen (drei weibliche, ein männlicher) befanden sich eine Sozialarbeiterin mit pflegerischer Grundausbildung, die in einem Pflegestützpunkt tätig war; eine Medizinische Fachangestellte mit Weiterbildung, ein Mitarbeiter in einem Unternehmen zur Alltagsbegleitung sowie eine Hauswirtschaftsleiterin eines Pflegedienstes.

Leitfadenentwicklung

Die Entwicklung der Interviewleitfäden⁷ zur Strukturierung der Experteninterviews erfolgte mit Bezug auf das Erkenntnisinteresse sowie die Forschungsfragestellungen (siehe Kapitel 3.1). Die Themen wurden zielgruppenspezifisch aufgegriffen und in den jeweiligen alltäglichen

⁷ Die Interviewleitfäden stehen auf der E^B Projekthomepage zur Verfügung (Scheipers et al. 2017).

Sprach- und Erfahrungsraum übersetzt (Gläser und Laudel 2010). Die Leitfragen boten Erzählanregungen, die, unter Beachtung der knappen zeitlichen Ressourcen, die Befragten zu komplexen, von ihnen selbst gesteuerten Darstellungen anregten (Gläser und Laudel 2010).

3.3 Datenanalyse

Die Audiodateien der Experteninterviews wurden durch ein professionelles Transkriptionsbüro und von Hilfskräften transkribiert. Dazu wurde ein einfaches Transkriptionssystem genutzt (Dresing und Pehl 2015). Die Interviews und Postskripte wurden im Sinne der *inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse* nach Kuckartz (2012) mit Computerunterstützung und Hilfe eines Analyserasters kodiert, das im Laufe des Analyseprozesses immer wieder an das Material angepasst wurde.

Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse

Im Analyseprozess wurden verschiedene Phasen der inhaltsanalytischen Arbeit durchlaufen. Die erste Phase begann mit initiierender Textarbeit, dem Schreiben von Memos und der Erstellung von Fallzusammenfassungen. Im zentralen Prozess wurden Kategorien sowohl induktiv aus dem Material, als auch deduktiv anhand bereits bestehender Strukturierungen der Leitfäden vorgenommen. Die Auswertungsschritte wurden durch die MAXQDA 12 Software unterstützt.

Initiierende Fallzusammenfassungen

Nach dem Interview und dem ersten Lesen wurden die einzelnen Interviews zu einem Fall zusammengefasst. Den einzelnen Fällen wurde eine zusammenfassende Überschrift gegeben. Damit konnten nicht nur Originalzitate sondern auch die komprimierte analytische Bearbeitung miteinander verglichen werden.

Kategorienbildung

Die thematischen Hauptkategorien wurden zunächst aus den Forschungsfragen abgeleitet und dann um weitere, induktiv entwickelte Hauptkategorien erweitert. Textpassagen, die zur Beantwortung der Forschungsfragen nicht relevant waren, blieben uncodiert. Die Qualität des Codierprozesses wurde durch konsensuelles Codieren mit weiteren Mitarbeiter_innen im Projektteam sichergestellt. Die Subkategorien wurden im Zuge einer induktiven Kategorienbildung am Material gebildet.

4 Ergebnisse

Die Ergebnisse gliedern sich in die Zusammenstellung der Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung (4.1.), die durch die Interviewpartner_innen benannt werden und damit Hinweise auf Versorgungsbedarfe der häuslichen Gesundheitsversorgung liefern und die Vorstellungen und Wünsche (4.2.) hinsichtlich der Gestaltung und Organisation eines hochschulischen Bildungsangebots.

4.1 Herausforderungen und Versorgungsbedarf

4.1.1 Schnittstellen

Pflegedienstleitungen und Pflegefachpersonen beschreiben den erschwerten Zugang zu bestimmten Klient_innengruppen, Schnittstellenproblematiken in Überleitungssituationen und Spannungsfelder in der Zusammenarbeit mit Hausärzt_innen als Herausforderungen ihrer alltäglichen Arbeit. In den Interviews wurde die Vielfalt der Akteure deutlich, die an der Stabilisierung von Versorgungssituationen und der Versorgungsqualität beteiligt sind. Die Zusammenstellung in Abbildung 1 gibt einen Eindruck der Gestaltung des Versorgungsnetzes mit dem pflegebedürftigen Menschen und seiner Familie im Mittelpunkt.

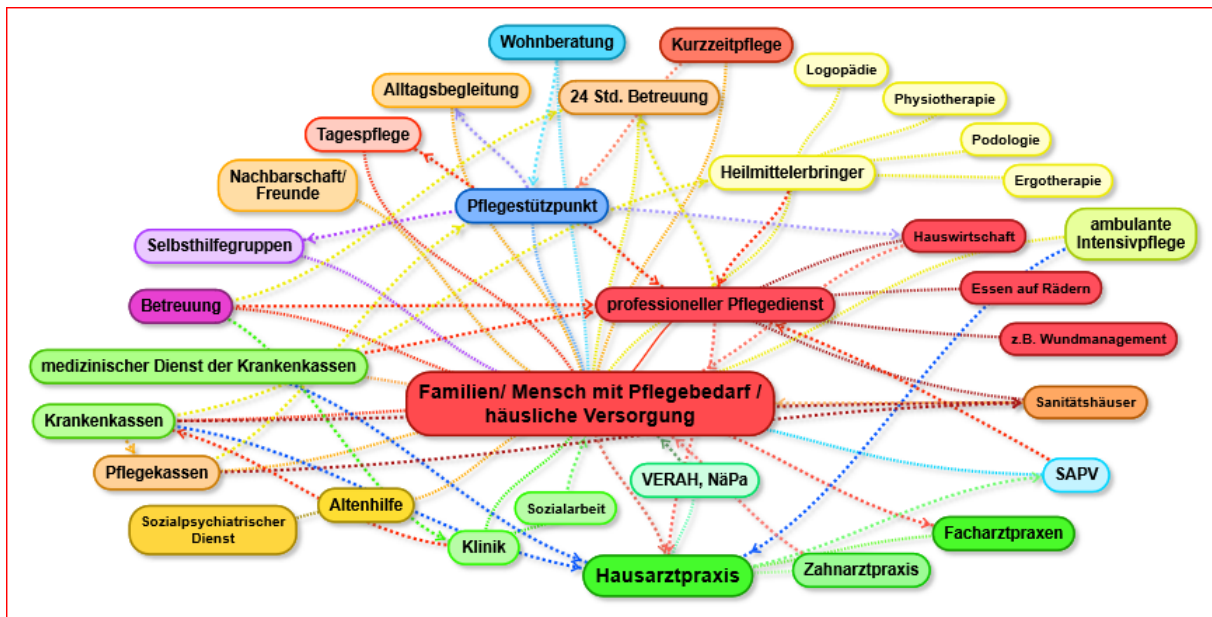


Abbildung 1: Versorgungsnetz häusliche Pflege

Zugang

Die Befragten schildern, dass in der Regel Angehörige oder Nachbarn den Hilfebedarf eines Menschen erkennen und sich um professionelle Unterstützung bemühen würden, wenn sie an die Grenzen ihrer Möglichkeiten stoßen. Viele Menschen mit Unterstützungsbedarf „...erkennen ja auch nicht die Not, sondern lassen dann die Tür ZU, weil sie dann schon im Prinzip so abgeschottet sind, dass sie gar niemanden mehr zulassen.“ (PDL05 76) und nur wenige Betroffene würden sich um ihre eigene professionelle pflegerische Versorgung bemühen. Nachbarschaftliche Hilfe sei seltener als früher geworden. Die Distanz wird auf eine Durchmischung der ländlichen Wohngebiete mit „Zugezogenen“ (PDL05 52) zurückgeführt.

Mit dem Verlust der gewachsenen sozialen Strukturen gehe die Funktion dieser Institutionen als Seismograph für Hilfebedarf verloren. Wenn die eigene Familie nicht aufmerksam sei, nicht nachfrage oder zu weit weg wohne, dann werde der Hilfebedarf häufig auch von Pflegestützpunkten „viel zu spät“ (PK/DIV03 56) wahrgenommen und es könne entsprechend verzögert darauf reagiert werden. Pflegefachpersonen wünschen sich, den Hilfebedarf von alleinstehenden, alten Menschen früher identifizieren zu können. Auf dem Land lebenden Bewohner_innen scheine es leichter zu fallen, Personen mit pflegerischer Expertise um Rat zu fragen, wenn sie diese bereits persönlich kennen. Einige Patient_innen seien weder in der Lage, bestehende Beratungs- und Hilfsangebote u.a. aus Wohnberatung, Pflegestützpunk-

ten oder Sozialdiensten der Krankenhäuser aktiv aufzusuchen, noch imstande, ihre Rechte, z.B. auf Leistungen der Grundsicherung, einzufordern.

Überleitungen Krankenhaus - Häuslichkeit

Die Befragten in den ambulanten Pflegediensten bemängeln, dass Hausärzt_innen sich für eine Einweisung in Krankenhäuser entscheiden würden, weil sie sich bezüglich der Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung zu Hause unsicher seien. Auch der ärztliche dezentrale Bereitschaftsdienst würde sich im Zweifelsfall für eine Krankenhauseinweisung einsetzen: *„dass Leute eingewiesen werden, einfach, weil (...) der Arzt sich unsicher ist: Ist er jetzt versorgt? Jetzt kann ich ihn so nicht liegen lassen“ (PDL10 271)*. Sie wünschen sich von Mediziner_innen eine direkte Kontaktaufnahme und kooperierendes Vorgehen zum Verbleib der Patient_innen in der Häuslichkeit.

„Dann wird er halt mal ins Krankenhaus eingewiesen. Aber das wäre natürlich auch so eine Sache, dass man da kurzfristig auch einen Pflegedienst involvieren könnte und sich dann große Kosten für einen Krankenhausaufenthalt, (...) reduzieren könnten.“ (PDL10 271)

Die Pflegedienste würden versuchen, auf die immer aufwendigeren Pflegebedarfe einzugehen, die entstehen, wenn Patient_innen aus den Krankenhäusern entlassen werden. Durch die verkürzte stationäre Verweildauer würden Patient_innen mit höherem Betreuungsaufwand nach Hause entlassen.

„Es werden Beatmungspatienten heimgeschickt, die mit allem Drum und Dran kommen. (...) die Anforderung an die Schwester, die im ambulanten Pflegedienst arbeitet, ist wesentlich HÖHER als noch vor zehn, zwölf Jahren.“ (PK04w 27)

Immer wieder bzw. immer noch würden Krankenhäuser ihre Patient_innen ohne ausreichend koordinierte Versorgung nach Hause entlassen.

„(...) dass immer noch viele Leute vor dem Wochenende entlassen werden und dann hat man sich nicht entsprechend um die Versorgung gekümmert, ne?“ (PDL10w 259)

Angehörige müssten dann unvorbereitet die häusliche Pflege übernehmen:

„Viele Angehörige übernehmen so eine Pflege ad hoc und haben überhaupt keine Vorbildung.“ (PDL06w 37)

Pflegedienstleitungen haben den Eindruck, dass der Sozialdienst der Krankenhäuser nicht immer ausreichend informiert sei. Es komme vor, dass angekündigte Patient_innen von den

Pflegefachpersonen der ambulanten Dienste gesucht und damit Zeitressourcen gebunden würden, da die Entlassung ohne Rücksprache verschoben wurde. Häufig fehlten bei Entlassung Hinweise auf den genauen Unterstützungsbedarf im häuslichen Umfeld, auf Pflegehilfsmittel oder vollständige Angaben zu Medikamenten.

„Die werden heimgeschickt, dann ist nix zu essen da, es sind keine Rezepte da. Oder die Krankenhäuser schicken die Leute nach Hause und normalerweise heißt es, sie müssen die Medikamente mitliefern und Verbandsmaterial, dann ist es aber (...) doch nicht so.“ (PDL10w 259)

Die Pflegefachpersonen berichten von ihren Schwierigkeiten, an Wochenenden oder an Feiertagen von den Klinikärzt_innen relevante Informationen zu fehlenden Medikamentenplänen zu erhalten. Manchmal gelinge es nur unter großem zeitlichem Aufwand, Dosierungsangaben am Telefon zu erhalten. Zuweilen würden Medikamente von anderen Patient_innen geholt, um eine zeitnahe Versorgung zu gewährleisten. Eine Pflegedienstleitung äußerte gezielt den Wunsch, im Vorfeld Informationen vom Krankenhaus zur geplanten Entlassung zu erhalten. Vor Aufnahme des Patienten in die häusliche professionelle Versorgung könne eine *„Pflegeviste im Krankenhaus“ (PDL07m 171)* durchgeführt und damit für notwendige Hilfsmittel und ausreichend Medikamente im häuslichen Umfeld gesorgt werden.

Bei kurzfristig angekündigten Entlassungen bliebe zudem kaum Zeit, angemessen mit der Personal- und Tourenplanung auf Neuzugänge reagieren zu können. Die Touren der Pflegefachpersonen seien eng geplant und die interviewten Pflegedienstleitungen finden es für ihre Mitarbeiter_innen nicht zumutbar, verlängerte Dienste oder zusätzliche Schichten am Wochenende fahren zu müssen. Sie äußern Verständnis, wenn Mitarbeiter_innen, die *„das dritte Wochenende hintereinander“ (PDL03 71)* Schichteinsätze akzeptieren müssten und dann nicht mehr ans Telefon gingen.

Im Zusammenhang mit kurzfristigen Entlassungen aus dem Krankenhaus stellt sich aus Perspektive der ambulanten Pflegedienste außerdem das Problem, dafür Sorge tragen zu müssen, dass die notwendigen Medikamente zur Verfügung stehen und aus der Apotheke beschafft werden. Die Apotheken würden in den ländlichen Gebieten der Westpfalz keine flächendeckenden Bringdienste für Medikamente anbieten. Einige Pflegedienste übernahmen daher das Holen von Medikamenten für immobile Patient_innen. Eine Interviewte weist darauf hin, dass solch ein Extraservice nur für Menschen zur Verfügung stünde, die sich Extrazahlungen leisten könnten.



„Die Menschen habe eine Versorgungslücke, zum Beispiel Apotheke. In der Stadt ist das einfacher. Da gibt es Apotheken die liefern. (...) Jedoch ist das dann eine finanzielle Sache von dem Menschen.“ (PDL02 14)

Zusammenarbeit mit Hausarztpraxen

Die Interviewten aus den ambulanten Pflegediensten berichten von den alltäglichen Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Hausarztpraxen der Region. Der aufgrund der eingangs zitierten Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung zu vermutende Mangel an Hausarztpraxen wird noch nicht von allen befragten Expert_innen in der Westpfalz wahrgenommen. In ihrer Wahrnehmung wird die Verschlechterung der Versorgung evident, wenn eine ortsnahe Praxis tatsächlich ohne Nachfolge schließt. Sie stellen fest, dass ihre Patient_innen längere Anfahrtswege in Kauf nehmen müssen oder Schwierigkeiten haben, eine neue Hausärztin oder einen neuen Hausarzt zu finden. Zudem entstünden noch längere Wartezeiten bis zur Ausstellung eines Rezeptes. Verzögerte Verordnungen von Hilfsmitteln oder fehlende Hausbesuche führten ebenfalls zu Belastungen bei den Pflegediensten.

Spannungsfeld Verordnungs- und Verschreibungspraxis

Als ein weiteres Spannungsfeld wird die Zusammenarbeit zwischen ambulanten Pflegediensten und Hausarztpraxen beschrieben, wenn die jeweiligen Kompetenzen von Pflegefachpersonen und Ärzt_innen unterschiedlich wahrgenommen und bewertet werden. Mehrere interviewte Pflegedienstleitungen und Pflegefachpersonen formulierten ihre Unzufriedenheit mit der üblichen Verordnungspraxis. Aus der Sicht der Pflegefachpersonen und der Leitungen würde zu viel Zeit darauf verwendet, um die notwendigen Verordnungen für Hilfsmittel nach SGB V oder Verschreibungen von Medikamenten von den Hausarztpraxen ausgestellt zu bekommen und abzuholen. In vielen Fällen führe das zu zeitlichen Engpässen, zur Behinderungen der pflegerischen Tätigkeiten sowie zu Verzögerungen im Versorgungsablauf. Pflegefachpersonen berichten, dass sie manchmal mehrmals in einer Schicht Hausarztpraxen anfahren müssen, um Rezepte und Verordnungen zu erhalten, wenn diese noch nicht ausgedruckt, unterschrieben oder falsch ausgestellt wurden.

Medizinische Fachangestellte in den Hausarztpraxen reagierten *„oftmals auch ein auch bisschen genervt wegen den Verordnungen. Weil das für die auch Arbeit ist, immer wieder die Verordnung auszustellen.“ (PK02wwwm 77)*

Pflegedienstleitungen schildern, dass sie dazu übergegangen sind, vollständig ausgefüllte Verordnungen an die Hausarztpraxen weiterzureichen, da von den Kassen die Kostenübernahmen bereits bei kleinen Abweichungen in der geforderten Formulierung blockiert würden.

Schließungen ortsnaher Hausarztpraxen führten dabei zu weiterem Aufwand, da entfernt liegende Niederlassungen nur mit noch mehr Zeiteinsatz angefahren werden könnten.

Manche Hausärzt_innen verließen sich regelmäßig auf die Expertise der Pflegedienste und rezeptierten nach Vorschlägen der Pflegefachpersonen (vgl. PDL04m 52).

Die interviewten Pflegefachpersonen trauen sich zu, dass sie den Hilfsmittelbedarf feststellen und verschreiben können.

„Das wäre (...) so ein Anliegen(...), dass zum Beispiel Hilfsmittel von Pflegekräften verschrieben werden können. (...) Also man kontaktiert den Arzt und der sieht das Problem aber nicht so und die Leute kommen aber nicht mehr so in die Praxen. Und dann muss der Hausarzt vor Ort hin und dann kennt der aber die Pflegehilfsmittel nicht und das ist dann immer sehr umständlich.“ (PDL10 97)

Sie würden gerne verantwortlich über Hilfsmittel entscheiden können, die zur Reduktion der Sturzgefahr, des Dekubitusrisikos⁸ oder allgemein zur Wohnumfeldverbesserung beitragen:

„Handläufe, ein Badewannenlift, wieso muss das der Arzt rezeptieren?“ (PDL02w 49).

Die befragten Expert_innen problematisieren, dass in der Verschreibungs- und Verordnungspraxis erfahrungsgemäß Medikamente, Hilfsmittel (z.B. Blasendauerkatheterbeutel) oder Prozeduren (Wundversorgung) häufig nur über kleine Zeiträume verschrieben würden, obwohl davon auszugehen sei, dass sie über längere Zeit benötigt werden. Ohne Dauerverordnungen seien die Pflegedienste aber gezwungen, regelmäßig mit der Hausarztpraxis in Kontakt zu treten:

„(...) jeder Arzt hat die Möglichkeit, eine Dauerverordnung auszustellen über ein Jahr. Im Moment machen sie es quartalsmäßig. Das ist ein hoher Bürokratieaufwand.“ (PDL02w 107)

Spannungsfeld Rollenverständnis

Erfahrene Pflegefachpersonen schildern die hohe Anerkennung, die ihnen bei langjähriger Zusammenarbeit mit einigen Ärzt_innen entgegengebracht wird.

„Mittlerweile ist es so, bei uns gibt es Ärzte, die rufen an und sagen ‚Gehen sie hin, machen sie ihre fachliche Beurteilung, machen sie mit mir einen Termin dann fülle ich das aus. Inklusive Therapie‘.“ (PDL02w 89)

⁸ Dekubitus: Druckgeschwür oder Wundliegegeschwür.

In diesen Fällen vertraue der Arzt, die Ärztin der Pflegefachperson in Bezug auf Vorschläge zur Dosierungen von Medikamenten bei Diabetes oder Bluthochdruck. Immer wieder würden auch ohne direkten Patientenkontakt des Arztes, der Ärztin Einschätzungen der Pflegefachpersonen als Handlungsgrundlage angenommen. Der Entscheidungsspielraum der Pflegefachpersonen würde jedoch infrage gestellt, sobald ein neuer Arzt, eine neue Ärztin die Praxis übernimmt. Dann beginne aufs Neue ein Aushandlungsprozess um die Freiräume (vgl. PK04 274).

Befragte Expert_innen schildern Situationen, in denen sich in der Interaktion mit den Hausärzt_innen Statusdenken in der Zuschreibung und Darstellung von Kompetenzen reproduzieren. Eine „Pain nurse“ (vgl. PDL03 233) berichtet: *„Der Hausarzt wird Sie ziemlich ungut aus der Praxis entfernen“*, wenn bei ihm der Eindruck der Kompetenzüberschreitung entstünde. Pflegefachpersonen sollten nicht ihre *„Nase in Sachen stecken, die sie wirklich gar nichts angehen.“* Mehrere Interviewpartner_innen erlebten solche und ähnliche Äußerungen, mit denen Hausärzt_innen Professionsgrenzen markieren.

In der Wahrnehmung der interviewten Pflegefachpersonen erfragt eine kleine Gruppe der Mediziner_innen dezidiert die Meinung von Pflegenden, andere nehmen Anregungen kollegial auf, während sich bei einer weiteren Gruppe die Kommunikation zwischen den Professionen sehr hierarchisch gestaltet:

„Also wir haben Hausärzte, da klappt das wunderbar. Da brauche ich nur anzurufen: ‚Ich möchte gerne das und das‘. ‚Ja kein Thema schicken sie es mir, faxen sie es mir durch. Ich mache ihnen das Rezept fertig und schicke es ihnen zu‘ (...). Und dann haben sie wirklich manche Hausärzte, die wirklich sagen: ‚Ich habe den Kittel an und nicht du. Ich habe den Dokortitel und nicht du‘.“ (PDL04m 92)

Pflegefachpersonen vermissen die Bereitschaft der Hausärzt_innen, sich bei Fragen zum Behandlungsverlauf eines Patienten, einer Patientin auch an die verantwortlichen Pflegefachpersonen aus der ambulanten Pflege zu wenden und sie damit aktiv in Versorgungs- und Entscheidungsprozesse einzubeziehen.

Wenn ärztliche Kolleg_innen keine Anerkennung für das Fachwissen erkennen lassen, das Pflegefachpersonen in Weiterbildungen erworben haben, führt dies zu Frustrationen. Mit *„Fortbildung wirst du nicht schlechter, aber bist genauso hilflos, weil du immer noch den Arzt brauchst“ (PDL03 37)*. Jeder fachliche Rat einer Pflegefachpersonen könne mit einem: *„Nö, das interessiert mich nicht“ (PDL03 27)* blockiert werden. Pflegefachpersonen suchen nach wirksamen Interventionsmöglichkeiten, wenn Mediziner_innen ihrer Einschätzung nach feh-

lerhaft arbeiten. Im Bereich der Wundversorgung seien zuweilen Wissensdefizite von Hausärzt_innen zu bemerken und es wird versucht, Einfluss auf den weiteren Therapieverlauf einzufordern (vgl. PDL04 84).

Zusammenfassung Versorgungsbedarf Schnittstellen

Den Erfahrungen der befragten Expert_innen zufolge erhalten pflegebedürftige Menschen ohne Angehörige oder sorgendes Umfeld nur erschwert Zugang zum Hilfsnetz zu erhalten. Es werden mehr Möglichkeiten gewünscht, Unterstützungsbedarf frühzeitig erkennen zu können. Pflegefachpersonen befürworten mehr niederschwellige Beratungsangebote und eine Vereinfachung der Kontaktaufnahme zwischen professionellem Hilfsnetz und den Hilfesuchenden.

Die Aussagen der Interviewten zeigen deutliche Probleme in der Zusammenarbeit und Defizite der Kommunikation zwischen Pflegediensten und Hausarztpraxen auf. Diese führen nicht nur zu Frustrationen, sondern auch zu Verzögerungen im Arbeitsablauf der Pflegedienste und können die Versorgungsqualität, z.B. bei der Versorgung mit Hilfsmitteln oder im Bereich der Wundversorgung beeinträchtigen. Zugleich entstehen auf diese Weise vermeidbare zusätzliche Kosten. Davon abweichend werden auch Beispiele einer konstruktiven Kooperation zwischen Pflegefachpersonen und einzelnen Hausärzt_innen geschildert, die jedoch vom Aufbau einer individuellen und persönlichen Vertrauensbeziehung abhängig und damit fragil sind.

4.1.2 Komplexe Pflegesituationen

Die von den Befragten als komplex beschriebenen Pflegesituationen werden in der Regel den qualifizierten und erfahrenen Pflegefachpersonen anvertraut. Die Systematik der Pflegestufen respektive Pflegegrade lasse nicht immer auf die Komplexität einer Situation schließen, da „das Eintreten z.B. einer Bettlägerigkeit mit möglicherweise komplexeren Versorgungsstrukturen (z.B. Ernährung, Inkontinenzversorgung) zu einer niedrigeren Einstufung führen konnte“ (GF01 P). Komplexe Versorgungsstrukturen ergeben sich nach Einschätzung eines Geschäftsführers häufig aus der Multimorbidität, insbesondere bei geriatrischen Patient_innen. Zudem habe „das soziale Umfeld und die Pflege-Compliance der Betroffenen sowie der Angehörigen einen extrem großen Einfluss auf die Komplexität in der ambulanten Versorgung“ (GF01 P).

Die Pflege von Menschen in dementiellen Prozessen, in der Sterbephase, mit Wunden oder mit Diabetes, sei nicht zwangsläufig als eine komplexe Pflegesituation zu bezeichnen. Aller-

dings zeige sich häufig ein komplexer Pflegebedarf, wenn intensivmedizinische Anforderungen dazukommen oder die Anforderungen aus unterschiedlichen Symptomkonstellationen gleichzeitig zu bewältigen sind.

Als besondere Herausforderung werden auch Pflegesituationen genannt, die besondere hygienische Anforderungen mit sich brächten:

„All diese Stoma-Anlagen (...) wir haben zwei Patienten, die lass ich nur über den Wundmanger laufen, (...) da dürfen nicht so viele Hände ran, Menschen, die auf Transplantationen warten. Der eine hat ein externes Herz, (...) Drainageversorgung oder Pleuradrainagen. (...) Wir hatten einen nach Hauttransplantationen. Diese Patienten. Das sind großflächige Wunden. Da kann man nicht fünf Hände durchlaufen lassen. Das sind spezielle Dinge. Und die Menschen möchten ja auch zuhause versorgt werden.“ (PDL02 95)

Auch die Pflege von Menschen mit Störungen des Sozialverhaltens, psychischen Erkrankungen und eingeschränkter Alltagskompetenz haben einen besonderen psychosozialen Versorgungsbedarf, der umfangreiche und kreative Interventionen fordere (vgl. DIV03).

Menschen in dementiellen Prozessen

Besonders deutlich wird der enorme Betreuungsbedarf, der für Menschen mit Demenz und zur Entlastung ihrer pflegenden Angehörigen notwendig sei. Es gehe dabei in erster Linie um die Unterstützung in der Alltagsbewältigung. Menschen müssten an Mahlzeiten erinnert und zur Toilette begleitet werden, sie bräuchten Unterstützung bei der Haushaltsführung und Beziehungsgestaltung:

„Das Problem ist: genau diese Toilettengänge. Weil/ verstehen Sie? Wenn jemand nicht alleine mehr auf die Toilette gehen kann, muss der, wenn er alleinlebend ist, in die Einrichtung“ (DIV03 102).

Pflegende entwickeln und äußern kreative Ideen zum Aufbau sozialer Netzwerke in Gemeinden, die zur Entlastung Angehöriger und zur Überwindung sozialer Isolation beitragen könnten: *„Denn die wollen ja alle immer noch teilhaben am Leben“ (PK02 252).*

Bei der Pflege von Menschen in dementiellen Prozessen komme es regelmäßig zu herausforderndem Verhalten. Pflegefachpersonen sehen sich immer wieder körperlichen und verbalen Angriffen ausgesetzt. Das sei: *„Berufsrisiko (...) man muss sich das eben gefallen lassen (...) Wir dürfen nicht fixieren, außer mit richterlicher Anordnung“ (PK02 265).* Eine Pflegefachpersonen wünscht sich eine verändere öffentliche Wahrnehmung dieser Herausforde-

rung, mit denen Pflegefachpersonen im Umgang mit herausforderndem Verhalten konfrontiert sind:

„Also, ich wurde schon geschlagen oder gepetzt“ (PK01ww 139).

„Wie gehe ich damit um, wenn MIR Gewalt angetan [wird] (...) Das ist oft nicht so, wie es im Fernsehen gezeigt wird, die Pflegekräfte tun denen Gewalt an, sondern die Pflegekräfte kriegen die Gewalt AB, aber das wird halt nicht GEZEIGT“ (PK01ww 143).

Intensivpflege

Allgemein gibt es den Aussagen der interviewten Expert_innen zufolge nicht genügend ambulante Intensivpflegedienste, um den Bedarf an intensivmedizinischer Versorgung zu decken. Zur Bewältigung einer kurzfristig angefragten und drängenden Intensivversorgung komme es immer wieder vor, dass allgemeine und intensivmedizinische Pflegedienste gemeinsam in einem Haushalt tätig werden müssten, bis die Zuständigkeiten eindeutig geregelt werden könnten.

Ambulante intensivmedizinische Pflegedienste würden sowohl für die personalintensive Pflege von Patient_innen mit entsprechendem Versorgungsbedarf in der Häuslichkeit eingesetzt, als auch vermehrt durch Krankenhäuser zu Angehörigenschulungen oder von überforderten ambulanten Pflegediensten angefragt:

„Wir haben da einen Patient, der wohnt bei euch im näheren Umkreis, könnt ihr da Hilfe zur Selbsthilfe geben?“ Also Zustand nach Laryngektomie. Patient mit Erstausrüstungs-Set (...): ‘Lernt ihr den bitte dann an zum Absaugen und Kanülen wechseln?’ DANN sind natürlich diese ambulanten Dienste, (...), die sind mit den Dingen überlastet, die sagen: ‘Nein, da gehen wir nicht dran’, oder Portversorgung, parenterale Ernährung et cetera“ (PDL07 11).

Die ambulante Intensivpflege hat in der Wahrnehmung einer befragten Geschäftsführerin zu wenig qualifizierte Mitarbeiter_innen für den Bedarf an Intensivpflege, den Krankenhäuser in den ambulanten Bereich abgeben möchten. Gleichzeitig wird die ambulante Intensivpflege als ein wachsender Tätigkeitsbereich beschrieben. Für Pflegefachpersonen scheint dieser Sektor zunehmend als ein attraktives Arbeitsfeld wahrgenommen zu werden, da die Arbeitsbedingungen Vorteile böten:

„Da weiß man, die Schicht fängt an, morgens um x Uhr, der endet genau um x Uhr. Ich habe immer meine Stunden“ (GF02w 101).



Eine intensivmedizinisch zu betreuende Person binde nach Einschätzung dieser Expertin fünf bis sechs Pflegefachpersonen, die somit nicht mehr dem Markt und damit der allgemeinen häuslichen Pflege nicht mehr zur Verfügung stünden:

„Wie viele Pflegekräfte sind denn in der Einzelbetreuung verschwunden? Wie viele hat das gefressen? Die jetzt auf dem Markt fehlen und damit auch zu einer Arbeitsverdichtung für die verbliebenden, (...) Drei von unseren guten Kräften sind genau dahin verschwunden“ (GF02w 97,101).

Die Herausforderungen in der intensivmedizinischen Pflege liege den Erfahrungen einer Pflegedienstleitung zufolge weniger in der Bedienung von technischen Geräten als in der Fähigkeit zur genauen Patientenbeobachtung in einer 1:1 Konstellation, aussagekräftigen Dokumentation oder in der Bereitschaft sich beständig weiterzubilden.

„Diese Beatmungsmaschinen (...) Sie können eigentlich an diesem Gerät gar nichts mehr verstellen! Das ist gesichert. Wie eine Schmerzpumpe und das wird vom Arzt eingestellt und fertig aus. Inspirationsvolumen PEEP, Druck, Kraft und so weiter. Wird alles ja vorgegeben. Und was haben Sie denn da noch zu machen?“ (PDL07 49)

Sterbephase

Die Expert_innen wiesen auf besondere Herausforderungen in der Pflege von Menschen in der Phase der palliativen Versorgung am Lebensende hin. Besonders die Gewährleistung von Schmerzfreiheit sei zu selten möglich. Eine Pflegedienstleitung berichtet, dass sie im täglichen Umgang mit den Pflegebedürftigen häufig zu anderen Einschätzungen bezüglich einer angemessenen Dosierung von schmerzlindernden Medikamenten käme, als die behandelnden Ärzt_innen. Sie wünscht sich ein höheres Maß an nachgesuchter Kooperation seitens der medizinischen Kolleg_innen:

„Aber ich bräuchte auf jeden Fall eine Standardmedikation. Und das muss mir wiederum der Arzt machen und der Arzt sagt dann zum Beispiel: ‚Nö. Machen wir nicht.‘ Dann stehe ich halt wieder da. Und ich sehe jeden Tag, die Frau hat Schmerzen, rufe beim Arzt an: ‚Die hat schon wieder Schmerzen‘ (PDL03m 119).

Wenn Haus- und Fachärzt_innen nicht genügend Hausbesuche ermöglichen können, sei es im Sinne eines Sterbenden sinnvoll, dass Pflegefachpersonen mehr Entscheidungsspielraum eingeräumt bekommen, um erforderliche Handlungen einleiten und vermeidbare Strapazen, z.B. Transportwege ersparen zu können:

„Wenn Sie eine Sterbende haben, die dann durchs Dorf gekarrt wird mit dem Auto, die eigentlich zu Hause bleiben sollte, (...) DAS sind so Geschichten, wo man so jemanden brauchen kann, der dann selbst Entscheidungen treffen könnte und könnte sagen: ‚Okay. Wir machen jetzt Folgendes‘“ (PDL03m 247).

Nach Einschätzung der Expert_innen läuft die Zusammenarbeit der am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen in den SAPV-Teams direkter, reibungsloser und befriedigender als in den herkömmlichen Versorgungsstrukturen und komme damit den Patient_innen unmittelbar zugute.

Wunde

Die interviewten Führungskräfte im Bereich der Dienstleistungsunternehmen in der ambulanten Pflege fördern im Bereich der Wundversorgung die Qualifikation von Wundexpert_innen und setzen sich für ein regelhaftes Wundmanagement ein. Die Erfolge in der Behandlung von Wunden durch Wundmanager_innen werden von den Interviewpartner_innen sehr geschätzt. In den meisten ambulanten Teams arbeiten Mitarbeiter_innen mit besonderer Wundexpertise, die in der Lage sind auch komplizierte Wundverläufe optimal versorgen zu können. Unerfahrene Pflegefachpersonen äußerten, dass sie von der kollegialen fachlichen Beratung erfahrener Wundmanager_innen in hohem Maße profitieren können. Größere Pflegedienste gaben an, ihre Wundmanager_innen aus dem üblichen Tätigkeitsfeld der ambulanten Pflege herauszunehmen, um sie in ihrer speziellen Rolle einsetzen zu können. Für kleinere Betriebe sei das nicht möglich, da diese qualitativ hochwertige Versorgungsleistung nicht in der Regelfinanzierung vorgesehen sei.

Eine befragte Pflegedienstleitung mit entsprechender Expertise wünscht sich mehr Entscheidungsspielraum und Verantwortung für den Bereich Wundversorgung.

„Ich möchte selbst entscheiden können, wie ich eine Wundauflege mache. Ob ich jetzt hingehe und mit Alginat oder Cutimed, oder irgendwas, weil ich einfach denke, ich bin jeden Tag vor Ort. Ich habe die Erfahrung, die ich mitbringe. Wie oft sieht ein Arzt, der nicht gerade irgendwo auf einer chirurgischen Abteilung arbeitet, wie oft sieht er in seinem Leben Wunden am Tag? Ich glaube wenn der 3-4 Wunden im Monat sieht, sind das viele.“ (PDL04 78)

Diabetes

Auch in der Versorgung von Menschen mit Diabetes werden von den Interviewten mehr Handlungsspielräume gewünscht. Eine Interviewte bemängelt, dass sie weder der Blutzucker eigeninitiativ kontrolliert werden dürfe, noch bei kleineren Abweichungen zum physiolo-

gischen Wert einen Entscheidungsspielraum habe, wenn Patient_innen beispielsweise Symptome einer Blutzuckerentgleisung aufweisen, obwohl sie als Pflegefachperson über genügend Kenntnisse verfüge:

„Ach spritzen Sie dann mal drei Einheiten weniger.‘, Also ich denke, ich kann eigentlich sagen, ich könnte das auch entscheiden. Wir machen ja auch Ausbildung, machen Examen und dann kommt man sich manchmal eben doof vor.“ (PK02wwwwm 85).

Zusammenfassung Versorgungsbedarf komplexe Pflegesituationen

In den Experteninterviews wird deutlich, dass sich bei der Pflege von Patient_innen mit komplexen Versorgungsbedarfen besondere Herausforderungen ergeben und mehr Entscheidungsspielräume für Pflegefachpersonen gewünscht werden. Komplexe Versorgungssituationen wurden beschrieben im Rahmen der Übernahme von Intensivpflege, bei Menschen in der Sterbephase oder in dementiellen Veränderungsprozessen, bei denen es zu herausforderndem Verhalten kommt. Insbesondere die Versorgung von Patient_innen mit Diabetes, chronischen Wunden und Schmerzen erfordern den Befragten zufolge mehr eigenständige Handlungsspielräume für Pflegefachpersonen. Interdisziplinäre Teams, wie die SAPV Teams, zeigen nach Aussagen der Befragten vorbildhaft eine zufriedenstellende Zusammenarbeit der Akteure.

4.1.3 Parallelstrukturen

Medizinische Fachangestellte mit Zusatzausbildung (VERAH, NäPa)

Ein Teil der befragten Pflegefachpersonen erlebten die neue Rolle der medizinischen Fachangestellten, in denen sie als VERAH oder NäPa auch im Bereich der häuslichen Versorgung, z.B. Wundversorgungen übernehmen, als Konkurrenz:

„Wir HABEN draußen Wundmanager, wir haben Stomaschwestern. Wir haben Palliativschwestern. Wir haben ALLE möglichen Schwestern ausgebildet. Und jetzt kommt der Arzt mit einer VERAH. Ja, die NICHT examinierte Krankenschwester ist, und macht Tätigkeiten, die die Examinierte nicht darf“ (PDL03 31).

Eine Pflegefachperson äußert sich besorgt, dass ihnen die Wundversorgung als Tätigkeitsfeld genommen werden könnte:

„Jetzt kommen die Arzthelferinnen und nehmen uns die Wundversorgung weg, was bleibt für uns?“ (PK03ww 26).

Andere Interviewte weisen auf die produktive und reibungslose Zusammenarbeit mit den MFAs in den Hausarztpraxen hin. Eine Pflegedienstleiterin betont, dass sie davon ausgehe, dass in Zukunft alle verfügbaren Kräfte zur Versorgung der Menschen gebraucht werden. Den Tätigkeitsbereich der MFAs sieht ein Pflegedienstleiter an den Standort Hausarztpraxis gebunden: *„Des Arztes Auge kann nur verantwortlich über ihre Arzhelferinnen wachen, wenn sie in der Praxis bleibt.“ (PDL04 37)*. Das Aufgabenfeld der Pflegefachpersonen lokalisiert er demgegenüber in der Häuslichkeit der Patienten. Manche Interviewpartner_innen weisen darauf hin, dass Ausbildung, Berufserfahrung und Weiterbildungen der Pflegenden weitreichender angelegt seien, als die Curricula für die Zusatzausbildungen der medizinischen Fachangestellten.

24 Stunden- Betreuung durch Frauen osteuropäischer Länder

Pflegefachpersonen äußern Verständnis für die Familien, die sich für Betreuungsbedarf über 24 Stunden Unterstützung organisieren und so in der Pflege ihrer Angehörigen insbesondere von Menschen mit Demenz Entlastung finden. Ein Pflegedienst vermittelte 24 Stunden- Betreuungskräfte aus einem eigenen Pool an Hilfskräften. Eine Pflegefachperson hat den Eindruck, *„dass die osteuropäischen Pflegekräfte immer mehr auf den Markt schwemmen und auch immer mehr von den Angehörigen angestellt werden und wir dann immer weniger zu tun bekommen“ (PK03ww2 74)*. Sie stellt fest, dass die meisten dieser Hilfskräfte keine pflegerelevante Ausbildung haben und von Angehörigen angewiesen werden, sich relevante Handgriffe von den Pflegefachpersonen abzuschauen.

„Sie soll sich angucken wie der Transfer geht. ‚Guck wie die Schwester das macht‘ Damit sie dann keine Rückenschmerzen kriegen, dass sie dann nicht sagt: sie kann die Patientin nicht heben, (...) Und, wenn die das dann können und dann sind wir weg“ (PK03ww1 100).

Sie problematisiert, dass Betreuungskräfte, die nicht in der Lage seien, den anvertrauten Menschen auf Deutsch anzusprechen, zur weiteren Verwirrung beitragen können. Manchmal komme es dann zu sichtbaren Pflegefehlern und gefährlichen Situationen, in denen eine 24 Stunden- Betreuungskraft überfordert sei. So könnten Druckgeschwüre durch unzureichende Kenntnis zur Lagerung von bettlägerigen Menschen entstehen.

„Oder ein dementer Patient, der keine Empfindung mehr hat, der dann auch vom Badewasser mal verbrüht wird“ (PK03ww1 89), weil der Betreuungskraft nicht bekannt war, dass das Temperaturempfinden von Menschen mit Demenz gestört sein kann.



Wenn die Situation unhaltbar werde, und nicht mehr möglich sei, diese zu verheimlichen, würden professionelle Pflegedienste wieder hinzugezogen. Die Patient_innen seien meistens nicht mehr in der Lage einzufordern, dass sie rechtzeitig von einer professionellen Pflegefachperson behandelt werden möchten.

Eine Pflegedienstleitung weist auf Widersprüche in der Haltung der Krankenkassen in Bezug auf Hilfskräfte hin. So würden Vertreter_innen der Krankenkasse einerseits einer langjährigen Hilfskraft nicht erlauben, einen Kompressionsstrumpf der Stufe 2 anzuziehen oder Medikamente zu stellen und bestünden auf der Durchführung dieser Maßnahme durch examinierte Pflegefachpersonen. Andererseits würden von Seiten der Krankenkassen in Verhandlungen zur Kostenübernahme der Hinweis eingebracht: *„Ja da lebt ja eine polnische Hilfskraft, die kann doch die Strümpfe abends ausziehen“* (PDL04 72) und sie könne ebenfalls Medikamente richten. Nach Einschätzung der Interviewpartner_innen sei eine Hilfskraft ohne pflegerische Ausbildung nicht in der Lage, fachgerecht Ödeme in Beinen zu beurteilen. Die Pflegedienstleitungen wünschen sich sowohl mehr Delegationsmöglichkeiten für ihre eigenen Hilfskräfte, als auch Kontroll- und Eingriffsmöglichkeiten bei Anzeichen von gefährlicher Pflege durch Hilfskräfte, die im Rahmen der 24 Stunden- Betreuung tätig sind.

Spezialisierte Ambulante Palliativ Versorgung (SAPV)

Die Pflege von Menschen in der Sterbephase, insbesondere von Patient_innen mit onkologischen Erkrankungen (vgl. PDL02w 35) in jedem Lebensalter stellt Pflegedienste vor Herausforderungen. Auch wenn SAPV-Teams ein guter Ansatz zur Verbesserung der Situation seien, wird bemängelt, dass ihre Arbeit *„in Rheinland Pfalz nur örtlich begrenzt“* (PDL06 163) und auf medizinische Schmerztherapie fokussiert bleibe.

„Und diese Menschen brauchen ja aber auch eine Unterstützung in der Pflege und in der psychosozialen Betreuung. Und dieser Part wurde aus dieser speziellen, ambulanten Intensivversorgung rausgenommen. (...) Da geht es ganz klar (...) um die Beratung, um die Schmerztherapie (...), wie wird der Mensch dann medizinisch in den Symptomaten begleitet. Aber die Grundpflege, an die wurde nicht gedacht. Oder an den Haushalt oder an die Familienstruktur oder was da alles ist. Diese psychosoziale Betreuung: Fragezeichen. (...) die laufen parallel, neben dem Pflegediensten her. (...) Wir machen gemeinsame Berichterstattung, (...) aber es ist nicht zu Ende gedacht (...)“ (PDL02w 35-39)

Vom Gesetzgeber sei der erhöhte Aufwand der allgemeinen Pflege bei Sterbenden nicht ausreichend berücksichtigt worden. Grundsätzlich stünden außerdem nicht genügend SAPV Teams zur Verfügung. Die Geschäftsführerin eines größeren Pflegedienstes beobachtet,

dass kleinere Träger vor dem Aufwand der Zusatzqualifizierung in der Palliativpflege zurückschrecken.

Sie hingegen investiere seit „vielen Jahren [in] Leute im SAPV-Bereich. Also ich habe meine Leute in der Klinik ausbilden lassen, in der Uni [Name] zu Fachkräften für Onkologie, Hospiz, dann muss das aber auch so weit gehen, dass die dann zum Beispiel Portnadeln auch wechseln dürfen.“ (GF03w 88).

Eine Pflegedienstleitung berichtet, dass ihr Träger eine eigene Erhebung durchführt, um die Finanzierung der Versorgung von Palliativpatient_innen durch den ambulanten Pflegedienst zu sichern und mit den Krankenkassen über die erhobenen und tatsächlich benötigten Zeiten in Verhandlung treten zu können:

„Wir machen eine statistische Erhebung mit einem Extramodul (...) Palliativ- und Sterbebegleitung und bei den Menschen erfassen wir den Zeitbedarf. (...) Und wenn die Mitarbeiterin eine Stunde dort ist, dann wird die Zeit praktisch dokumentiert.“ (PDL02w 35).

Die Expert_innen in der ambulanten Pflege beobachten, dass Hausärzt_innen in bestimmten Fällen in der Sterbebegleitung überfordert seien. Dies betreffe insbesondere die Schmerztherapie und die Betreuung parenteraler Versorgung. Eine Pflegedienstleitung berichtet, dass „normale“ Hausärzt_innen es beispielsweise ablehnen würden, eine Portnadel zu setzen und stattdessen eine Überweisung ins Krankenhaus fordern:

„Der muss ins Krankenhaus, das mache ICH nicht. DAS ist mir zu hoch, das Risiko‘ Und dann sagst du: ‚Nee, ich brauche eine 16-er Nadel, das geht. Ist kein Thema‘ Dann delegiert er Sie, wenn Sie Glück haben, (...) Schmerzpumpe et cetera. Also alles, was der Einsatz so mit sich bringt“ (PDL03 109).

Pflegefachpersonen in SAPV-Teams seien im Vorteil, da „ein Arzt im Team“ (PDL07 133) mit Weiterbildung in Palliativmedizin sein müsse, der dann schneller bereit sei, Vorschlägen von Pflegenden zur Schmerztherapie zu folgen oder Tätigkeiten an Pflegende zu delegieren.

Im Bereich der Palliativversorgung wird für besonders qualifizierte Pflegefachpersonen explizit mehr Freiraum und Verantwortung gefordert:

„Das wären dann zum Beispiel Advanced Nursing Kräfte oder eben Palliativkräfte, die auch nicht nur die Ausbildung haben, sondern auch ENDLICH die Kompetenz zugeordnet kriegen (...): ‚Du hast das gelernt zwei Jahre. Du kannst das‘ (PDL03 109).

Alltagsbegleitung

Die befragten Pflegedienstleitungen macht deutlich, dass geschulte Betreuungskräfte zur Entlastung der „Angehörigen von ihren Pflegeverpflichtungen“ in der Begleitung von Menschen mit Demenz unerlässlich geworden seien, da diese Aufgabe sonst nicht zu bewältigen sei (vgl. PDL09 249; PDL01 14). Sie berichten auch über eine Erweiterung der Ansprüche auf Betreuungsleistungen, die durch die Pflegestärkungsgesetze eröffnet wurde. Es würden mehr Leistungen der zusätzlichen Betreuung nachgefragt, als geeignete Kräfte zur Verfügung stünden. Es sei bedauerlich, Angehörige frustrieren zu müssen, wenn den Pflegebedürftigen und ihren Familien keine ausreichende Unterstützung angeboten werden könne, obwohl ein Anspruch darauf bestünde. Die Vermittlung der Betreuungskräfte wird derzeit in der Regel von Pflegestützpunkten initiiert oder direkt von Pflegediensten übernommen. Einige Betriebe geben an, dass Alltagsbegleiter_innen in eigener Trägerschaft ausgebildet würden.

Die Geschäftsführer_innen nehmen wahr, dass sich im Zuge der Erweiterung der gesetzlichen Ansprüche neue Unternehmensmodelle eröffnen, die von den lokalen alteingesessenen Akteuren noch kaum wahrgenommen werden. Der Initiator eines neu gegründeten Unternehmens zur Rekrutierung und Vermittlung von Alltagsbegleiter_innen vermittelt im Rahmen seiner Dienstleistungen Frauen, die in der Regel auf Minijobbasis angestellt sind.

Die Interpretation des Aufgabenbereichs von Alltagsbegleiter_innen variiert in den Beschreibungen der Interviewteilnehmenden. Die Sozialarbeiterin eines Pflegestützpunktes weist darauf hin, dass Alltagsbegleiter_innen ausgebildet würden, um bei der Tagesstrukturierung zu helfen. Da es ihnen aber offiziell nicht gestattet sei, pflegerisch tätig zu werden und beispielsweise eine Person zur Toilette zu führen, sei diese Vorgabe bei alleinlebenden alten Menschen lebensfremd. Hilfskräfte in der Betreuung ohne Kenntnisse, Berechtigung und Abrechnungsmöglichkeiten von leichten Pflegetätigkeiten seien nur begrenzt einsetzbar:

„Also ich denke, es müssten aber nicht Alltagsbegleiter sein, sondern es braucht schon eine gewisse pflegerische Qualifikation, derweil diese Toilettengänge (...), die werden wegrationalisiert bei diesem Ausbildungsberuf, da wird ja ganz stark getrennt: Alltagsbegleiter - Pflege. Aber dann denke ich: Wie will ein Alltagsbegleiter fünf Stunden jemanden im häuslichen Bereich begleiten, ohne Toilettengang zu begleiten? Wenn der Bedarf besteht? Das ist ja eigentlich praktisch gar nicht umsetzbar.“ (DIV03w 40).

Als Problem wird formuliert, dass professionell Pflegendе zumeist unter Zeitdruck stünden und Alltagsbegleiter_innen über mehr Zeitkontingente verfügen könnten. In ihrer Funktion als

„Gesellschafterinnen“ mit niederschweligen Unterhaltungsangeboten, für die keine spezielle Qualifikation erforderlich sei, dürften sie sich in Ruhe mit den Menschen beschäftigen. Der Wunsch der Pflegenden nach mehr Zeit für den Kontakt mit den Pflegebedürftigen führe kontinuierlich zu Unzufriedenheit. Pflegende beklagen, dass Zeit für Aktivitäten, die sie als Mittel der Beziehungsgestaltung nutzen und als besonders bereichernd erlebten, systematisch ausgegliedert würde.

Zusammenfassung Versorgungsbedarf Parallelstrukturen

Die befragten Pflegedienstleitungen und Pflegefachpersonen in ambulanten Pflegediensten zeigen unterschiedliche Einstellungen gegenüber der Übernahme von Aufgaben in der häuslichen Versorgung durch als VERAH oder NÄPa fortgebildete Medizinische Fachangestellte, die sich mit ihrem Tätigkeitfeld überschneiden. Einerseits wird eine ablehnende Haltung deutlich, die vor allem die mangelnde Expertise aufgrund der nur wenige Stunden umfassenden Weiterbildung der Medizinischen Fachangestellten kritisiert. Andererseits werden auch Argumente geäußert, die die Notwendigkeit von zusätzlichen personellen Ressourcen für die Bewältigung der Versorgungsaufgaben im gemeindenahen Bereich anerkennen.

Befragte Pflegefachpersonen akzeptieren den Einsatz von 24 Stunden- Betreuungskräften grundsätzlich. Sie beschreiben aber zugleich Situationen gefährlicher Pflege durch diese Personen, wenn diese Pfl egetätigkeiten ausführen, die fachgerecht nur von ausgebildeten Pflegenden übernommen werden könnten.

Expert_innen problematisieren den Ausschluss von Tätigkeiten der sogenannten „Grundpflege“ aus dem Aufgabenbereich der SAPV-Teams. Zugleich wird von Bemühungen berichtet, in den allgemeinen Pflegediensten mehr Kompetenzen zur Sterbebegleitung aufzubauen und Abrechnungsmöglichkeiten für den notwendigen Zeitbedarf hierfür zu eröffnen. Die enge Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzt_innen in den SAPV-Teams wird begrüßt und eine Erweiterung des Kompetenzbereichs von besonders qualifizierten Pflegefachpersonen in diesem Bereich als wünschenswert erachtet.

Alltagsbegleitung von unterstützungsbedürftigen Menschen, insbesondere von Menschen mit Demenz durch Hilfskräfte wird als relevante Unterstützungsleistung gesehen. Aus Sicht der Interviewpartner_innen überschneiden sich die Zuständigkeitsbereiche von Alltagsbegleiter_innen und Pflegefachpersonen und sie wünschen mehr Klarheit in der Aufgabenteilung. Sie weisen außerdem darauf hin, dass die Pflegefachpersonen selbst ausreichend Zeit für die Kommunikation mit den Pflegebedürftigen benötigen und möchten diese Aufgabe nur begrenzt an Alltagsbegleiter_innen delegieren müssen.

4.1.4 Wirtschaftlichkeitsgebot

Die Expert_innen berichten, die Pflege stehe auch im ambulanten Bereich unter hohem Druck, da die Leistungserbringung ausreichend und wirtschaftlich sein müsse und dabei das Maß des Notwendigen nicht überschritten werden dürfe. In den Interviews wurden immer wieder Situationen geschildert, in denen das Maß dessen, was die Interviewten im pflegerischen Alltag als ausreichend und notwendig erachten, den vorgegebenen Zeit- und Kostenrahmen übersteigt.

Unökonomische Leistungen

Dokumentationspflichten nehmen nach Angaben der Pflegefachpersonen nach wie vor deutlich zu viel von der Zeit in Anspruch, die für die Versorgung der jeweiligen Patient_innen vorgesehen ist:

„Normalerweise heißt es, die Dokumentation soll die Zeit nicht überschreiten, die ich beim Patient bin. Mittlerweile habe ich aber zum Beispiel fünf Minuten beim Patient und zehn Minuten Dokumentation.“ (PK01 198),

„Also, das Belastenste ist momentan glaube ich, wo die Mitarbeiter wirklich draußen ihre Probleme haben, ist die Situation, ob sie ihre Dokumentation, also MDK-Pflichten, nachgekommen sind. Das ist so eine ganz große Problematik, weil der MDK ja hier auch immer mehr verlangt.“ (PDL03 67).

Manche kämen der Dokumentation nur nach, um „unfairer“ Bewertung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) keinen Vorschub zu leisten und für den Konfliktfall wird die Dokumentation geschätzt und sei nach wie vor „immer das A und O“ (PK02w4 146).

Beratungstätigkeiten, die nicht dokumentiert seien, können nicht abgerechnet werden, obwohl bekannt ist, dass Angehörige von Menschen mit Demenz einen erhöhten Beratungsbedarf haben:

„Wir müssen ja auch bei Demenz extrem beraten, und das passiert ja zwangsläufig mehr oder weniger fast immer bei jedem Vorgang, wo wir dann mit den Angehörigen trifft, man dokumentiert es ja zu selten, und das ist ja das Einzige, was zählt, dass es dokumentiert ist.“ (PK01ww 102).

Pflegefachkräfte übernehmen Gefälligkeiten, die nicht umfänglich mit den Kostenträgern abzurechnen seien und daher unentgeltlich übernommen würden. Es wurde wiederholt die „Tasse Kaffee“ genannt, die mit den Patient_innen getrunken würde, Hol- und Bringdienste

für Brötchen, Zeitungen oder Medikamente sowie Handreichungen, wie das Hochziehen der Rollläden oder Müllbeutelentsorgung.

Eine besondere Problematik wird deutlich, wenn befragte Pflegefachperson berichten, dass auch Wäsche bei alleinlebenden Personen *„immer portionsweise wieder mitgenommen“* (PDL01 54) werde, um dann privat gewaschen zu werden.

Auch Wegezeiten zu Haus- und Fachärzten schlagen den Interviewten zufolge beim ohnehin knapp bemessenen Zeitbudget zu Buche:

„Dann müssen wir ja zum Arzt fahren, zur Apotheke fahren, wenn keiner dort ist noch einmal zum Patient. (...) Das machen wir ja eigentlich auch nicht, das gehört ja auch eigentlich nicht zu unserer Leistung.“ (PK02w4)

Diese Leistungen könnten zwar *„unter Einkauf“* (PK02w2 142) verbucht werden, aber Patient_innen würden häufig nicht dafür bezahlen wollen oder seien dazu nicht in der Lage.

Pflegefachpersonen berichten von besonderem Zeitdruck bei der Versorgung der Patient_innen mit komplexen Pflegeproblemen oder anspruchsvoller Behandlungspflege, da zunächst nur Pauschalen abrechenbar sind. Der zeitliche Aufwand bei der modernen Wundversorgung zum Beispiel mit VAC-Therapie⁹ stünde in keinem Verhältnis zur geringen Vergütung:

„7.96 Euro pro Wunde (...) die Krankenkasse gibt Ihnen zwar nicht vor, wie lange so eine Wundversorgung dauern darf, aber die gibt Richtwerte, an die man sich halten sollte.(...) wenn ich jetzt einen Verbandswechsel mache mit (...) gewissen Wundspülungen, die haben ja alleine schon eine Einwirkzeit zwischen fünf und zehn Minuten. Wenn mir aber die Krankenkasse nur acht vorgibt, passt das schon mal nicht. (...) das ist eine konventionelle Therapie. Bei der VAC-Therapie, da ist man viertel Stunde bis 20 Minuten beschäftigt die VAC-Verbandswechsel durchzuführen“ (PDL04 20).

Pflegedienste würden aufgefordert, von einer Mischkalkulation lukrativer und defizitärer Fälle auszugehen. Das stellen jedoch mehrere Pflegedienstleitungen in Frage.

„Wir haben mittlerweile keine Mischkalkulation, das ist Nonsens, ja. Da sind wir schon lange im defizitären Bereich. Also, wenn Sie heute Wunden kriegen. KAUM noch eine Wunde ist in dem Bereich mit zehn Minuten zu versorgen, das schaffen Sie heute kaum noch. Ja. Weil die Wunden immer diffiziler werden.“ (PDL03 189)

⁹ VAC- Therapie: Vakuumtherapie.

Die Vorgaben der Krankenkassen entsprechen nicht dem tatsächlichen Aufwand, wenn beispielsweise eine Frau mit Wunden an den Beinen eine Kompressionstherapie benötige:

„In den Richtlinien ist es so geregelt, (...) eine Wundversorgung und ein Kompressionsverband ist nicht zusammen abrechenbar. Das heißt, man kriegt nur den Kompressionsverband bezahlt.“ (PK01ww 174).

Kleinere Pflegedienste berichten, dass sie die Versorgung von Patient_innen in entlegenen Gebieten ablehnen müssen, da sich auch hier Kosten und Aufwand nicht in einem kostenneutralen Rahmen bewegen würden.

Lesezeit für pflegewissenschaftliche oder medizinische Publikationen wird laut der Pflegefachpersonen selten in reguläre Arbeits- oder Fortbildungszeit eingeplant, sondern von Ihnen würde Engagement in der Freizeit erwartet. Eine Ausnahme schien ein Pflegedienstleiter eines ambulanten Intensivpflegedienstes zu sein, der von den Pflegefachpersonen, die 1:1 Betreuung leisten, die Lektüre von Fachartikeln während der Arbeitszeit auf eigens angeschafften Tablets einforderte.

Bereitstellung und Einsatz von Hilfsmitteln

Die Interviewten beklagten einhellig, dass Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nicht von Pflegefachpersonen verordnet werden dürfen und der Umweg über die Arztpraxen einzuhalten sei:

„Da müssen die Angehörigen zum Hausarzt fahren, der vielleicht noch nie den Patienten gesehen hat, keine Ahnung von nichts hat, wie eine Toilettensitzerhöhung aussieht.“ (PK03ww2 152).

Zwar würde von den Pflegefachpersonen gewünscht und auch gefordert, sich beratend einzubringen und bei der Entscheidung zu unterstützen, aber bei der Durchsetzung von Empfehlungen im Sinne der Patient_innen gebe es *„keine Handhabe mehr“* (PK03 154).

Die Bewilligung von Pflegehilfsmitteln dauert den interviewten Pflegefachpersonen häufig zu lange. Sie berichten von Fällen, in denen sich die Bereitstellung von Pflegebetten so lange hinziehe, dass die wartenden Pflegebedürftigen unterdessen verstorben seien. Sie kritisieren zudem, dass Krankenkassen Aufträge ausschreiben und dann Verträge mit Hilfsmittelherstellern schließen, die das günstigste und nicht das qualitativ hochwertigste Angebot abgeben würden. Es würde dann von ihnen erwartet, unzureichendes Verbandsmaterial oder wenig geeignete Windeln in der Pflege zu verwenden.

Die Befragten beobachten, dass der Service auf dem Land durch Sanitätshäuser oder der Kundenservice in der Geräteüberwachung schlechter geworden sei. Beispielsweise würden die Monitore von Sauerstoffgeräten unzureichend gewartet. Mängel würden nur dürftig bzw. nicht zeitnah behoben:

„Ein Krankenbett kracht zusammen. Da wird dann Holz drunter gestapelt, bis da mal irgendwas passiert.“ (PK03ww1 157).

Individualisierter Personaleinsatz

Interviewte Pflegedienstleitungen machen deutlich, dass sie ihre Mitarbeiter_innen gemäß ihrer Expertise, ihrer Fähigkeiten und Belastungsgrenzen einsetzen möchten. Pflegefachpersonen mit besonderer Expertise, wie Wundmanager_innen oder Kinästhetikexpert_innen könnten dabei in der Regel nicht kostendeckend eingesetzt werden, da ihre besonderen Leistungen nicht abzurechnen seien. Pflegedienstleitungen äußern den Wunsch nach Freiheiten, um ältere Mitarbeiter_innen altersgemäß einsetzen zu können, ohne sie weiterhin physisch so stark zu belasten und dem Zeitdruck der Tourenplanung aussetzen zu müssen. Die Expertise dieser erfahrenen Pflegefachpersonen könne nicht angemessen genutzt und wertgeschätzt werden. Mitarbeiter_innen mit Langzeiterkrankungen, insbesondere Depression, stellten die Einrichtungen organisatorisch und finanziell vor große Herausforderungen. Pflegedienstleitungen und Geschäftsführungen berichten, dass es einen Wettstreit um qualifizierte und leistungsfähige Fachkräfte gebe. Zeitarbeitsfirmen würden dabei außerhalb tariflicher Bindungen mit Prämien Pflegefachpersonen abwerben.

Anreizstruktur zur Prävention

Die Anreizstruktur der Krankenkassen wird von einzelnen Interviewpartnern hinterfragt. So würde Pflegediensten nicht honoriert, wenn es gelänge Patient_innen zu unterstützen, ihre Selbstständigkeit zu erhalten, sie zu aktivieren und sich aus der aktiven Versorgung zurückzuziehen:

"Wissen Sie was, Frau Müller, das könnten Sie eigentlich alleine. (...) das langt eigentlich auch zweimal, wenn wir das machen." (PDL03 185).

Finanzielle Interessen von Firmen könnten dazu führen, dass eine Wunde die, eigentlich nur zweimal Verbandswechsel benötigt, „ruckzuck sieben Mal“ (PDL03 185) verbunden werden müsste.

Präventives Training von Patient_innen in der fachgerechten selbstständigen Pflege des eigenen Enterostomas (künstlicher Darmausgang), sei von den Kostenträgern nicht vorgesehen und daher nicht abzurechnen. Die Unterstützung beim Wechsel von Stomabeuteln, gelte als Leistungsmodul „Hilfe zur Ausscheidung“ und werde als solches über die Pflegeversicherung abgedeckt. Pflegende leiten aber häufig mit erhöhtem Zeitaufwand zur selbständigen Pflege und Gebrauch der Stomaanlage an, da sie wüssten, dass diese Unterstützung Entzündungen zu vermeiden und damit Lebensqualität zu erhalten vermag. Mehr Zeit sei aber nur abrechenbar, wenn sich eine Stoma-Anlage bereits entzündet habe und damit ein erhöhter Zeitaufwand durch die Krankenkasse finanziert würde (vgl. PDL02 93).

Zusammenfassung Versorgungsbedarf Wirtschaftlichkeitsgebot

Die befragten Expert_innen in den Pflegediensten sehen sich vor die Herausforderung gestellt, zeitaufwendige, aber nicht liquidierbare oder kostenneutrale Leistungen zur rechtfertigen, zu kompensieren oder abzulehnen. Zeitvorgaben würden regelmäßig von Pflegefachpersonen überschritten. In der Versorgung von Wunden, bei der Stomapflege, in der Sterbebegleitung, durch Dokumentationsanforderungen, Weg- und Wartezeiten in der derzeitigen Versorgungspraxis oder Anleitungssituationen komme es immer wieder zu finanziell ungedeckten Zeiten und Leistungen.

4.1.5 Kommunikation der Akteure

In den Interviews wird deutlich, dass im pflegerischen Alltag in der ambulanten Pflege immer wieder Situationen zu bewältigen sind, in denen von den Pflegefachpersonen Beratungskompetenzen und Fähigkeiten zum Anleiten, Erklären, Verhandeln oder Seelsorge gefordert werden. Pflegefachpersonen kommunizierten in mannigfaltigen Situationen und auf unterschiedlichen Ebenen mit Menschen und Institutionen.

Ein Geschäftsführer erklärt, das die Sprache dabei dem jeweiligen Gegenüber anzupassen sei, „*man muss auch Pälzisch babbele*“ (GF01 235) können und sich anderen Personen gegenüber „*sehr gewählt auszudrücken*“ wissen und dabei „*nicht nur die Argumente, sondern auch das Sprachniveau zu erhöhen*“ (GF01 159). Als eine Kernkompetenz der Pflege benennt er die Fähigkeit zur Empathie:

„*Im ambulanten Bereich muss man auch das Herz und kommunikative Kompetenzen haben.*“ (GF01 235).

Pflegebedürftige

Der Schwerpunkt der häuslichen Pflege liegt in der Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheitsbildern. Die interviewten Expert_innen äußern den Anspruch, die betroffenen Menschen in der Bewältigung ihrer Situation zu begleiten. Pflegefachpersonen leisten hier psychosoziale Betreuung. Besonders in der Anfangsphase, *„wenn diese Erkrankung ganz frisch ist“ (PDL04 40)*, brauche es zeitliche Ressourcen zur emotionalen Begleitung. Selbsthilfegruppen oder Schulungsangebote würden zur Entlastung empfohlen und angeboten.

Manchmal bräuchten die Pflegegebedürftigen Übersetzungsleistungen zum Verständnis medizinischer Fachterminologie, *„weil sie können zum Beispiel Umgangssprache gut beherrschen, aber die Fachsprache verstehen sie sowieso nicht, wenn die Ärzte sprechen“ (PDL09 27)*. Häufig seien alte Menschen nicht in der Lage, gegenüber Ärzt_innen etwas einzufordern: *“ich halte es nicht mehr aus, wir müssen jetzt etwas ändern.“ und das trauen sich die Leute eben einfach nicht“ (PK02 118)* und seien auch diesbezüglich auf Unterstützung durch Angehörige oder Pflegefachpersonen angewiesen. Es wird berichtet, dass manche Pflegedienste mit ihrer besonderen Expertise in z.B. russischer Sprache durch muttersprachliche Mitarbeiter_innen werben, denn Patient_innen im dementiellen Veränderungsprozess bedürften einer besonders sensiblen und wertschätzenden Ansprache, möglichst in der Muttersprache.

Angehörige

Angehörige sind den befragten Expert_innen zufolge im hohen Maße belastet, wenn sich ihre Lebenssituation dauerhaft verändert. Die Familien von Menschen in dementiellen Prozessen würden besonders deutlich von Verhaltensschulungen zur Entspannung der Interaktionen profitieren (vgl. DIV03). Manche Pflegedienste oder Pflegestützpunkte bieten gezielt Fortbildungsprogramme für Angehörige an. Individuelles Coaching sei hilfreich, um Überforderung zu vermeiden und Entlastungsmöglichkeiten zu finden. Angehörige seien anzuleiten und beispielsweise in der Dekubitusprophylaxe zu schulen (vgl. GF02 85).

Team

Pflegefachpersonen in den ersten Berufsjahren geben an, die Expertise ihrer berufserfahrenen Kolleg_innen gerne zu nutzen. Sie würden beispielsweise Wundmanger_innen gezielt um Rat fragen und die Kontrolle ihrer Wundbehandlungen zur Verbesserung ihrer Fertigkeiten tolerieren (vgl. PK02wwwm). Aus den Aussagen der Interviewten wird deutlich, dass

die Interaktion im Team, ein zielorientierter Austausch und der gemeinsame Umgang mit schwierigen Versorgungssituationen bei permanentem Personalmangel eine besondere Herausforderung für Teams in den ambulanten Pflegediensten darstellen.

Ärztinnen und Ärzte

Als Voraussetzung einer produktiven Kooperation und Kommunikation mit Haus-, Fach- oder Klinikärzt_innen wird immer wieder eine angemessene „Ausdrucksweise“ genannt. Ein Geschäftsführer macht deutlich, dass diese seiner Auffassung nach nur durch eine Sozialisation im Rahmen eines Studiums erworben werden könne, wenn die wissenschaftliche Weiterbildung: *„auf einem anderen Niveau ist, ergibt sich (...) automatisch ein erhöhtes Sprachniveau“ (GF01 166).*

Kostenträger

Pflegedienstleitungen und Geschäftsführungen berichten, bei Fragen der Finanzierung bzw. Kostenübernahme immer wieder mit Krankenkassen zu verhandeln. Problematisch sei jedoch, dass Filialen vor Ort geschlossen würden und die Ansprechpartner_innen nur noch fernmündlich per Telefon oder schriftlich zu erreichen seien. Die kleineren Pflegedienste würden häufig zeitaufwendige Verhandlungen mit Krankenkassen vermeiden. Großen Trägern stünden in der Verwaltung mehr Ressourcen hierfür zur Verfügung. Verhandlungen von Widerspruchsverfahren und zu Ausnahmen oder zur Übernahme von besonderen Leistungen erfordere Durchsetzungsfähigkeit und Argumentationskraft. Die Auseinandersetzung würde mit Sachbearbeiter_innen geführt, die zum Teil selbst in der Pflege tätig gewesen seien, aber andere seien Bürokaufleute ohne Bezug zur Pflege, die nur wüssten wie *„man Pflege schreibt“ (PDL04 22)* und könnten daher keine fachlich fundierte Auskunft geben.

Zusammenfassung Versorgungsbedarf Kommunikation

Aus den Aussagen der Expert_innen wird deutlich, dass kommunikative Kompetenzen in unterschiedlicher Hinsicht von Pflegefachpersonen gefordert sind. So sollten sie in der Lage sein, sich in verschiedenen Kontexten auf unterschiedliche Gesprächspartner mit unterschiedlichem Habitus und sozialem Status einstellen zu können. Im Umgang mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sollten sowohl Anleitungssituationen, als auch Beratung und Begleitung bewältigt werden können. Ein konstruktiver Umgang im Team und eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit Ärzt_innen werden als wünschenswert erachtet.

4.1.6 Ethische Herausforderungen

Versorgung mit Hilfsmitteln und Medikamenten

Die Interviewpartner_innen berichten von Situationen, in denen sie sich ethischen Herausforderungen gegenüber sehen, um zum Wohle der Pflegebedürftigen handeln zu können. Wie oben bereits erwähnt, würden Patient_innen beispielsweise häufig vor dem Wochenende oder vor Feiertagen aus den Krankenhäusern entlassen, ohne mit ausreichenden Medikamenten versorgt zu sein (vgl. PDL10w 259). Rezepte oder Verordnungen für Medikamente und Hilfsmittel seien am Wochenende in kleineren Gemeinden nicht zu erhalten. Weder Arztpraxen noch Apotheken seien geöffnet.

Zeitaufwendige und unrentable Fahrten zu den Arztpraxen, um Verordnungen oder Verschreibungen zu holen wurden thematisiert. Hier stünden die Pflegedienste vor der Frage, entweder unbezahlte Zeiten in Kauf zu nehmen, oder diese Fahrwege privat in Rechnung stellen (vgl. PDL09 187-193).

Ärztliche Tätigkeiten

In den Interviews werden Substrukturen in Dörfern beschrieben, in denen sich Pflegefachpersonen privat als niedrigschwellige Anlaufstelle zur Verfügung stellen. Eine vorzeitig berentete Pflegefachperson schildert, dass sie regelmäßig von Bewohner_innen des Dorfes angesprochen würde, um bei Unsicherheiten den Zustand von pflegebedürftigen Angehörigen einzuschätzen. Sie bilde sich dann eine Meinung und nutze ihr altes Netzwerk zu Pflegediensten und Ärzt_innen in der Gemeinde, um den Familien mit konkreten Maßnahmen zu helfen. Dabei würde sie beispielsweise Dekubiti begutachten oder bei Komplikationen bei der Verwendung von Kathetern hinzugezogen (vgl. PK04 109-171).

In den Interviews werden in diesem Zusammenhang auch Tätigkeiten, wie Kontrollen des Blutzuckers oder Blutdrucks problematisiert, die im ambulanten Bereich einer ärztlichen Anordnung bedürfen (vgl. PK04 242). Auch im Zusammenhang mit Themen, wie dem Abtragen von Nekrosen oder dem Wechsel von Portnadeln, beschreiben die befragten Pflegedienstleitungen und Pflegefachpersonen Beispiele für ein „Handeln im Grauzonenbereich“ in denen sie rechtlich und ethisch schwierige Entscheidungen treffen müssen (vgl. PDL04 66; PDL02 101).

Altenwohlgefährdung

Die befragten Pflegefachpersonen und Pflegedienstleitungen schildern in den Interviews Situationen, in denen sie das Wohl der pflegebedürftigen alten Menschen bedroht sehen. Besonders bedeutsam sind Situationen im Kontext von Armut, Vernachlässigung und Gewalt.

Befragte sehen sich mit Familien oder Pflegebedürftigen konfrontiert, die unterhalb der Armutsgrenze lebten oder ein niedriges Bildungsniveau hätten und dabei häufig nicht in der Lage seien, die gesetzlich vorgesehenen Erleichterungen und Unterstützungsleistungen in Anspruch zu nehmen. Diese Menschen würden aus eigenen Stücken zu selten Hilfsangebote aufzusuchen. Beispielsweise könne bereits die Beantragung zur Berechnung der Belastungsgrenze als Voraussetzung zur Befreiung der Zuzahlungspflicht zu Medikamenten oder Hilfsmitteln eine Überforderung darstellen.

Problematisch sei es, wenn Angehörigen erst mit den Berechnungen der Kosten für die Leistungen des gewerblichen Pflegedienstes klar würde, dass die Pflegeversicherung keine Vollversicherung sei, ein Unterschied zwischen Sachleistungen und Pflegegeld bestehe und die Pflegekosten nur anteilig abgedeckt werden. In Kenntnis der Höhe an Zuzahlung würden Angehörige dann auf Einsatzmöglichkeiten des Pflegedienstes verzichten, weil sie es sich nicht leisten könnten.

„Wir sehen hier häufig, dass nachgefragt wird und (...) die Leute Kombinationsleistungen beantragen, (...) ‘Also wir wollen jetzt dreimal am Tag Hilfe bei Ausscheidung, und morgens kleine Toilette und vielleicht zweimal die Woche geduscht’, dann überschreitet der Bedarf, also der Kostenvoranschlag deutlich das Budget, über das sie verfügen können.“ (PDL10 53-55)

Für Angehörige ohne Erwerb oder mit geringem Einkommen könne das Pflegegeld ein Argument sein, die Pflege eines Verwandten eigenständig zu übernehmen, auch wenn sie nicht immer dazu in der Lage seien. Eine interviewte Pflegedienstleitung äußert die Vermutung, *„dass das Pflegegeld ja nicht nur für die Pflege ausgegeben wird, sondern es wird halt, ja, zur Aufstockung der niederen Rente genutzt“ (PDL10 214).*

Eine andere Pflegedienstleiterin weist darauf hin, dass es nicht pflegeversicherte Personen gäbe, die keine oder keine ausreichenden Ansprüche aus dem Versicherungs- und Versorgungssystem geltend machen könnten und daher nur eingeschränkt versorgt werden könnten:



„Die Leute, die keine Pflegeversicherung haben, die bekommen trotzdem Hilfe von Staat, zum Beispiel wenn jemand Körperpflege braucht. Aber die bekommen keine Leistungen für psychisch-soziale Betreuung“ (PDL09 177).

Eine Pflegefachperson berichtete, dass sie einen Patienten versorgen musste, dem in einem desolaten häuslichen Umfeld zu Anfang des Monats seine Gelder durch Bekannte abgenommen wurden und er daher nicht in der Lage gewesen sei, Nahrungsmittel einzukaufen. Ihre Lösung bestand darin, selbst Lebensmittel zu besorgen und bereit zu stellen, um so am wenigsten Zeit zu verlieren.

Pflegefachpersonen schildern Situationen, in denen pflegebedürftige Menschen Vernachlässigung erfahren, durch Fixierung in ihrer Freiheit eingeschränkt werden oder in denen sie Zeichen körperlicher Gewalt zu erkennen meinen. Wenn Pflegebedürftige nicht mehr in der Lage seien, sich sprachlich selbst zu äußern und aber blaue Flecke unklarer Herkunft aufweisen oder in Situationen Angst zeigen würden, in denen Angehörige das Zimmer betreten, deuten Pflegefachpersonen dies als mögliche Hinweise auf eine Misshandlung und sind teilweise unsicher, wie sie sich dazu verhalten sollen. Befragte sehen zudem die Handlungsmöglichkeiten von Haus- und Amtsärzt_innen als begrenzt an, von Gewalt bedrohte, hilflose Patient_innen aus solchen Situationen herauszulösen. In anderen Fällen würden Patient_innen nach stationären Aufenthalten in die Häuslichkeit zurück entlassen, auch wenn das Klinikpersonal kritische häusliche Situationen nicht ausschließen könne.

In den Interviews kommen auch Situationen der Vernachlässigung zur Sprache, die Pflegefachpersonen schwer erträglich finden. Sie nehmen Missstände wahr, die der Aufsicht der Krankenkassen entgehen können, wenn diese nur einmalig und angekündigt zur Kontrolle kämen. Pflegedienste würden jedoch die Konfrontation aus Sorge vor Sanktionen scheuen:

„Ja, hätten die was gesagt, der Pflegedienst, der wäre zu. Die Chefin hätte sich das gar nicht leisten können, [wenn] die die verklagt hätten wegen Verleumdung“ (PK01ww2 120).

Eine Pflegedienstleitung berichtet, dass sie die weitere Übernahme der Pflege eines kritischen Falles abgelehnt habe, weil keine Veränderung der Situation mit den Angehörigen auszuhandeln sei, um ihre Mitarbeiter_innen vor psychischer Überlastung und vor Bezichtigungen zu schützen (vgl. PDL06).

Es komme zu Konflikten mit Angehörigen, wenn diese die Notwendigkeit einer professionellen Pflege anders einschätzen würden, als der Pflegedienst. Pflegeverträge würden von Angehörigen aufgekündigt, obwohl sie nach Einschätzung der Pflegedienste nicht in der Lage

seien, die Versorgung ihrer pflegebedürftigen Angehörigen zu gewährleisten (vgl. PDL05 78).

Gegen den Willen oder die Einsicht eines gesetzlich bestellten Betreuers oder Betreuerin sei eine Versorgungssituation nicht zu verändern. Gerade bei Menschen mit Demenz könne das zu problematischen Zuständen führen. Wenn Pflegedienste zu einer anderen Einschätzung zumutbarer Lebensumstände kämen als die Person, die die rechtliche Betreuung übernommen habe, dann sehen sie keine Chance, gegen den Willen der bestellten Betreuerin/ Betreuers zum Wohle des Pflegebedürftigen vorzugehen (vgl. PDL01 52).

Zusammenfassung Versorgungsbedarf ethische Herausforderungen

Im Zusammenhang mit der zeitnahen Sicherstellung der Versorgung mit Medikamenten oder Hilfsmitteln, sowie mit der Übernahme bestimmter ärztlicher Tätigkeiten wird von ethischen Dilemmata berichtet, mit denen sich Pflegedienste und ihre Mitarbeiter_innen konfrontiert sehen, wenn sie eine Kontinuität der pflegerischen Versorgung gewährleisten oder Schaden von Patient_innen abwenden wollen.

Pflegefachpersonen fühlen sich durch die von ihnen beobachteten Lebensumstände einzelner Pflegebedürftiger ethisch unter Handlungsdruck gesetzt und mit ethischen Dilemmata konfrontiert. Sie berichten von hilfsbedürftigen Menschen, die unter schwierigen finanziellen Verhältnissen leben, ohne Versicherungsschutz, in schwierigen Beziehungskonstellationen, mit überforderten Angehörigen oder in Situationen der häuslichen Gewalt und Vernachlässigung.

4.2 Bildungsangebot, Organisation und Gestaltung

In den Experteninterviews werden neben den Versorgungsbedarfen auch Interessen der Pflegefachpersonen, Pflegedienstleitungen und Geschäftsführungen deutlich, die an eine hochschulische Weiterbildung geknüpft werden. Im Folgenden werden die Bedarfe in Bezug auf das Bildungsangebot dargestellt.

4.2.1 Motivation

Die persönlichen Motive der Pflegefachpersonen als potentielle Bildungsnehmer_innen und Überlegungen der Arbeitgeber_innen, also der Pflegedienstleistungen und Geschäftsführungen in den ambulanten Pflegediensten mit Blick auf die Personalentwicklung als potentielle Unterstützer_innen sind für eine Entscheidung zur Aufnahme eines hochschulischen Weiterbildungsangebots von zentraler Bedeutung.

Pflegefachpersonen

Die interviewten Pflegefachpersonen erwarten eine erhöhte Reputation des Berufsstandes, wenn Pflegende aus der Praxis eine hochschulische Weiterbildung durchlaufen. Sie äußern die Hoffnung, dass sich die berufsständische Anerkennung auf die gesellschaftliche Wertschätzung der eigenen Tätigkeit und Person auswirken könnte. Eine finanzielle Höhergruppierung der Absolventengruppe wäre ein Teil dieser Wertschätzung und die Aussicht darauf wirkt sehr motivierend.

Sehr deutlich und wiederholt wird der Wunsch geäußert, mehr Verantwortung im eigenen Arbeitsbereich übernehmen zu können: *„man will ja auch mal Verantwortung übernehmen. Man will ja auch mal ein bisschen weiter kommen“* (PK02W4 91). Ein Antrieb ist die Hoffnung, im Anschluss an eine hochschulische Weiterbildung in veränderten Tätigkeitsprofilen arbeiten zu dürfen und dabei mit dem eigenen Tun „wirksamer“ zu sein.

Die Interviewpartner_innen fänden eine Einbindung als Expert_in für Fachfragen und geschätzte Kolleg_in im Team interessant, sehen sich als „Selbstständige“ in eigener Praxis, Angestellte der Gemeinde oder auch als Pflegeexpert_in, die maßgeblich zur Entlastung der Hausarztpraxen beitragen könnten:

„In der Gemeinde, wo man sich kennt, wo man vielleicht auch die Hausärzte, (...) mit denen zusammenarbeiten, entlasten, (...), vielleicht sogar den Weg zum Arzt sparen könnte“ (PK00w 42).

Die Aussicht auf eine höhere Vergütung und flexible, selbstständig einzuteilende Arbeitszeiten sind wichtige Gründe zur Aufnahme eines Studiums. Der Ausbau der Handlungsspielräume und des eigenen Wissens, die Herausforderungen durch Intensivpflege und anspruchsvolle Tätigkeitsbereiche würden von den befragten Pflegefachpersonen gerne angenommen.

Pflegedienstleitungen, Geschäftsführungen

Geschäftsführungen und Pflegedienstleitungen unterstützen grundsätzlich hochschulische Bildung und die Akademisierung von Pflegefachkräften, allerdings verknüpft mit der Voraussetzung, dass diese *für die Praxis* qualifiziert. Dazu stünden insbesondere bei größeren Trägern auch finanzielle Ressourcen zur Verfügung. Eine nachhaltige Implementierung von neuen Tätigkeitsfeldern wurde von den Führungskräften immer auch an die Entwicklung der Finanzierungsstrukturen gekoppelt. Entscheidend für den Erfolg sei, ob erweiterte Leistungs-

kataloge auch abzurechnen sind und die hochschulisch gebildeten Mitarbeiter_innen adäquate Bezahlung erhalten können.

„Das muss auch alles gegenfinanziert sein. (...) man überträgt halt solche Tätigkeiten wie erste Laboruntersuchungen, man braucht andere Voraussetzungen, also einmal in der Fachlichkeit, (...) man muss andere Geräte haben und/ Also das ist mit dem Verdienst, den sie heute im ambulanten Dienst haben, das ist knapp kalkuliert. Also da müsste es auch sicherlich andere Vergütungsmöglichkeiten geben.“ (PDI10 192)

Auch wenn die Finanzierung durch die Kassen nicht geklärt ist, würden ambulante Pflegedienste in Personalentwicklung investieren, um in vierfacher Hinsicht davon zu profitieren. Erstens möchten sie ihre Attraktivität als Arbeitgeber erhöhen. Die Gewinnung und Bindung von gutem Personal ist das Rückgrat der Arbeit und schon jetzt sind „keine Leute mehr zu kriegen“. Zweitens könnte „alternden“ Arbeitnehmer_innen eine Perspektive geboten werden, um zu bleiben, auch wenn sie nicht mehr „so schnell“ und die körperlich anstrengenden Touren nicht mehr zu bewältigen sind. Die Beschäftigung einer Mitarbeiter_in mit hohem schulischem Abschluss könnte drittens für Kunden ausschlaggebend für die Wahl des Dienstleisters sein. Schließlich besteht ein großes Interesse der Betriebe, politische Entwicklungstendenzen nicht zu verpassen und diese für eigene strategische Ausrichtungen am Markt sowie zur Qualitätssteigerung zu nutzen.

4.2.2 Vorbehalte

Bisher bedeutet die Aufnahme eines Studiums von Pflegefachpersonen aus Sicht der ambulanten Pflegedienste in der Regel die Trennung vom bisherigen Arbeitgeber. Pflegende studieren Medizin, Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik, Pflegemanagement oder Sozialarbeit oder sie wenden sich ganz von dem sozialen Arbeitsfeld ab und schlagen eine ganz andere Laufbahn ein. Bisherige Studienwahlmöglichkeiten forcieren eher die Persönlichkeitsentwicklung der Arbeitnehmer_innen und nicht die Personalentwicklung für einen Betrieb.

Grundsätzlich äußern die befragten Expert_innen die Sorge, dass die Absolvent_innen eines hochschulischen Bildungsangebots mit der Erweiterung der Kenntnisse in kein erweitertes Tätigkeitsfeld stoßen dürfen. Wenn der erweiterte Tätigkeitskatalog nicht refinanziert werden könne, müssten akademisch gebildete Pflegeexpert_innen unterhalb ihres Qualifikationsniveaus eingesetzt und bezahlt werden.

Die interviewten Geschäftsführer_innen erinnern sich, dass vor einigen Jahren viele Pflegemanager_innen akademisch qualifiziert wurden, die zunächst keine Arbeit finden konnten. Sie formulieren die Befürchtung, dass sich die Arbeitsbelastung durch die Übernahme weite-

rer Aufgaben verschärfen könnte. Zudem wird die Besorgnis geäußert, dass insbesondere Tätigkeiten, die sich als finanziell nicht rentabel erweisen, den Pflegenden durch die Ärzteschaft „aufgedrückt“ werden könnten.

Aus den Aussagen einer Interviewten wird deutlich, dass sie hochschulische Bildung von Pflegefachpersonen immer noch unter dem Generalverdacht sieht, die Arbeit „am Bett“ nicht unterstützen zu können, sondern automatisch zu einer Distanzierung von der Praxis führe. Sie stellt sich die Fragen, wie sich Hochschulabsolvent_innen in die Tourenplanungen integrieren lassen, wenn schon frisch examinierte Kolleg_innen einen „Examenshöhenflug“ bekämen und *„dann plötzlich total abheben (...) Wir haben sie ausbilden lassen, weil wir ja die Leute nicht im Büro brauchen, sondern (...) draußen vor Ort“ (PK01ww 61)?*

4.2.3 Rahmenbedingungen

Studienfinanzierung

Studienfinanzierung beinhaltet aus Sicht der an einem Bildungsangebot teilnehmenden Pflegefachpersonen zwei Finanzierungsschwerpunkte: Ihnen entstehen direkte Kosten in Form von Gebühren und Sachkosten (Material, Fahrwege, Computer, Semesterbeiträge...) sowie zum anderen indirekte Kosten, die kompensiert werden müssen, wenn für die Weiterbildung Arbeitszeit reduziert wird und damit für die Lebenshaltung weniger Geld zur Verfügung steht.

Nach Einschätzung der meisten interviewten Expert_innen verfügen die Betriebe im Bereich der ambulanten Pflege, in denen sie jeweils tätig sind, über eine hohe Kapazitätsauslastung und ausreichend Gewinne, um prinzipiell direkte Kosten für eine Weiterbildung übernehmen zu können. Vorab müsste allerdings deutlich werden, welchen Vorteil die Geschäftsführungen von der Unterstützung eines Studiums für das eigene Dienstleistungsunternehmen erwarten dürfen.

Bei den Mitarbeiter_innen besteht eine hohe Bereitschaft, einen Verdienstaufschlag in Kauf zu nehmen, vor allem wenn die Aussicht besteht, sich langfristig finanziell zu verbessern.

Zeiten

Manche Pflegedienstleitungen erwarten von ihren Mitarbeiter_innen die Bereitschaft, Freizeit und Wochenenden in hochschulische Bildung zu investieren. Einige gehen davon aus, dass kein Zeitausgleich geschaffen wird, andere würden ein Studium in Teilen als Arbeitszeit anrechnen.

Die potentiellen Studierenden wünschen sich eine hohe zeitliche Flexibilität, insbesondere wenn sie eine Familie zu versorgen haben. Präsenzzeiten werden als notwendig erachtet. E-Learning Formate, die von Zuhause aus bedient werden könnten, werden von einigen Interviewteilnehmer_innen als sehr attraktiv, von anderen als zumindest nicht abschreckend gewertet. Die meisten Pflegefachpersonen fühlen sich in der Lage, sich mit neuen Techniken vertraut zu machen und so Präsenz- und Fahrtzeiten einsparen zu können.

Pflegefachpersonen fürchten, dass eine Belastung durch ein Studium neben der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sehr anstrengend werden könnte. Es wurde deutlich, dass neben der Zeit für Studium, Erwerbsarbeit, Familie und Freizeit ein erhöhter Regenerationsbedarf eingeplant werden und bei der Angebotsentwicklung berücksichtigt werden sollte.

Qualifikationsniveau

Über eine Bezeichnung oder das Bildungsniveau des anzustrebenden offiziellen Abschlusses hatten sich die Pflegefachkräfte noch keine Meinung gebildet. Deutlich wurde die Unklarheit in Bezug auf verschiedene Abschlussmöglichkeiten. Es herrscht Skepsis vor, dass ein weiterer Abschluss ohne Konsequenzen für die finanzielle Anerkennung bleiben könnte: *„Es ist so. Wir haben ja viele Zertifikate, aber was bringt uns das vom Geld her? Nichts.“* (PK03ww1 167). Die Pflegedienstleitungen und Geschäftsführungen äußerten ebenfalls keine klaren Vorstellungen zum Niveau des Abschlusses.

Zusammenfassung Organisation und Gestaltung eines hochschulischen Bildungsangebots

Die Interviewpartner_innen zeigen sich prinzipiell offen für ein qualifizierendes hochschulisches Bildungsangebot zur Erweiterung ihres Tätigkeitsfeldes. Pflegedienstleitungen und Geschäftsführungen stehen einer zusätzlichen Qualifizierung ihrer Mitarbeiter_innen überwiegend positiv gegenüber. Sie stellen eine Bereitstellung finanzieller und zeitlicher Ressourcen in Aussicht, wenn das Bildungsangebot den Interessen des Unternehmens dienen kann. Die Wünsche zu den organisatorischen Rahmenbedingungen bleiben vage, solange kein konkretes Bildungsformat vorliegt.

Die Offenheit gegenüber hochschulischer Bildung für Pflegefachpersonen ist insgesamt an die Erwartung geknüpft, dass der Theorie-Praxis-Transfer der Bildungsinhalte durch die Teilnehmer_innen gewährleistet sein müsste und Möglichkeiten der Finanzierung neuer Aufgabenbereiche geschaffen werden können.

5 Schlussbetrachtung

5.1 Herausforderungen, Versorgungs- und Bildungsbedarfe

Aus den Aussagen der im Rahmen der Experteninterviews befragten Pflegefachpersonen, Pflegedienstleitungen und Geschäftsführungen ambulanter Pflegedienste lassen sich Herausforderungen und Versorgungsbedarfe zu folgenden Themen rekonstruieren:

- Schnittstellen in Bezug auf den Zugang von Pflegebedürftigen zu ambulanter pflegerischer Versorgung und die Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxen, Krankenhäusern sowie anderen Gesundheitsdienstleistern und ambulanten Pflegediensten.
- Komplexe Pflegesituationen, insbesondere bei der Pflege von Menschen in dementiellen Prozessen und herausforderndem Verhalten sowie in Bezug auf die Übernahme von Intensivpflege, die Pflege von Menschen in der Sterbephase, sowie die Versorgung von Patient_innen mit Diabetes und chronischen Wunden.
- Umgang mit Parallelstrukturen und Überschneidungen von Tätigkeitsfeldern mit als VERAH oder NäPa fortgebildeten Medizinischen Fachangestellten in Hausarztpraxen, mit 24-Stunden-Betreuungskräften, Alltagsbegleiter_innen sowie mit SAPV-Teams in Bezug auf die Arbeitsteilung bei der Betreuung von Sterbenden.
- Ökonomische Zwänge und Zeitdruck insbesondere bei der Versorgung von Wunden, bei der Stomapflege, bei der Sterbebegleitung; verursacht durch Dokumentationsanforderungen sowie Wege- und Wartezeiten zu bzw. in Hausarztpraxen.
- Kommunikation mit und Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen sowie Kommunikation innerhalb des Pflegeteams.
- Ethische Dilemmata in Bezug auf die Versorgung von aus dem Krankenhaus kurzfristig entlassenen Patient_innen mit Medikamenten oder Hilfsmitteln, der Übernahme bestimmter ärztlicher Tätigkeiten und den Umgang mit Pflegebedürftigen, die sich in schwierigen finanziellen oder sozialen Lebenssituationen befinden oder von häuslicher Gewalt oder Vernachlässigung betroffen sind.

Die Analyse der Herausforderungen, wie sie sich aus der Perspektive der befragten Pflegefachpersonen, Pflegedienstleitungen und Geschäftsführungen in den ambulanten Pflegediensten der Westpfalz darstellen, zeigt Grenzen auf, an die Pflegefachpersonen in diesem Bereich in ihrem derzeitigen Handeln stoßen. Diese Begrenzungen bestehen sowohl aus strukturellen Einengungen, als auch aus Überforderung der handelnden Pflegefachpersonen.

Die geschilderten Herausforderungen verweisen auf Versorgungsbedarfe im Bereich der gemeindenahen Gesundheitsversorgung. Bei der Beantwortung dieser Bedarfe sind einerseits die rechtlichen und ökonomischen Strukturen zu reflektieren, die Möglichkeiten zur Veränderung begrenzen und z.B. die eigenverantwortliche Übernahme von bisher Ärzt_innen vorbehaltenen Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen nach wie vor verbieten. Andererseits sind jedoch die dennoch bestehenden Handlungsspielräume auszuloten, innerhalb derer erweiterte pflegerische Kompetenz- und Tätigkeitsfelder im Bereich der gemeindenahen Gesundheitsversorgung geschaffen werden können. Die ermittelten Versorgungsbedarfe werden, zusammen mit den Aussagen zu den Bedürfnissen, die Pflegefachpersonen, Pflegedienstleitungen und Geschäftsführungen in Bezug auf die Organisation und Gestaltung eines hochschulischen Bildungsangebots äußern, in die Entwicklung des hochschulischen Bildungsangebots im Rahmen des Projekts E^B – Pflege und Gesundheit einfließen (siehe Abbildung 2).

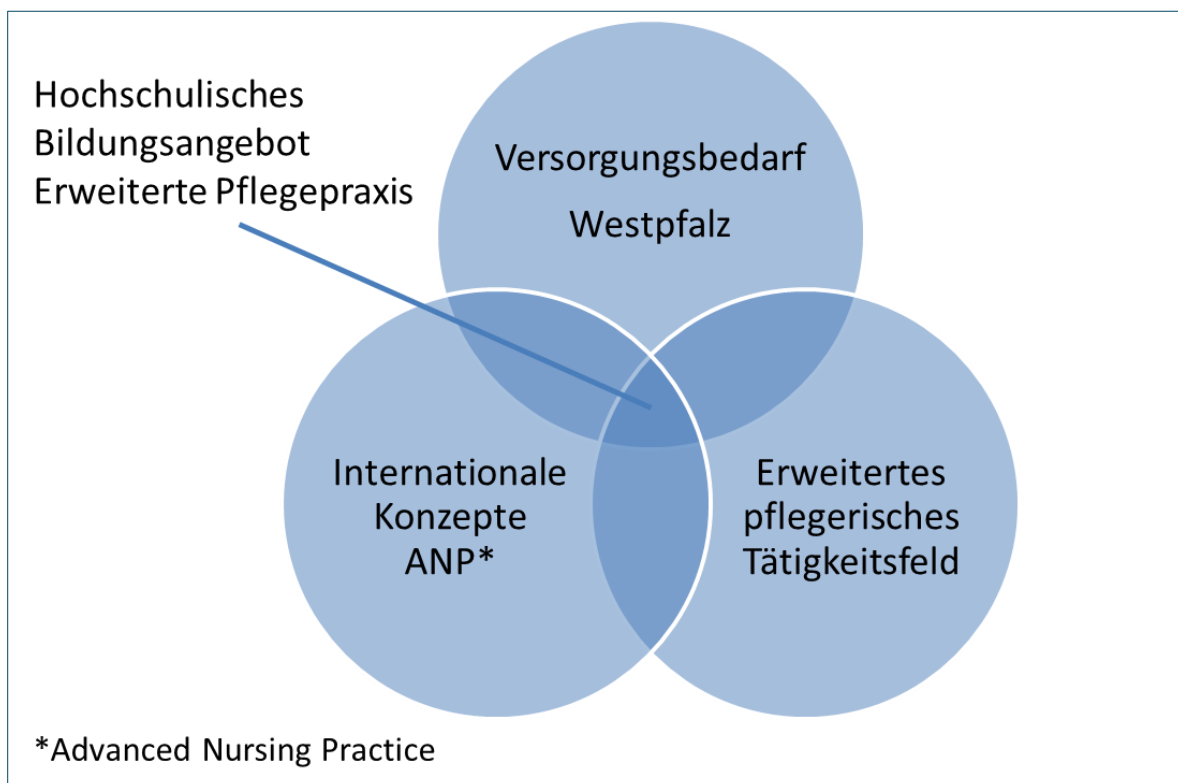


Abbildung 2: Schnittmenge hochschulischer Bildung

Den Hintergrund der Konzeption einer Erweiterten Pflegepraxis bilden Modelle von Advanced Nursing Practice, wie sie im nationalen und internationalen Diskurs beschrieben und im Rahmen des Projekts analysiert wurden (Geithner et al. 2016). Advanced Nursing Practice setzt neben einer mehrjährigen pflegepraktischen Berufserfahrung eine akademische Qualifikation voraus, die sowohl ein Bachelor- als auch ein Master-Studium erfordert. Berufserfah-



rene Pflegefachpersonen haben bislang in Deutschland in der Regel jedoch keinen Bachelor-Abschluss erworben. Das Projekt E^B – Pflege und Gesundheit möchte speziell für diese Zielgruppe einen Einstieg in Advanced Nursing Practice durch das Angebot von weiterbildenden wissenschaftlichen Zertifikaten ermöglichen, die für eine Erweiterte Pflegepraxis qualifizieren und gezielt auf die Versorgungsbedarfe in der ambulanten Pflege ausgerichtet sind.

Im Zuge des demografischen Wandels sind immer mehr Menschen von Demenz und anderen chronischen Erkrankungen betroffen. Eine Folge davon ist, dass Pflegesituationen zunehmend komplexer werden. Wie die Ergebnisse der vorgestellten Expertenbefragung in der ambulanten Pflege in der von diesen Entwicklungen betroffenen Region Westpfalz zeigen, entsteht ein Bedarf an besonders qualifizierten Pflegefachpersonen, die diese komplexen Situationen erkennen und systematisch beschreiben können, sowie auch befugt sind, auf der Basis dieser Beobachtungen Entscheidungen zu treffen. Es erscheint also sinnvoll, Pflegefachpersonen für Aufgaben im Rahmen einer Erweiterten Pflegepraxis wissenschaftlich weiterzubilden. In den vorliegenden Expert_inneninterviews wird deutlich, dass unter den vor Ort in der ambulanten Pflege tätigen Pflegefachpersonen motivierte Kräfte vorhanden sind, die gerne mehr Verantwortung übernehmen würden und die in diesem Bestreben auch von ihren Vorgesetzten unterstützt würden. Dies ist kompatibel mit den international für eine gemeindefnahe Erweiterte Pflegepraxis im Sinne von Advanced Nursing Practice geforderten Aufgaben- und Verantwortungsfeldern (Geithner et al. 2016). Eine derart erweiterte Pflegepraxis erfordert eine hohe Kommunikations- und Reflexionsfähigkeit sowie weitere fachliche und wissenschaftliche Kompetenzen, für die eine hochschulische Weiterbildung erforderlich ist.

Die Ergebnisse der weiteren Bedarfserhebungen im Projekt bestätigen, dass in den ambulanten Pflegediensten in der Region Westpfalz vielfach Pflegefachpersonen beschäftigt sind, die über eine langjährige berufliche Erfahrungen verfügen und teilweise auch berufliche Weiterbildungen absolviert haben (Helbig et al. im Druck). Zudem besteht auch auf der Seite der Arbeitgeber_innen in den Dienstleistungsunternehmen im Bereich der ambulanten Pflege die Bereitschaft, hochschulische Weiterbildung ihrer Mitarbeiter_innen zu unterstützen.

Offen bleibt, in wieweit die Verortung der wissenschaftlich gebildeten Pflegefachpersonen als Expert_innen für eine erweiterte Pflegepraxis in den organisatorischen und ökonomischen Strukturen der ambulanten Pflege gelingen kann. Wie kann die Rolle von wissenschaftlich weitergebildeten Pflegeexpert_innen in der ambulanten Pflege aussehen und wie können erweiterte Tätigkeiten finanziert und vergütet werden? Daher ist geplant, lokale Arbeitsgruppen aus Pflegedienstleitungen und Pflegefachpersonen ambulanter Dienste, Hausärzt_innen

und Angehörigen und anderen relevanten Stakeholdern zu bilden, die durch Mitarbeiter_innen des Projektteams moderiert werden¹⁰. Deren Aufgaben soll es sein, die Implementation des Tätigkeitsfeldes einer Erweiterten Pflegepraxis in der ambulanten Versorgung in der Region Westpfalz im Rahmen eines partizipativen Forschungs- und Entwicklungsprojekts systematisch zu begleiten und zu unterstützen.

5.2 Limitationen

Eine Limitation in der vorliegenden Untersuchung ergibt sich aus der Auswahl der Interviewten. Die meisten Pflegefachpersonen, die sich für ein Interview zur Verfügung gestellt haben, wurden von ihren Pflegedienstleitungen angesprochen. Damit konnten Pflegefachpersonen, die nicht zu den potentiellen Bildungsinteressenten gehören, nicht ausreichend berücksichtigt werden. Es ist außerdem davon auszugehen, dass Pflegedienstleitungen und Geschäftsführer_innen, die eine dezidiert kritische Haltung gegenüber hochschulischer Bildung von Pflegefachpersonen einnehmen, auch der Teilnahmen an einem Interview zu diesem Thema ablehnend gegenüberstehen und daher nicht interviewt werden konnten. Kritische Äußerungen von Geschäftsführer_innen aus Gesprächen im Vorfeld der Bedarfserhebung bezogen sich ebenfalls auf die in den hier dargestellten Ergebnissen erwähnten Vorbehalte (siehe 4.2.2). Daher ist davon auszugehen, dass zentrale kritische Motive gegenüber wissenschaftlicher Weiterbildung im Bereich der Dienstleistungsunternehmen in der ambulanten Pflege mit in das Datenmaterial der Expert_inneninterviews eingeflossen sind.

Die im Rahmen der Datenanalyse entwickelten zentralen Kategorien können als weitgehend gesättigt angesehen werden. Entsprechend der Zielsetzung der Studie stehen die Ergebnisse im Kontext der stark vom demografischen Wandel betroffenen Region Westpfalz. Eine Übertragung auf andere ländliche Regionen wäre zu prüfen. Außerdem sind insbesondere die für das Land Rheinland-Pfalz spezifischen rechtlichen und ökonomischen Strukturen im Bereich der gemeindenahen Gesundheitsversorgung zu beachten.

5.3 Ausblick

Mit der Analyse der Herausforderungen zeigen sich die Grenzen der gegenwärtigen ambulanten häuslichen Pflege und ermöglicht so die Rekonstruktion des Versorgungsbedarfs. Das Datenmaterial steht im Kontext weiterer Expert_inneninterviews mit Hausärzt_innen, Bildungsexpert_innen, Angehörigen, Pflegebedürftigen und anderen Akteuren, die in einem weiteren Arbeits- und Forschungsbericht vorgestellt werden sollen (siehe Tabelle 2).

¹⁰ Die Begleitung des Implementierungsprozesses erweiterter Pflegepraxis in der ambulanten Gesundheitsversorgung orientiert sich insbesondere am international für die Rollenentwicklung von Advanced-Practice-Nurses in den jeweiligen klinischen Settings bewährten „PEPPA-Framework“ (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004).

Tabelle 2: Weitere Experteninterviews

Befragte Expert_innen	Anzahl
Hochschullehrende	4
Pflegevertretungen	5
Expert_innen Weiterbildung	1
Patient_innen/Angehörige	6
Hausarzt_innen	4
Ärztevertretung	1
Expert_innen Finanzierung	1
Gesamt	22

Ziel bleibt, ein bedarfsorientiertes Bildungsangebot einer Erweiterten gemeindenahen Pflegepraxis auf den Weg zu bringen. Neben der kritischen Diskussion der Ergebnisse mit der Fachöffentlichkeit soll, wie bereits erwähnt, ein partizipatives Forschungs- und Entwicklungsprojekt mit Beteiligung relevanter Stakeholder vorangetrieben werden. Dies soll den zukünftigen Absolvent_innen des Bildungsangebots ermöglichen, zunächst modellhaft in neuer Rolle tätig werden und damit einen Beitrag zur Bewältigung der in diesem Bericht dargestellten Herausforderungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten leisten zu können.

6. Literaturverzeichnis

- Baecker, D. (1994): *Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft*. In: Zeitschrift für Soziologie 23 (2), S. 93 - 110.
- Bartholomeyczik, S.; Müller, E. (2014): *Warum Pflege in Care und Cure zerreißen? Eine Stellungnahme*. Dr. med. Mabuse 39 (211), S. 31–34.
- beta Institut gemeinnützige GmbH (2017): *Ambulante Pflegedienste. Abrechnung von Pflegeleistungen*. Hrsg. betanet - Soziales & Recht. Verfügbar unter www.betanet.de/betanet/soziales_recht/?s=0&q=Abrechnung+von+Pflegeleistungen, zuletzt geprüft am 15.03.2017.
- BMG (2016): *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*. Hrsg. Bundesministerium für Gesundheit. Verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>, zuletzt geprüft am 05.04.2017.
- Bryant-Lukosius, D.; Dicenso, A. (2004): *A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles*. Journal of advanced nursing 48 (5), S. 530–540.
- Bundesärztekammer (2014): *Memorandum of Understanding zwischen der Bundesärztekammer, Berlin und dem Deutschen Hausärzteverband/Institut für hausärztliche Fortbildung zu VERAH und Nichtärztlichen Praxisassistentin (NäPA)*. Verfügbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/gesundheitsfachberufe/medizinische-fachangestellte-arzthelferin/fortbildung/verahnaepa/>, zuletzt geprüft am 05.04.2017.
- Bundesgesundheitsministerium (Hrsg.) (2017): *Pflegestützpunkte*. Verfügbar unter <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestuetzpunkte.html>, zuletzt geprüft am 15.03.2017.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2016a): *Die Pflegestärkungsgesetze. Hintergründe zu den Neuregelungen in der Pflege*. Verfügbar unter <https://www.bmg.bund.de/index.php?id=684>, zuletzt geprüft am 15.03.2017.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2016b): *Hospiz- und Palliativgesetz. Bessere Versorgung schwerstkranker Menschen*. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Flyer_Poster_etc/Hospiz-_und_Palliativgesetz.pdf, zuletzt geprüft am 15.03.2017.



Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.) (2011): *Allein leben mit Demenz. Herausforderung für Kommunen. Allein lebende Demenzkranke kommen zu Wort, Schulung in der Kommune, Erfahrungen aus der Praxis*. Verfügbar unter <https://www.deutsche-alzheimer.de/ueber-uns/projekte/projekt-allein-lebende-demenzkrank.html>, zuletzt geprüft am 16.03.2017.

Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB e.V.) (o.J.): *Positionspapier zur aufwendigen häuslichen Krankenpflege bei tracheotomierten Patienten mit und ohne Beatmung (sogenannte ambulante Intensivpflege)*. DIGAB, DIVI, DGNI, DGP, DEGAM, VPK, BdP, Hausärzteverband. Verfügbar unter <http://www.digab.de/informationen/positionspapier/>, zuletzt geprüft am 15.03.2017.

Deutscher Hausärzteverband (2016): *VERAH® Fortbildung*. Hrsg. Deutscher Hausärzteverband. Verfügbar unter <https://www.verah.de/ueber-verah/werden>, zuletzt geprüft am 10.02.2017.

Drepper, T.; Tacke, V. (2010): *Zur gesellschaftlichen Bestimmung und Fragen der Organisation ›personenbezogener sozialer Dienstleistungen‹. Eine systemtheoretische Sicht*. In: Klatetzki, T. (Hrsg.): *Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen*. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 241–283.

Dresing, T.; Pehl, T. (2015): *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg. Eigenverlag, 21ff. Verfügbar unter www.audiotranskription.de/praxisbuch, zuletzt geprüft am 16.03.2017.

Europäische Kommission (2016): *Beschäftigung, Soziales und Integration. Entsendung von Mitarbeitern*. Europäische Kommission. Verfügbar unter <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=471&langId=de>, zuletzt geprüft am 16.03.2017.

Feiks, A. (2017): *Ist-Standerhebung. zum Aus- und Weiterbildungsangebot und zum Fachkräftebedarf im Bereich Pflege und Gesundheit*. (Schmidt, H.-J., Rohs, M., Arnold, D., Hrsg.) (Arbeits- und Forschungsbericht Nr. 11 aus dem Projekt E^B – Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung) Kaiserslautern und Ludwigshafen am Rhein.

Feiks, A.; Arnold, D. (2017): *Grundlagen der Angebotsentwicklung*. Teilprojekt Pflege und Gesundheit der Hochschule Ludwigshafen am Rhein. (Schmidt, H.-J., Rohs, M., Arnold, D., Hrsg.) (Arbeits- und Forschungsbericht Nr. 13 aus dem Projekt E^B – Bildung als Ex-



- ponent individueller und regionaler Entwicklung) Kaiserslautern und Ludwigshafen am Rhein.
- Geithner, L.; Arnold, D.; Feiks, A.; Helbig, A. K.; Scheipers, M.; Steuerwald, T. (2016): *Advanced Nursing Practice. Rahmenbedingungen in Deutschland und Literaturübersicht zu nationalen und internationalen Modellen erweiterter Pflegepraxis.* (Wolf, K., Rohs, M., Arnold, D., Hrsg.) (Arbeits- und Forschungsbericht Nr. 4 aus dem Projekt E^B – Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung) Kaiserslautern und Ludwigshafen am Rhein.
- GKV-Spitzenverband (2016): *Richtlinien nach § 53c SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RL)* vom 19. August 2008 in der Fassung vom 23. November 2016. GKV Spitzenverband. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/betreuungskraefte/2016_11_23_Pflege_Betreuungskraefte-RL__53c_SGB_XI.pdf, zuletzt geprüft am 15.03.2017.
- Gläser, J.; Laudel, G. (2010): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen.* Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helbig, A. K.; Poppe, S.; Arnold, D. (im Druck): *Gestaltung hochschulischer Bildungsangebote zu erweiterter Pflege im ambulanten Bereich. Ergebnisse quantitativer Studien unter examinierter Pflegefachpersonen und Pflegedienstleitungen ambulanter Pflegedienste sowie Hausärzt_innen der Region Westpfalz* (Arbeitstitel). (Schmidt, H.-J., Rohs, M., Arnold, D., Hrsg.) (Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt E^B – Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung) Kaiserslautern und Ludwigshafen am Rhein.
- Holloway, I.; Galvin, K. (2016): *Qualitative research in nursing and healthcare.* Chichester, West Sussex. Wiley Blackwell.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband (2017): *Bundesmantelvertrag - Ärzte, Delegations-Vereinbarung (Anlage 8 BMV-Ä).* Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V. Verfügbar unter http://www.kbv.de/media/sp/08_Delegation.pdf, zuletzt geprüft am 15.03.2017.

- Kuckartz, U. (2012): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim, Bergstr. Juventa.
- KV RLP, Ressort Versorgungsforschung (2013): *Kreis Kusel. Kreisatlas zur vertragsärztliche Versorgung. Region, Vertragsärztliche Versorgung, Weitere Leistungsanbieter, Morbidität*.
- KV RLP, Ressort Versorgungsforschung (2014): *Donnersbergkreis. Kreisatlas vertragsärztliche Versorgung. Region, Vertragsärztliche Versorgung, Weitere Leistungsanbieter, Morbidität*.
- Landesärztekammer RLP (2015): *NäPA - Nicht-ärztliche Praxisassistenten. Qualifikation von Nicht-ärztlichen Praxisassistenten gemäß Delegations-Vereinbarung (Anlage 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte) zum 01.01.15*. Verfügbar unter <http://www.laek-rlp.de/222920a3ff09e6101.php>, zuletzt geprüft am 10.02.2017.
- Meuser, M.; Nagel, U. (2009): *Das Experteninterview — konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage*. In: Pickel, S., Pickel, G., Lauth, H.-J., Jahn, D. (Hrsg.): *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft*. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 465–479.
- Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (2015): *Gemeindeschwesterplus. Modellprojekt Gemeindeschwesterplus – Rheinland-Pfalz ist Vorreiter für Innovationen*. Verfügbar unter <https://msagd.rlp.de/de/unsere-themen/aeltere-menschen/gemeindeschwesterplus/>, zuletzt geprüft am 15.03.2017.
- Müller, E. (2001): *Leitbilder in der Pflege. Eine Untersuchung individueller Pflegeauffassungen als Beitrag zu ihrer Präzisierung*. Bern. Huber.
- o.V. (2017): *Rechtliche Grundlagen der 24-Stunden-Pflege*. Verfügbar unter <http://www.pflegezuhaus.info/so-gehts/rechtliche-grundlagen/>, zuletzt geprüft am 05.04.2017.
- PflegeWiki Grund- und Behandlungspflege (2016): *Grund- und Behandlungspflege*. Verfügbar unter http://www.pflegewiki.de/wiki/Grund-_und_Behandlungspflege, zuletzt geprüft am 05.04.2017.
- PflegeWiki 24-Stunden-Pflege (2017): *24-Stunden-Pflege*. Verfügbar unter <http://www.pflegewiki.de/wiki/24-Stunden-Pflege>, zuletzt geprüft am 24.08.2017.



- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): *Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Bern. Verlag Hans Huber.
- Scheipers, M.; Feiks, A.; Arnold, D. (2017): *Leitfäden für Experteninterviews des Teilprojekts EhochB: Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung - Pflege und Gesundheit*. Verfügbar unter <https://www.e-hoch-b.de/publikationen/>, zuletzt geprüft am 07.04.2017.
- Schwikal, A.; Riemer, E. (2015): *Kriterien zur Identifikation und Beschreibung von Zielgruppen. Die Zielgruppe als Planungsdimension für eine evidenzbasierte Angebotsentwicklung im Projekt E^B*. (Schmidt, H.-J., Rohs, M.; Arnold, D., Hrsg.). Kaiserslautern: Technische Universität Kaiserslautern.
- Schwikal, A.; Steinmüller, B. (2017): *Die Bedarfsanalysen im Projekt E^B. Das Forschungsdesign*. Verfügbar unter https://www.e-hoch-b.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Konzepte_und_Handreichungen/Schwikal_Steinmueller_Arbeitspapier_Forschungsdesign.pdf, zuletzt geprüft am 07.04.2017.
- Temminghoff, A. (2013): *Angehörige als größter Pflegedienst der Nation. Sozialverband VdK NRW fordert bessere Unterstützung*. Verfügbar unter http://www.vdk.de/nrw/pages/presse/65096/angehörige_pflege_Nation_vdk_NRW, zuletzt geprüft am 15.03.2017.
- Willkomm, M. (Hrsg.) (2016): *Praktische Geriatrie. Klinik - Diagnostik - Interdisziplinäre Therapie*. Stuttgart. Thieme.



7. Verzeichnis Gesetzestexte

HHVG: Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz - HHVG); vom 4. April 2017

PrävG : Präventionsgesetz - PrävG (17.07.2015): Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. In: Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 31.

PSG I: Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz - PSG I); vom 17. 12.2014.

PSG II: Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II); vom 21.12.2015.

PSG III: Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III), vom 23.12.2016.

PsychKG (Rheinland-Pfalz): Landesgesetz für psychisch kranke Personen (PsychKG); vom 17. November 1995

Richtlinie 96/71/EG: Richtlinie 96/71/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 1996 über die Entsendung von Arbeitnehmern im Rahmen der Erbringung von Dienstleistungen.

SGB V: Sozialgesetzbuch (SGB V) Fünftes Buch; Gesetzliche Krankenversicherung; Zuletzt geändert durch Art. 30 G v. 27.6.2017 I 1966.

SGB XI: Sozialgesetzbuch (SGB XI) Elftes Buch; Soziale Pflegeversicherung; Stand: Zuletzt geändert durch Art. 8 G v. 30.6.2017 I 2143.

SGB XII: Sozialgesetzbuch (SGB XII) Zwölftes Buch; Sozialhilfe; Zuletzt geändert durch Art. 13 G v. 23.12.2016 I 3234.