

Veröffentlichungsreihe des
Instituts für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)

ISSN 1435-408X

P10-145

**Bestandsaufnahme zur Situation
in der ambulanten Pflege**

Ergebnisse einer Expertenbefragung

Andreas Büscher, Annett Horn

Bielefeld, Oktober 2010

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)
Universitätsstr. 25
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 6880
Telefax: (0521) 106 - 6437
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de
Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

Inhalt

1.	Einleitung.....	5
2.	Problemhintergrund und Fragestellung.....	7
3.	Methodisches Vorgehen.....	10
4.	Generelle Einschätzungen zur ambulanten Pflege	12
	4.1 Zentrale Aufgaben der ambulanten Pflege	12
	4.2 Herausforderungen und Probleme in der ambulanten Pflege ...	15
	4.3 Dringender Handlungsbedarf.....	22
5.	Strukturelle und organisatorische Aspekte	26
	5.1 Finanzierungsgrundlagen der ambulanten Pflege	26
	5.2 Nichtübernahme einer häuslichen Pflegesituation.....	27
	5.3 Beteiligung an der Integrierten Versorgung	28
	5.4 Schnittstellenprobleme	29
	5.5 Pflegeberatung	30
	5.6 Weitere Aufgabenfelder und Spezialisierungen	32
6.	Die Mitarbeiter der ambulanten Pflegedienste	36
	6.1 Fachkraftquote und Zusatzqualifikationen	36
	6.2 Fort- und Weiterbildung	37
	6.3 Arbeitsbelastungen in der ambulanten Pflege	38
	6.4 Zusammenarbeit mit freiwilligen/ehrenamtlichen Helfern	40
7.	Einschätzung pflegepolitischer Reformvorschläge	41
8.	Diskussion.....	46
9.	Schlussbetrachtung	49
10.	Literatur	50

1. Einleitung

In die Diskussion über die ambulante pflegerische Versorgung ist in den letzten Jahren Bewegung gekommen. So zeugen eine Vielzahl von Modellprojekten im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI von vielfältigen Aktivitäten zum Aufbau wohnortnaher Versorgungskonzepte, zur Unterstützung und Kompetenzförderung pflegender Angehöriger sowie zur Weiterentwicklung teilstationärer Angebote. Diese Entwicklungen sind insofern als positiv zu bewerten, weil damit der Versuch unternommen wird, auf seit langem angemahnte Defizite zu reagieren und die Versorgungsstrukturen zu optimieren. Dies zeigt sich auch an weiteren Initiativen wie z. B. an Modellprojekten zur Erprobung von Pflegebudgets, Untersuchungen zu neuen Aufgabenfeldern und Berufszuschnitten wie der Familiengesundheitspflege und der Wiederbelebung von Schwester AGNES zur Unterstützung von Hausärzten in ländlichen Gegenden. Auch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 enthält verschiedene Ansätze zur Verbesserung der Pflegeinfrastruktur und einer damit erhofften Stärkung der ambulanten pflegerischen Versorgung wie die verbindliche Pflegeberatung, die geplante Einrichtung von Pflegestützpunkten und die Möglichkeit für die Pflegekassen, Einzelverträge mit Pflegekräften abzuschließen.

Auffallend ist bei diesen Initiativen jedoch, dass die ambulanten Pflegedienste, die einen wesentlichen Teil der pflegerischen Infrastruktur bilden, nur eine randständige Rolle spielen. Es erscheint fast so, als würden sie auf die Rolle der Erbringer von grundpflegerischen Leistungen in den Bereichen Mobilität, Körperpflege, Ernährung und hauswirtschaftliche Versorgung reduziert. Für die unbestritten darüber hinaus bestehenden Bedarfslagen scheinen sie nicht in Betracht gezogen zu werden oder nicht geeignet zu sein. Vor allem aber fällt auf, dass sie nur selten als Akteure in Reformüberlegungen Eingang zu finden scheinen. Dieser Umstand wirft Fragen zur Situation in den ambulanten Pflegediensten und nach den Gründen für diese Entwicklungen auf.

Bereits kurz nach Einführung der Pflegeversicherung in der Mitte der 1990er Jahre führte das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) in Kooperation mit dem Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) eine Untersuchung über die „Herausforderungen für die ambulante Pflege Schwerstkranker“ durch (Ewers/Schaeffer 1999). Ziel war eine Situationsanalyse der ambulanten Pflege nach Einführung der Pflegeversicherung. Im Mittelpunkt standen die Umbruchs- und Umstellungsprozesse, die die Einführung des Pflegemarktes durch die Pflegeversicherung für ambulante Pflegedienste mit sich brachte. Dabei wurde deutlich, dass viele Pflegedienste vor allem damit beschäftigt waren, betriebswirtschaftlich ihre Existenz zu sichern. In den Hintergrund gerieten inhaltliche und konzeptionelle Fragen danach, wie sich die ambulante Pflege angesichts der zu erwartenden Herausforderungen aufstellen müsste und welche Qualifikations- und Professionalisierungsanforderungen zu bewältigen waren. Konkret äußerte sich dies darin, dass die Arbeit der Pflegekräfte in den ambulanten Pflegediensten sich vorrangig an den gegebenen Finanzierungsstrukturen orientierte und die Bedarfslagen und Präferenzen der Nutzer demgegenüber nachgeordnet waren. Insgesamt wurden die gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen als restriktiv für die ambulante Pflege wahrgenommen. Als bestehende Herausforderungen

und Probleme wurden die Gefahr einer zunehmenden Dequalifizierung aufgrund des Mangels an Personalanhaltswerten, die Ausdifferenzierung der Anforderungen bei verschiedenen Pflegebedürftigen mit unterschiedlichen Bedarfs- und Problemlagen sowie die Probleme in der Gewährleistung einer notwendigen Unterstützung pflegender Angehöriger benannt.

Wie stellt sich die weitere Entwicklung der ambulanten Pflege aus der Perspektive ambulanter Pflegedienste zehn Jahre später dar? Haben sich die Befürchtungen bestätigt, die vor zehn Jahren geäußert wurden? Wie hat sich die ambulante Pflege auf die seinerzeit absehbaren Herausforderungen eingestellt? In welchen Bereichen wird heute ein Veränderungsbedarf gesehen? Warum wird nur in eingeschränktem Maß auf die ambulanten Pflegedienste zurückgegriffen, wenn es um die Weiterentwicklung der ambulanten pflegerischen Versorgung geht? Diese und andere Fragen standen im Mittelpunkt einer erneuten Untersuchung des IPW zur Situation in der ambulanten Pflege, deren Ergebnisse hiermit vorgestellt werden.

2. Problemhintergrund und Fragestellung

Die Einführung der Pflegeversicherung hat eine Vielzahl von Veränderungen in der ambulanten pflegerischen Versorgung mit sich gebracht. Vor allem zeichnet sie dafür verantwortlich, dass vormals vorwiegend kommunal oder unter dem Dach der Wohlfahrtsverbände agierende Sozialstationen und Pflegedienste sich auf einem Pflegemarkt wiederfanden, auf dem sich auch eine zunehmende Zahl privater Pflegedienste bewegte. Anhand der Zahlen des Statistischen Bundesamtes lässt sich diese Entwicklung gut nachvollziehen. Sie zeigen, dass sich nach Einführung der Pflegeversicherung die Zahl ambulanter Pflegedienste von ca. 4.000 auf ca. 11.000 erhöht und sich nach einer weiteren Zunahme auf etwa 14.000 Pflegedienste nunmehr bei einer Zahl von 10.500 bis 11.000 ambulanten Pflegediensten eingependelt hat. Mehr als die Hälfte (60%) dieser Pflegedienste werden in privater und 38% in freigemeinnütziger Trägerschaft betrieben. Die freigemeinnützigen Dienste versorgen im Durchschnitt 60 und die privaten 33 Pflegebedürftige, wodurch sich ein bundesweiter Durchschnitt von 47 Pflegebedürftigen pro Pflegedienst ergibt (Statistisches Bundesamt 2008).

Auch die Zahl der Beschäftigten in der ambulanten Pflege ist enorm gestiegen. Seit 1999 hat die Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten um etwa 52.000 Mitarbeiter zugenommen. Ende 2007 waren ca. 236.000 Menschen in ambulanten Pflegediensten beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2008). Allerdings handelt es dabei vorwiegend um Teilzeitarbeitsverhältnisse. Vollzeitkräfte machen nur ein Viertel (26,4%) der Beschäftigten aus.

Finanziert werden die Leistungen der ambulanten Pflegedienste durch verschiedene Kostenträger (Pflegeversicherung, gesetzliche Krankenversicherung, Sozialhilfe) sowie durch private Zuzahlungen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Dadurch besteht ein komplexes Geflecht von Finanzierungsgrundlagen und -zuständigkeiten, in deren Folge eine oftmals fragmentierte statt koordinierte Versorgung entstanden ist, die sich mehr an den Refinanzierungsbedingungen denn an den vorhandenen Bedarfslagen orientiert (Landtag NRW 2005; Schaeffer 2002; Büscher et al. 2007). Im Jahr 2004 wurden von der Pflegeversicherung 37,4%, von der gesetzlichen Krankenversicherung 26,3% und von den öffentlichen Haushalten 5,7% der Ausgaben für ambulante Pflege finanziert. Die privaten Haushalte trugen 27,1%. Eine marginale Rolle spielten die privaten Pflege- und Krankenversicherungen und die gesetzliche Unfallversicherung. Insgesamt wurden etwa 6,8 Mrd. Euro für die ambulante Pflege ausgegeben, was einen Anteil am Bruttoinlandsprodukt von 0,31% ausmacht (Simon 2008).

Diese Zahlen zeigen, dass der ambulante Pflegesektor stetig größer geworden ist und als ein Wachstumsbereich angesehen werden kann. Etwas weniger eindeutig sind jedoch die Befunde, wenn es um die inhaltliche Ausgestaltung der ambulanten Pflege geht und die Fähigkeit der ambulanten Pflegedienste betrachtet wird, den gegebenen Anforderungen in der häuslichen pflegerischen Versorgung zu begegnen. Zwar konstatieren die Nutzer und ihre Angehörigen in den Bereichen der Grund- und Behandlungspflege ein durchaus zufriedenstellendes Angebot und eine gute Qualität der ambulanten Pflege (Scheekloth/Wahl 2005), die auch durch gute Zufriedenheitswerte bei den MDK-Qualitätsprüfungen bestätigt werden

(MDS 2007), Entwicklungsbedarf wird vor allem in den Bereichen Beratung und Anleitung von pflegenden Angehörigen gesehen (Schneekloth/Wahl 2005). Vermisst werden darüber hinaus weitere komplementäre Hilfen, wie etwa Essen auf Rädern oder Begleitdienste, da sie nicht über das SGB XI abgerechnet werden können (Landtag NRW 2005). Beklagt wird auch das enge Leistungsspektrum, das für eine Reihe von Bedarfslagen nicht ausreichend ist (Schaeffer et al. 2008). Ansatzpunkte für eine mögliche Flexibilisierung der Angebotsstrukturen bieten z. B. Projekte, die eine bedarfsgerechtere Leistungsauswahl durch die Nutzer im Rahmen von Pflegebudgets oder Stundenvergütungen ermöglichen sollen (z. B. Arntz/Spermann 2004; Büscher et al. 2007). Gefordert werden darüber hinaus eine Ausweitung des Leistungsangebots zur Entlastung pflegender Angehöriger, z. B. in Form von Nacht- und Wochenendpflege, Beratungsleistungen, Case-Management und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (Hasseler/Görres 2005).

Sehr heterogen präsentiert sich die pflegewissenschaftliche Forschung zur ambulanten Pflege. Zwar finden sich eine Reihe von Beiträgen zur Situation pflegender Angehöriger oder spezifischen Versorgungskonstellationen wie der häuslichen Intensivpflege, häuslichen Kinderkrankenpflege oder anderen Bereichen, aber die Perspektive der ambulanten Pflegedienste selbst findet darin wenig Raum. Interessant ist zudem, dass es vor allem in den Jahren nach der Einführung der Pflegeversicherung eine sehr intensive Diskussion über die politisch-rechtlichen Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege gegeben hat (exemplarisch Evers 1998; Ewers/Schaeffer 1999; Schaeffer 1998; Klie 1999; Schmidt 1999; Cappell/Meyer 1996), diese jedoch dann abgebrochen und nicht wieder aufgegriffen wurde.

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass sich die ambulante Pflege in Deutschland als komplexes Geflecht aus gesetzlichen Rahmenbedingungen, Leistungsanbietern und -angeboten, Finanzierungsquellen und Reformbemühungen darstellt. Insgesamt kann seit Einführung der Pflegeversicherung von einer quantitativ ausreichenden ambulanten Versorgungsstruktur ausgegangen werden (Landtag NRW 2005), deren qualitative Ausdifferenzierung jedoch weiterhin aussteht (Schaeffer et al. 2008).

Diese kurze Skizze der Entwicklungen und Einschätzungen zur ambulanten Pflege bilden den Hintergrund der nachfolgend dargestellten Untersuchung, die den Fragen nachgeht, wie die Situation in der ambulanten Pflege aus der Sicht der relevanten Akteure in diesem Sektor eingeschätzt wird und in welchen Bereichen prioritärer Handlungsbedarf besteht. Im Unterschied zur IPW-Untersuchung aus dem Jahr 1999 wurden in dieser Erhebung nicht die einzelnen Pflegedienste befragt, sondern die Repräsentanten der Verbände ambulanter Pflegeanbieter. Durch dieses Vorgehen sollte erreicht werden, dass die Ergebnisse eine breitere Perspektive als diejenige einzelner Pflegedienste widerspiegeln. Die Schaffung des Pflegemarktes hat nicht nur zu einem Zuwachs der Zahl ambulanter Pflegedienste, sondern auch zur Etablierung und Ausbildung von verbandlichen Strukturen der Anbieter ambulanter Pflege geführt. Neben die Arbeitsgemeinschaften der wohlfahrtsverbandlich organisierten Pflegedienste sind verschiedene private Anbieterverbände getreten. Sie alle sind in unterschiedlicher Art und Weise an der Gestaltung der Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege beteiligt und repräsentieren die ambulanten

Pflegedienste nach außen. Das Ziel der Untersuchung besteht in einer erneuten Bestandsaufnahme ambulanten Pflege aus der Binnenperspektive, bei der die wesentlichen Herausforderungen und Problembereiche, strukturelle und organisatorische Aspekte der ambulanten Pflege sowie die Situation der Beschäftigten in den ambulanten Pflegediensten betrachtet werden sollen.

3. Methodisches Vorgehen

Um die Einschätzungen der Vertreter der ambulanten Pflege zu der Frage zu erheben, wie sich die Situation der ambulanten Pflege aus ihrer Sicht gestaltet, erfolgte eine Fragebogenerhebung. Dieser Fragebogen umfasste fünf Themenbereiche:

- Grundsätzliche Einschätzungen zu Aufgaben, Herausforderungen, Problembereichen und prioritärem Handlungsbedarf in der ambulanten Pflege
- Strukturelle und organisatorische Aspekte (z. B. Finanzierung von Leistungen, Spezialisierungen, Schnittstellenprobleme und Leistungsspektrum)
- Mitarbeiter in der ambulanten Pflege (Qualifikation und Beschäftigungsumfang)
- Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege
- Einschätzung pflegepolitischer Reformvorschläge

Der Fragebogen wurde bundesweit per E-Mail an Vertreter der ambulanten Pflege versandt. Verbunden mit der Bitte, den Fragebogen auszufüllen, war die Einladung, zu den Inhalten des Fragebogens ein vertiefendes Interview zu führen.

Zur Identifikation der relevanten Expertinnen und Experten, die in den einzelnen Trägerverbänden für die ambulante Pflege verantwortlich zeichnen, wurde eine Internetrecherche durchgeführt. Aufgrund der sehr heterogenen Strukturen der verschiedenen Trägerverbände und der nicht immer leicht zu identifizierenden Zuständigkeit wurden in den einzelnen Verbänden jeweils die Bundes- und die nachfolgende Ebene angeschrieben, wobei es sich bei der nachfolgenden Ebene sowohl um Landes- oder Bezirksverbände als auch, wie beispielsweise beim Caritasverband, um die Diözesanverbände handeln konnte. Insgesamt wurden auf diesem Wege 182 Personen per E-Mail angeschrieben und gebeten, den Fragebogen auszufüllen und zurückzusenden.

Da ein solches Verfahren Fragen zur Repräsentativität der Ergebnisse aufwerfen kann, sollen hier einige Ausführungen zu diesem Punkt erfolgen. Nach dem Kenntnisstand der Autoren existiert bundesweit keine verlässliche Angabe darüber, wie viele Referentinnen und Referenten, Geschäftsführer u. a. für die ambulante Pflege existieren, so dass daraus keine Schlussfolgerungen für eine angemessene Stichprobengröße gezogen werden können. Um dennoch einen Hinweis darauf zu bekommen, wie sich die Beteiligung an der Untersuchung gestaltet, wurden die Teilnehmer gebeten, Angaben über die Zahl der über ihren Zuständigkeitsbereich repräsentierten Pflegedienste zu machen. Diese Zahl belief sich bei den insgesamt 37 in der Untersuchung Befragten auf insgesamt etwas mehr als 4.700 Pflegedienste. Den Autoren ist bewusst, dass diese Beteiligung nicht die Meinung und Perspektive von mehr als einem Drittel aller Pflegedienste in Deutschland widerspiegelt – ein Aspekt, auf den viele Untersuchungsteilnehmer ebenfalls hingewiesen haben. Diese Zahl ist vielmehr als Ausdruck dafür zu werten, dass die Experten in ihrer Gesamtheit über einen entsprechenden Erfahrungshorizont verfügen, um Angaben zur Situation der ambulanten Pflege machen zu können. Insgesamt wurden 33

ausgefüllte Fragebögen und 8 Interviews in die Untersuchung einbezogen, wobei 4 der Befragten sowohl den Fragebogen ausgefüllt als auch ein Interview gegeben haben. Einen genaueren Überblick über die Teilnehmer an der Untersuchung bietet Tabelle 1.

Tabelle 1: Teilnehmer/innen an der Untersuchung

Nr.	Alter	Geschl.	Funktion	seit	PD	Art der Teilnahme
1	49	m	Fachberater	2005	56	FB
2	52	m	Leiter ambulanter Dienst	2001	1	FB
3	54	w	Referatsleitung amb. Pflege/Hospiz	2003	78	FB
4	42	m	PDL/Verwaltungsfachkraft (je 50%)	2006	1	FB
5	51	m	PD-Inhaber/Verbandsfunktionär	1988	80	FB + Int. 1
6	38	w	PD-Inhaberin und PDL	1997	1	FB
7	51	m	Abteilungsleiter Gesundheits- und Altenhilfe	1994	99	FB + Int. 2
8		w	Referentinnen ambulante Pflegedienste	1998	80	FB
9	49	w	Referatsleitung	1992	70	FB + Int. 3
10	keine Angaben				1	FB
11	52	w	Referentin für Altenhilfe und Pflege	1991	42	FB
12	49	w	Referatsleitung ambulante Pflege	1996	>100	FB
13	49	m	Geschäftsführer/Einrichtungsleiter	1993	3	FB
14	keine Angaben				1	FB
15		m	Verbandsgeschäftsführer	2000	>100	FB
16	48	w	Bereichsleitung für Gesundheitswesen	2002	12	FB
17		w + m	Referenten ambulante Pflege	2007	>100	FB
18	54	m	Geschäftsführer	2006	1	FB
19	Sammelantwort von 37 Pflegediensten				37	FB
20	43	w	PDL	2001	3	FB
21	45	w	PDL	1999	1	FB
22	43	w	Referentin für ambulante pflegerische Dienste	2001	>100	FB
23	41	w	Geschäftsführung	2005	2	FB
24	52	w	Referentin für ambulante und stationäre Altenhilfe	1992	55	FB
25	46	w	Krankenschwester und Prozessberatung (QM)	2007	1	FB
29	56	w	Referentin für Diakoniestation	1984	>100	FB
30	58	w	Fachreferentin für ambulante Pflege	1991	85	FB + Int. 4
31	57	m	Referatsleiter Gesundheitswesen/Migration-Integration	1983	20	FB
32	47	w	Referentin Alten- und Behindertenhilfe	1996	11	FB
33	45	w	Leiterin Stabsstelle Pflegeversicherung	2004	40	FB
34		m	Geschäftsführung		>100	Interview 5
35		m	Unternehmensberater			Interview 6
36		m	Unternehmensberater			Interview 7
37		w	Geschäftsführerin		>100	Interview 8

(PD=Pflegedienst; FB=Fragebogen)

Quelle. eigene Darstellung

4. Generelle Einschätzungen zur ambulanten Pflege

Den Schwerpunkt der Untersuchung bildeten die grundsätzlichen Einschätzungen der Befragten zu den zentralen Aufgaben, Herausforderungen, Problembereichen und prioritären Handlungserfordernissen der ambulanten Pflege. Da keine Antwortvorgaben gemacht wurden, findet sich ein weites Spektrum an Antworten, das die Aussagen der Befragten, vor allem aus den Interviews, widerspiegelt.

4.1 Zentrale Aufgaben der ambulanten Pflege

Die mündlich befragten Experten benannten vier wesentliche Aufgabengebiete der ambulanten Pflege. Dazu gehören sozialrechtlich definierte, interventionsbezogene, innerbetriebliche und professionsbezogene Aufgaben, wobei letztere daran gebunden sind, dass die Inhaber oder Leitungen der ambulanten Pflegedienste eine entsprechende professionelle Ausrichtung als wichtig erachten. Es wurde deutlich, dass diese Aufgaben durchaus in Konkurrenz zueinander stehen können und dass das Ausbalancieren dieser Aufgaben zum Alltag der Pflegedienstleitungen ambulanter Dienste gehört. Einige der Befragten machten darüber hinausgehend Aussagen zum generellen Anspruch und Ziel der ambulanten Pflege.

Anspruch und Ziel der ambulanten Pflege

Als vorrangige Aufgabe der ambulanten Pflege wird die Unterstützung und Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements und damit verbunden die Verhinderung einer Institutionalisierung der pflegebedürftigen Menschen, sei es durch den dauerhaften Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder durch einen vorübergehenden Krankenhausaufenthalt, benannt. Den ambulanten Pflegediensten kommt in diesem Zusammenhang die Aufgabe zu, die Optionen zum Verbleib in der häuslichen Umgebung zu vergrößern.

„...und insofern wird dieser Teil der professionellen Versorgung im ambulanten Bereich deutlich zunehmen. Das ist perspektivisch völlig klar: die Entwicklung wird sowohl den Bereich der klassischen Langzeitpflege betreffen, als eben auch die Akutversorgung und viele Dinge werden durch Technologisierung im Behandlungspflegebereich zukünftig viel stärker in der Häuslichkeit – sagen wir mal, als Krankenversorgung – stattfinden können! Die Kombination zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeleistungserbringern wird auf Dauer sozusagen auch das ambulante Krankenhaus, wenn man das so als Stichwort formulieren will, die Perspektive sein.“ (Interview 5)

Ein Verbleib in der häuslichen Umgebung ist – so zeigt das Zitat – an ein gewisses Maß an Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen gebunden, zu dessen Herausbildung und Erhaltung die ambulanten Pflegedienste nach Einschätzung der Befragten beitragen können. Zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements gehört dabei auch immer die Berücksichtigung der Situation pflegender Angehöriger bzw., in der ambulanten Kinderkrankenpflege, der Eltern. Die Bereitstellung von professionellen Pflegeleistungen, für die ein spezielles fachliches Wissen erforderlich ist, trägt nach Meinung vieler Befragter dazu bei, häusliche Pflegearrangements zu unterstützen und zu stabilisieren.

„Stabilisieren und ermöglichen mit der ganzen Bandbreite von Beratern zu konkreter Pflege. An der Stelle ist die Pflege noch nicht soweit, Pflegepersonen (pflegende Angehörige) nicht als Konkurrenten zu sehen (...). Es ist ein Bewusstseinsproblem, weniger ein strukturelles, das kann man befördern, wenn zunehmend auch mal eine ambulante Ausbildung erfolgt, was zunehmend passiert, aber die Sozialisation ist ja klassisch im Krankenhaus, maximal im Pflegeheim. Aber ambulant ist was völlig anderes, die meisten Pflegenden müssen erstmal enthospitalisiert werden (...).“ (Interview 7)

Sozialrechtlich definierte Aufgaben

Ein großer Teil der Aufgaben ambulanter Pflegedienste ist nach Ansicht der Befragten sozialrechtlich definiert. Entsprechend wurde die Durchführung und vor allem Sicherstellung der ambulanten pflegerischen Versorgung in einem sozialrechtlich verstandenen Sinne als zentrale Aufgabe benannt. Einige der Befragten sehen hier einen Gewährleistungs- und Sicherstellungsauftrag der ambulanten Pflegedienste zur Bereitstellung pflegerischer Hilfen (Leistungen der Grund- und Behandlungspflege nach den Sozialgesetzbüchern V und XI) und zur Vermittlung von vorpflegerischen und pflegeergänzenden Hilfen. Im Gegensatz zu den oben dargelegten Zielen und Ansprüchen der ambulanten Pflege, die vorwiegend intrinsisch motiviert sind, handelt es sich bei den sozialrechtlich definierten Aufgaben um externe, durch den Gesetz- bzw. Ordnungsgeber vorgesehene Aufgaben, über deren Ausprägung die ambulanten Pflegedienste nur bedingt mitentscheiden können.

Interventionsbezogene Aufgaben

Die Entwicklung und Durchführung pflegerischer Interventionen wird als weitere zentrale Aufgabe gesehen. Dabei handelt es sich um fachlich begründete und notwendige Handlungen und Interventionen, die von Pflegekräften der ambulanten Dienste durchgeführt werden und für deren adäquate Durchführung die Leitungen der ambulanten Pflegedienste die Verantwortung tragen. Im Gegensatz zu den sozialrechtlich und von außen definierten Aufgaben, handelt es sich hierbei um pflegefachliche Aufgaben, die sich aus einem professionellen Verständnis und den täglich zu bewältigenden Aufgaben ergeben.

„Damit einfach umfänglicher eine Versorgung im häuslichen Bereich ermöglicht wird. Das ist unser konzeptioneller Ansatz, den wir hier schon seit mehr als 20 Jahren permanent versuchen weiter zu entwickeln, weil wir feststellen, dass es nicht reicht, nur die ärztlich verordneten oder die mit der Pflegekasse abrechenbaren Leistungen zu erbringen. Deshalb ist es auch so in vielen Verbänden auch unter dem Begriff der sozialpflegerischen Dienste zu verstehen.“ (Interview 4)

Zu diesen Aufgaben gehören in erster Linie die Beratung, Anleitung und Information von pflegebedürftigen Menschen und, darauf wurde kontinuierlich hingewiesen, ausdrücklich auch ihrer Angehörigen. In diesem Zusammenhang wurde auch die Notwendigkeit betont, pflegenden Angehörigen fachliche Expertise für besondere Problemlagen wie die häusliche Pflege bei Demenz zu vermitteln. In der ambulanten Kinderkrankenpflege ist die Anleitung von Eltern im Umgang mit den oftmals hochkomplexen krankheits- und therapiebedingten Anforderungen der Kinder ein zentraler Aspekt der alltäglichen Arbeit.

Neben beratenden und edukativen Aufgaben besteht eine weitere Aufgabe in der Koordination häuslicher Pflegearrangements. Die Pflegedienste sind oftmals Teil eines Netzwerks formeller und informeller Hilfen, die zur Unterstützung eines pflegebedürftigen Menschen beitragen. Die Koordination dieser Netzwerke kann von unterschiedlichen Akteuren durchgeführt werden. Für die Pflegedienste bietet sich eine koordinierende Rolle ebenso an wie die Beteiligung an einem Netzwerk, das von anderen koordiniert wird (z. B. Hausärzte, Angehörige).

Zu den interventionsbezogenen Aufgaben gehören aber auch vielfältige Aktivitäten, die mit dem unspezifischen Begriff der psychosozialen Betreuung umschrieben werden. Als notwendige Fähigkeit wird dabei das Eingehen auf die psychosoziale Befindlichkeit der pflegebedürftigen Personen gesehen, die sich oft und rasch verändern kann und einen erheblichen Einfluss auf den Verlauf eines Pflegeeinsatzes hat. Dies zeigt, dass es sich in der ambulanten Pflege um komplexe Beziehungen zwischen Pflegekräften, Pflegebedürftigen und Angehörigen handelt und nicht nur um rein technische Arbeitszusammenhänge, in denen vertraglich vereinbarte Leistungen abgearbeitet werden.

Eine besondere Herausforderung entsteht für die ambulanten Pflegedienste bei der Versorgung allein lebender, älterer Menschen. Für sie stellen die Pflegekräfte häufig den einzigen Kontakt zur Außenwelt dar. Hier entsteht für die Mitarbeiter/innen der Pflegedienste ein enormes Spannungsfeld, da sie tagtäglich mit den allein lebenden Menschen konfrontiert sind, auf dem stark ökonomisch orientierten Pflegemarkt für diese Problematik jedoch nur wenig Verständnis und Anerkennung finden. Die Kommunikation mit und der Kontakt zu allein lebenden Menschen kann daher schnell zu einer persönlichen Angelegenheit einzelner Pflegekräfte werden, deren Engagement darüber entscheidet, ob und in welchem Ausmaß die ambulante Pflege für allein lebende Menschen zu einer Brücke in die Außenwelt wird.

Kritisch gesehen wurde von den Befragten die Problematik, dass die Fachlichkeit bei der Entwicklung und Durchführung von Interventionen oftmals hinter den Rahmenbedingungen zurückstehen muss, die nur einen begrenzten Spielraum für die Entwicklung fachlich angemessener Interventionen lassen.

Innerbetriebliche Aufgaben

Aus Sicht der Befragten wurden verschiedene innerbetrieblich bedingte Aufgaben genannt, mit denen die ambulanten Pflegedienste befasst sind. In diesen Aufgaben zeigen sich die Folgen des Pflegemarktes und der Wandel der ambulanten Pflegedienste zu selbständig agierenden wirtschaftlichen Unternehmen. Als zentrale Aufgaben in diesem Zusammenhang wurden Existenzsicherung der Dienste und ihre Rolle sowie Positionierung auf dem Pflegemarkt benannt. Dahinter verbergen sich so unterschiedliche Aspekte wie die Herstellung und Sicherung akzeptabler Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter, die Sicherstellung der Qualität der durch die Dienste erbrachten Leistungen und die damit in einem engen Zusammenhang stehende Finanzierung der Pflegedienstleistungen.

Der Umgang mit den Anforderungen wirtschaftlichen Handelns ist nach Ansicht der Befragten in vielen Diensten durchaus verbesserungsbedürftig, was auch an der bisher nur unzureichend reflektierten und beachteten

Rolle der Pflegedienstleitung in ambulanten Pflegediensten liegt. Die Pflegedienstleitungen tragen die Verantwortung für eine sozialrechtlich korrekte, fachlich auf dem aktuellen Stand befindliche, die Wünsche der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen berücksichtigende und wirtschaftlich vertretbare Leistungserbringung. Angesichts dieser doch sehr anspruchsvollen Aufgaben erscheint es kaum nachvollziehbar, dass bislang nur wenige Anstrengungen in eine angemessene Qualifikation der Pflegedienstleitungen in der ambulanten Pflege geflossen sind. Die dafür vorgesehenen 460-Stunden-Ausbildungen weisen nach Auffassung einiger Befragter nur ein unzureichendes und wenig an vorhandenen Notwendigkeiten orientiertes Profil auf. Besonders deutlich wird dies daran, dass die für die ambulanten Pflegedienste zentrale Touren- und Einsatzplanung nur selten eine Rolle im Rahmen der 460-Stunden-Ausbildung zur verantwortlichen Pflegefachkraft, aber auch im Rahmen pflegebezogener Studiengänge spielt.

Professionsbezogene Aufgaben

Als letztes zentrales Aufgabengebiet wurden professionsbezogene Aufgaben benannt. In diesem Zusammenhang wurde betont, dass die ambulante Pflege Lobbyarbeit betreiben muss, um eine stärkere Anerkennung ihrer Tätigkeit zu erhalten. Diese Anerkennung wird als Voraussetzung dafür angesehen, dass die ambulante Pflege ein attraktives Arbeitsfeld für professionelle Pflegekräfte bleibt, aber auch die dafür benötigten Ressourcen bereitgestellt werden. Professionsbezogene Aufgaben bestehen auch in der Fachlichkeit der Pflege. Um der Einschätzung, dass letztlich jeder pflegen kann, etwas entgegenzusetzen, wird hoher Wert auf die fachliche Qualifikation und das fachliche Können der Pflegefachkräfte gelegt.

Einige Teilnehmer äußerten sich skeptisch zur gesellschaftlichen Wertschätzung der ambulanten Pflege. Sie befürchten eine zunehmende Deprofessionalisierung und ein damit verbundenes Abgleiten in den Billiglohnssektor. Sie sehen derzeit keine wirkliche Lobby und Interessensvertretung für die ambulante Pflege.

„Für die Praxis wird das bedeuten, dass die Pflegedienste, egal welcher Trägerschaft, sich in absehbarer Zeit neu strukturieren müssen, da führt kein Weg dran vorbei. Die werden vermehrt auf Qualität verzichten oder Qualität für sich neu definieren müssen und mehr Laienpflege einsetzen und Kooperationen mit Osteuropäern eingehen müssen etc. etc. Da wird es heißen, also Qualitätsniveau wird gesenkt oder neu definiert und im Grunde genommen wird hier dann die Billigmarke eröffnet, wenn sie überhaupt noch existieren wollen.“
(Interview 1)

4.2 Herausforderungen und Probleme in der ambulanten Pflege

Drei Bereiche charakterisieren aus Sicht der Befragten die wesentlichen Herausforderungen und Problembereiche in der ambulanten Pflege: die wirtschaftliche Situation, die Personalsituation und die inhaltlichen Anforderungen an die Ausrichtung der ambulanten Pflegedienste.

Wirtschaftliche Situation

Die wirtschaftliche Situation der Pflegedienste lässt sich durch gesteigerten Kostendruck charakterisieren. Dieser Druck ist durch einen Anstieg

der Lohn- und Energiekosten sowie allgemeine Preissteigerungen entstanden. Demgegenüber hat es keine Anhebung der Vergütung für ambulante Pflegeleistungen bzw. keine Dynamisierung gegeben, Preise im SGB V-Bereich sind sogar gesunken. Diese Entwicklung hat zu erheblichen Arbeitsverdichtungen geführt, durch die die gestiegenen Kosten kompensiert werden sollen.

In erster Linie spüren die Mitarbeiter den enormen Kostendruck dadurch, dass sie die Besuche bei den pflegebedürftigen Menschen in immer engeren Zeitkorridoren durchführen müssen. In diesem Zusammenhang wurde auf die Problematik hingewiesen, dass die für die Abrechnung in der Pflegeversicherung relevanten Leistungskomplexe bislang nie mit Zeiten hinterlegt wurden und hier nun eine Stellschraube zur Leistungsverdichtung gesehen und offensichtlich auch genutzt wird. Aus Sicht einiger Teilnehmer ist in diesem Bereich der Gestaltungsspielraum jedoch weitgehend ausgeschöpft. Als problematisch wurde zudem benannt, dass die engen Zeitkorridore und Tourenplanungen den Pflegekräften kaum Zeit zum Entwickeln und Einbringen eigener Ideen lassen und damit ihren Handlungsspielraum massiv einschränken.

Die Notwendigkeit, wirtschaftlich zu arbeiten, stellt sich den ambulanten Pflegediensten auch als betriebswirtschaftliches Problem, vor allem in der Einsatz- und Tourenplanung.

„...die größte Herausforderung für die Dienstleister ist die wirtschaftliche Einsatzplanung. Ist einfach ein Riesenproblem, weil man das so schlecht planen kann. Weil der Gesundheitszustand der Kinder sich sehr schnell ändert, also die brauchen am Anfang vielleicht zwölf Stunden am Tag und dann leitet man die Eltern an, dann brauchen sie etwas weniger oder dann sind sie plötzlich im Krankenhaus und man hat die Mitarbeiter eingeteilt für viele Stunden am Tag, ja und dann hat man die Mitarbeiter und das Kind ist im Krankenhaus und muss die Mitarbeiter trotzdem bezahlen.“ (Interview 8)

Die Kompetenz für eine tragfähige Planung, die die Notwendigkeit spezifischer Bedarfslagen, die Zusammenstellung von regional nahe zusammen liegenden Orten und spezifischer Fachkompetenz der zuständigen Pflegekräfte zu sorgen, müssen sich viele Leitungskräfte in der ambulanten Pflege erst mühsam aneignen und in vielen Diensten bestehen nach wie vor Probleme im Umgang mit diesem Instrument.

„Das ist auch das Problem der Leitungsqualifikation, die 460 Stunden, da gibt es kein Curriculum. Also Herzstück der ambulanten Pflege ist die Einsatzplanung, das hat fast keiner gelernt, die machen das „learning by doing“. Das erste Fachbuch, was es dazu gibt, (...) ist im November 2006 erschienen, bis dahin gab es (...) nur ein paar Artikel. 95% der Kurse haben es gelernt von ihrer Vorgängerin und nicht in der Fortbildung. Oder von irgendeinem EDV-Fuzzi, die haben aber auch keine Ahnung (...).“ (Interview 7)

Als ein weiteres Thema wurden auch bürokratische Probleme angesprochen, die im Arbeitsalltag bei den Abrechnungen mit den Kranken- und Pflegekassen bestehen und die sich durch Anforderungen beim Datenträgeraustausch mit den Pflegekassen noch einmal verschärft haben. Überbürokratisierung, sich hinziehende Genehmigungsverfahren und Ablehnung von Leistungen durch die Krankenkassen wurden ebenfalls als problematisch genannt. Insgesamt gab es mehrere Äußerungen über ein konfliktreiches Verhältnis zu den Kranken- und Pflegekassen. Dieses zeigt sich auch darin, dass zunehmend Widerspruch gegen Entscheidungen der Pfl-

gekassen eingelegt wird. Als besonders problematisch wird die mangelnde Kompetenz vieler Sachbearbeiter gesehen.

„Was ich auch zunehmend erschreckend finde, ist die nicht mehr partnerschaftliche Kooperation mit den Kostenträgern – also das ist ein ziemliches Hauen und Stechen geworden, (...). Noch vor fünf Jahren saßen alle Kassen mit an einem Tisch, jetzt sitzt die AOK mit uns an einem Tisch, die Ersatzkasse an einem Tisch, und unterhalb der Ersatzkassen gibt es auch noch mal Kassen, die nicht mit am Tisch sitzen. Jeder will was anderes, jeder hat eine eigene Vergütung, jeder hat eine andere Auffassung. Also das, was das an Personalkosten verschlingt, wenn man das pauschal über die Pflegekassen ausschütten würde, hätte man bestimmt mehr davon. Also da finde ich ist der Ton deutlich rauer geworden, ich frage mich, ob die Kassen ihre Versicherten überhaupt noch als Kunden wahrnehmen, auch diese ganze Bewilligungspraxis der Kassen, es wird schon fast kriminell und wird aber im Endeffekt an Leuten ab- und ausgelassen, die sich nicht wehren können. Vor allem die Generation, um die es jetzt geht, die geht nicht in Widerspruch, das haben die nicht gelernt. Wir würden wahrscheinlich anders damit umgehen, aber da weiß ich natürlich auch nicht, ob ich, wenn ich krank bin Lust habe, Widerspruch einzulegen, ja, da habe ich andere Sachen, um die ich mich dann kümmern muss. Also ich finde, das hat sich sehr entmenschlicht und ich bin wirklich kein Sozialromantiker aber das finde ich einfach gesamtgesellschaftlich sehr von Nachteil.“ (Interview 3)

Bei begrenzten finanziellen Ressourcen wird es für die Pflegedienste zunehmend schwieriger, die Anforderungen einer wirtschaftlichen Leistungserbringung mit gestiegenen Qualitätsansprüchen in Einklang zu bringen. Nicht immer ist es aus Sicht der Dienste möglich, fachliche Ansprüche und wirtschaftlichen Erfolg zusammenzubringen. Diese Problematik wirft jedoch auch grundsätzliche Fragen zum Wert ambulanter Pflegeleistungen auf. Aus Sicht einiger Befragter ist es problematisch, dass es keine transparente Vergütungsfindung gibt. Vergütungen werden nicht über Kostennachweise, sondern anhand bestehender, festgelegter Sätze vereinbart, die mit den tatsächlichen Kosten nicht übereinstimmen.

Viele der Befragten beklagen, dass für die ambulante Versorgung insgesamt zu wenig Geld zur Verfügung steht, um die anstehenden Aufgaben zu bewältigen. Dies zeigt sich vor allem an den gestiegenen Qualitätsansprüchen, die ohne zusätzliche verfügbare Mittel umgesetzt werden sollen. Außerdem erscheinen einigen der Befragten die zu erzielenden Preise angesichts der gestellten Anforderungen und vorliegenden Bedarfslagen nicht angemessen und leistungsgerecht zu sein. Sie fordern eine intensivere Diskussion des Preis-Leistungs-Schemas in der ambulanten Pflege und weisen darauf hin, dass die derzeitige Preisstruktur notwendige Investitionen bei den Pflegediensten erschwert.

„Ja, wir erleben aufgrund der vertraglichen Vorgaben und Erwartungen von den Kassen, dem MDK und so immer höhere Erwartungen an unsere Fachlichkeit und immer neue Vorgaben, den Expertenstandard anzuwenden, verstärkte Prüfungen usw. (...). Das kann man alles nachvollziehen, nur die Vergütungsseite entspricht dem nicht, sondern im Gegenteil, die wirtschaftlichen Spielräume werden immer enger und das passt nicht zusammen. Das ist diese Spannung zwischen qualitativen Anforderungen und wirtschaftlichem Druck. Gerade aktuell geht es darum in den Verhandlungen mit den Kassen, aber da haben wir noch gar nichts erzielt, das heißt, die Lücke wird immer größer, die da klafft. Unsere Leute haben schon Ideen auch um die

Qualität zu steigern, nur dafür fehlt der Spielraum. Komplexität, ja das ist, ich denke, die ambulante Pflege, da fließen so viele Aspekte zusammen, wo gerade auf die Leitungspositionen so viele verschiedene Anforderungen zukommen, weil das ist ein hochanspruchsvolles Feld.“ (Interview 2)

Sorge bereitet vielen Beschäftigten im ambulanten Pflegesektor die nur unzureichend gesicherte mittel- und langfristige Finanzierung der Pflege. Weder ist es gelungen, eine entsprechende finanzielle Basis für die sozialen Sicherungssysteme zu schaffen, noch zeigt sich auf Seiten der Pflegehaushalte eine höhere Bereitschaft, selbst größere finanzielle Beiträge für die häusliche Pflege aufzuwenden, wenn die aus der Pflegeversicherung verfügbaren Leistungen aufgebraucht sind.

„Je länger fiskalische Möglichkeiten dem Einzelnen zur Verfügung stehen, je eher wird er bereit sein auch auf qualitative Aspekte, also, sagen wir mal, auch unter fachlichen Gesichtspunkten, für qualifizierte Pflege auszugeben, je weniger finanzielle Kapazität die einzelnen Betroffenen zur Verfügung haben, je eher werden sie aber auch geneigt sein, Pflege überwiegend als Aufsichtsthema mit osteuropäischen oder auch dann asiatischen Kräften schon als befriedigt anzusehen.“ (Interview 5)

Die Situation auf dem Pflegemarkt stellt aus Sicht der Befragten für viele Dienste ebenfalls eine große Herausforderung dar. Die genannten Probleme im Zusammenspiel zwischen Wirtschaftlichkeit, Qualität und verfügbaren Ressourcen führen zu Unsicherheiten hinsichtlich der Wettbewerbsfähigkeit der Dienste. Verschärft wird diese Situation dadurch, dass sich bestimmte Marktentwicklungen wie z. B. Fusionen zwischen einzelnen Diensten, das Auftreten neuer und oftmals größerer Unternehmen am Markt oder auch der Zusammenschluss bislang getrennter Einheiten weitgehend unabhängig von den politischen Reformprozessen (wie z. B. dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz) vollziehen.

Für die Dienste bedeutet dies, dass sie den Markt sehr genau beobachten und die Konkurrenzsituation beherrschen müssen und sich zudem auf die Umsetzung gesetzlicher Anforderungen zu konzentrieren haben. Angesichts der beschriebenen, vielfältigen Probleme, denen sich die Pflegedienstleitungen im Alltag ausgesetzt sehen, stoßen die Möglichkeiten in diesem Bereich jedoch schnell an ihre Grenzen.

Erschwerend kommt hinzu, dass es vielen Leitungen, aber auch anderen in der Pflege sozialisierten leitenden Mitarbeitern zuweilen schwer fällt, ihre fachliche um eine betriebswirtschaftliche und unternehmerische Perspektive zu erweitern. So wurde von Identitätskonflikten vieler Leistungskräfte zwischen Berufsauffassung und tatsächlichen Arbeitsanforderungen berichtet.

„Die ambulante Pflege leidet darunter, dass sie nicht strategisch denkt und handelt. Also wenige Pflegedienste machen das (...). Die kriegen dann auch die Innovationspreise. Aber der normale Pflegedienst hat sehr lokale Strukturen, das ist unabhängig von der Verbandsebene eine kleine Struktur, deshalb glaube ich auch nicht, dass große Investmentfirmen sich da einkaufen können, das ist einfach anders gewachsen. Es ist in der Regel die PDL, die allein gelassen wird. Die sind froh, wenn sie den Alltag managen. Es reicht dann schon, wenn sie Änderungen nach zwei Jahren mitbekommen haben. Strategisches Denken (...) das fällt sehr schwer, dafür wird sich die

Zeit nicht genommen. Die haben soviel zu tun mit ihrem Alltagskram..." (Interview 7)

Zu erwarten ist nach Ansicht einiger Befragter eher noch eine Verschärfung dieser Problematik, da sich die ambulanten Pflegedienste weiterhin mit gegensätzlichen Entwicklungen und Erwartungen konfrontiert sehen werden. So wird einerseits eine stärkere Gemeinwesenorientierung der ambulanten Pflegedienste gefordert und befürwortet, die jedoch mit den zunehmenden Renditeerwartungen kaum in Einklang zu bringen ist.

[Das mögliche stärkere Engagement von Investoren sehe ich] „...als Herausforderung und als Risiko, als massive Verschlechterung für die Pflege an sich. Weil es letzten Endes darauf hinausläuft, das noch mehr zu funktionalisieren, klinisch einwandfrei. Aber praktisch die eigentliche Aufgabe der ambulanten Pflege, die wird zu kurz kommen, also diese Kommunikation, dieses Gemeinwesenorientierte. Also, Es ist eben so wie in vielen anderen Branchen auch, das sind renditeorientierte, von Investoren getriebene Bestrebungen. Also ich würde es eher negativ sehen.“ (Interview 6)

Das mittlerweile zwar bekannte, aber nach wie vor weitgehend verschwiegene Thema der Beschäftigung von Pflege- und Haushaltshilfen aus Osteuropa in den Pflegehaushalten, ist in diesem Zusammenhang ein weiterer Erschwernisfaktor. Die Pflegedienste finden sich dabei in der eigentümlichen Situation, dass sie durch die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI einen Einblick in Pflegehaushalte mit dieser Unterstützungsform erhalten und nicht wissen, wie mit der Situation umzugehen ist. Ihr Auftrag besteht darin, einen Beitrag zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung zu leisten. Je nach Situation kann es jedoch zur Konfrontation mit offenen Formen von Schwarzarbeit und illegaler Beschäftigung einerseits, aber auch mit unzumutbaren Arbeitsverhältnissen der Haushaltshilfen andererseits kommen. Die Auseinandersetzung, was in der Situation als adäquat und wünschenswert, juristisch einwandfrei und fachlich verantwortbar ist, müssen die Pflegekräfte oftmals alleine führen. Auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht entstehen in diesem Zusammenhang Probleme. So können die Pflegefachkräfte im Rahmen der Beratungsbesuche Ansatzpunkte für Verbesserungen der Situation aufzeigen, die dazu führen, dass sich Pflegehaushalte für die billigere Variante der Umsetzung durch ihre osteuropäische Haushalts- und Pflegehilfe entscheiden, anstatt auf die Dienste des ambulanten Pflegedienstes zurückzugreifen.

Nutzer- und bedarfsbezogene Aspekte:

Wesentliche Herausforderungen in der ambulanten Pflege bestehen jedoch nicht nur in den strukturellen Rahmenbedingungen, auch Entwicklungen bei den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen sowie veränderte Bedarfslagen stellen eine Herausforderung dar.

Insgesamt hat sich in den Augen der Befragten der Betreuungsbedarf in den Pflegehaushalten deutlich erhöht. Dabei geht es nicht nur um die quantitative Ausweitung der Inanspruchnahme häuslicher Pflege, sondern auch und vor allem um veränderte Bedarfslagen, die eine höhere Versorgungsintensität nach sich ziehen. Genannt wurden in diesem Zusammenhang explizit die Versorgung allein lebender, pflegebedürftiger Menschen, die Beratung und Unterstützung bei Demenz, die Versorgung sterbender Menschen, die Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen und die kultursensible Einbeziehung von Migrant*innen in Versorgungsstrukturen. Hier

wird in den Pflegediensten ein deutlich gesteigener Bedarf wahrgenommen, dem nicht immer adäquat begegnet werden kann.

Daneben wird ein erhöhter Bedarf an spezialisierten Pflegeangeboten konstatiert, da offensichtlich eine zunehmende Anzahl von Menschen mit einem technikintensiven Pflegebedarf oder komplexen pflegerischen und therapeutischen Anforderungen durch die Pflegedienste versorgt werden. Trotz des deutlich steigenden Bedarfs in diesem Bereich fehlt es bislang an einer Auseinandersetzung um notwendige Qualitätsstandards und Qualifikationsprofile und -maßnahmen. Die durch die komplexen Problemlagen oftmals notwendige Vernetzung mit anderen Anbietern von Versorgungsleistungen, auch im Sinne einer integrierten Versorgung, stellt eine weitere Herausforderung für die Zukunft dar.

Viele ambulante Pflegedienste sehen sich auch vor die Aufgabe gestellt, flexible und innovative Angebote zu machen. Die Bedarfslagen erscheinen zunehmend ausdifferenziert und entsprechend sind die Dienste gefordert, flexibel und rund um die Uhr darauf reagieren zu können. Diese Herausforderung ist auch deshalb problematisch, da es bislang an einer Finanzierungsstruktur mangelt, durch die Anreize zur Schaffung solcher Angebote gesetzt werden. Derzeit ist die Entwicklung innovativer Angebote weitgehend lahm gelegt. Die vereinbarten Leistungskomplexe geben den Rahmen vor, innerhalb dessen die Leistungserbringung erfolgt. Darüber hinausgehende Angebote werden von den Diensten kaum entwickelt (da sie nicht refinanziert werden) oder von den Haushalten nachgefragt (da sie selber dafür zahlen müssten).

Begleitet werden diese inhaltlichen Herausforderungen durch eine erhöhte Geschwindigkeit, mit der die Herausforderungen auftreten. So erleben viele Verantwortliche eine schnell wachsende und sich auch verändernde Erkenntnislage zu verschiedenen Fragen der pflegerischen Versorgung, die sie gerne umsetzen wollen, deren Umsetzung aber Zeit erfordert, die oftmals nicht zur Verfügung steht, sei es, weil die wirtschaftlichen Bedingungen nicht vorhanden sind, aber auch, weil die Geschwindigkeit der Neuerungen zu hoch ist.

Nicht zu vernachlässigen ist der Aspekt, dass die Einschaltung ambulanter Pflegedienste in häusliche Pflegearrangements in hohem Maße auch einen sozialen Beziehungsprozess darstellt. Vor allem dort, wo zeitlich ausgedehnte Präsenzen der Pflegekräfte erforderlich sind, die bis zu einer 24-stündigen Präsenz verschiedener Pflegekräfte reichen können, werden die Pflegekräfte zum kontinuierlichen Bestandteil des häuslichen Pflegearrangements. Dies zieht vielfältige Herausforderungen nach sich, so z. B. die Fähigkeit, Kompromisse einzugehen und die Grenzen zwischen beruflicher und privater Beziehung zu ziehen.

Personalsituation, Arbeitsplatz ambulante Pflege

Durchgängig betonten die Befragten, dass sich die Personalsituation in der ambulanten Pflege nicht mehr als problematisch, sondern treffender als dramatisch darstellt. Als vorrangige Herausforderung wurde die Personalgewinnung und -kontinuität genannt. Beide hängen eng zusammen mit der Personalqualifikation, vor allem für Leitungspositionen.

„Also die Verantwortlichkeit in ambulanten Diensten ist in den vergangenen Jahren gestiegen. Das heißt also Dienste sind sowohl unter Qualitätsaspekten wie unter Leistungsaspekten (...) kontinuierlich

gewachsen und diesen wachsenden Anforderungen gilt es eigentlich Schritt zu halten. (...) Da zeigt sich, dass Pflegekräfte, die dann ein Pflgeteam leiten, einen Beruf in der Regel gewählt haben, weil sie pflegen möchten. Das ist ihre Motivation für ihre Berufswahl und das an der Stelle, wo Anforderungen von außen durch die gesetzlichen und gesellschaftlichen Veränderungen steigen. Das führt zu einem Problem, das wir eine neue Generation von Leitungsverantwortlichen gewinnen müssen. Und das ist schwierig, weil ein Teil von Führungskräften diese Verantwortung, die sie haben, oft zu pflegefremd ist und sie zu viel andere Verpflichtungen und Aufgaben aufgedrückt bekommen, gerade was Bürokratie und den Kampf mit den Kostenträgern angeht. Das nervt eben auch Führungskräfte, so dass wir immer wieder sehr auf der Suche sind, Führungskräfte zu gewinnen, die sich diesen Aufgaben stellen. (...) Das ist nicht einfach, das verstehe ich kurz gefasst so unter fehlendem, auch jetzt geeignetem Leitungspersonal.“ (Interview 4)

Angesichts der bereits geschilderten Rahmenbedingungen ist diese Herausforderung nur schwer zu bewältigen. Dabei geht der Blick vieler Befragter durchaus über die Situation einzelner Pflegedienste hinaus und wird kritisch auf die gesamte ambulante Versorgungslage geworfen. Es wird konstatiert, dass der Markt an gut ausgebildeten Pflegekräften, mit denen sich problemangemessene und marktgerechte Angebote umsetzen lassen, derzeit sehr übersichtlich zu sein scheint und alle Dienste Probleme in der Personalgewinnung haben.

Für unzureichend wird nach wie vor die Berufsausbildung gehalten. Junge Menschen, die sich für einen Pflegeberuf entscheiden, werden vorwiegend im Rahmen von stationären Einrichtungen (Pflegeheime und Krankenhäuser) auf ihren Beruf vorbereitet. Einblicke in die ambulante Versorgung sind zwar mittlerweile verpflichtend, jedoch von ihrem zeitlichen Umfang und ihrer konzeptionellen Bearbeitung her kaum geeignet, ein vertiefendes Verständnis dieses komplexen und vielseitigen Arbeitsbereiches in der Pflege zu vermitteln.

Die Notwendigkeit einer entsprechenden Qualifizierung zeigt sich auch an dem Aspekt, dass die Pflegefachkräfte in erhöhtem Maße mit nur sehr geringfügig qualifizierten Hilfskräften zusammenarbeiten bzw. diese anleiten und beaufsichtigen müssen. Dies trifft sowohl auf Hilfskräfte in den Diensten zu, umfasst aber auch die vielen an sich positiven Bemühungen zur Gewinnung freiwilliger, bürgerschaftlich oder ehrenamtlich engagierter Helfer und die weniger freiwillig mit der Pflege konfrontierten Menschen, die im Rahmen eines Ein-Euro-Jobs oder anderer Maßnahmen beteiligt sind.

Die Herausforderung besteht darin, die Motivation für eine Tätigkeit in der ambulanten Pflege (trotz einer oftmals als negativ empfundenen Berichterstattung) zu erhöhen. Dazu gehört die Schaffung eines positiveren Images der Pflege im ambulanten Bereich. Aus Sicht der Pflegekräfte wird gesellschaftlich permanent suggeriert, dass letztlich jeder pflegen kann und sich aus dieser Einschätzung erklären lässt, warum keine wirkliche Notwendigkeit gesehen wird, der ambulanten Pflege stärkere Ressourcen zukommen zu lassen. Ein wesentlicher Bestandteil ist dabei die angemessene Vergütung. Inwiefern sich in diesem Bereich Fortschritte erzielen lassen, ist nicht zuletzt eine Frage der geschilderten wirtschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen.

Unterstrichen wurde auch die Verantwortung der Trägerverbände in der ambulanten Pflege bei der Schaffung geeigneter und vor allem förderlicher Arbeitsbedingungen. In einem Interview wurde die Tatsache thematisiert, dass der Trend zur Deprofessionalisierung weder fachlich-inhaltlich noch betriebswirtschaftlich sinnvoll sei, da ausgebildete Pflegefachkräfte in der Regel besser einsetzbar sind, weil sie aufgrund ihrer Expertise weniger Anleitung benötigen und sich der Abstimmungsbedarf zwischen den Pflegekräften reduziert. Zudem übernehmen sie vielfältige Aufgaben, die in vielen Fällen den zusätzlichen Einsatz einer Hilfskraft erübrigen.

4.3 Dringender Handlungsbedarf

Die Befragten wurden gebeten, die Bereiche aufzuzeigen, in denen ihrer Ansicht nach der dringendste Handlungsbedarf besteht. Wie bei den voranstehenden grundlegenden Fragen ist auch hier ein breites Spektrum an Antworten auszumachen, die sich um drei Kernbereiche konzentrieren: Die Weiterentwicklung der ambulanten Pflegedienste, die Verbesserung der Rahmenbedingungen und die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen.

Als weiterer dringlicher Aspekt wurde eine gesellschaftliche Klärung angemahnt, wie angesichts der zu erwartenden zunehmenden Pflegebedürftigkeit innerhalb der Gesellschaft eine Verteilungsgerechtigkeit zwischen ihren alten und jungen Mitgliedern herzustellen ist, die den einen Teil (nämlich die junge Bevölkerung) nicht so sehr überfordert, dass er die Bereitschaft verliert, den anderen Teil zu alimentieren. In diesem Zusammenhang sehen sich die Befragten in der Pflicht, als Anbieter ambulanter Pflegeleistungen der als negativ empfundenen Medienberichterstattung entgegen zu treten und sich für eine stärkere gesellschaftliche und politische Anerkennung der professionellen Pflege einzusetzen.

Weiterentwicklung innerhalb der ambulanten Pflegedienste

Einen dringlichen Handlungsbedarf sehen die Befragten bezogen auf strategische Planungen der einzelnen Pflegedienste und ihrer Verbände. So werden Strategien zur langfristigen Existenzsicherung der Dienste für notwendig gehalten, zu denen Fragen der Personalentwicklung und der Marketingkonzeption gehören. Bestandteil entsprechender Strategien ist die richtige Orientierung am Markt unter Berücksichtigung und Einbeziehung lokaler und regionaler Gegebenheiten sowie demografische Entwicklungen. Ambulante Pflegedienste sind hier gefordert, die Balance zwischen global beschreibbaren Entwicklungen und ihrer lokalen Konkretisierung zu finden.

In diesem Zusammenhang wurde selbstkritisch darauf hingewiesen, dass Pflegedienste bereits bestehende Möglichkeiten, z. B. für eine flexiblere Leistungserbringung, nicht genügend nutzen würden. Ursächlich dafür scheint die mangelnde strategische Ausrichtung vieler Dienste und ihrer Leitungen zu sein. Zudem besteht bei vielen Diensten nur ein unzureichendes Verständnis der Rahmenbedingungen für die ambulante Leistungserbringung, so z. B. darüber, dass Preise und Leistungen bis zu einem gewissen Grad flexibel gestaltet werden können. Stattdessen wird oftmals lediglich die Erfüllung von Vorgaben angestrebt.

Verbesserung der Rahmenbedingungen

Weiterer Handlungsbedarf besteht den Befragten zufolge auch hinsichtlich der Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege. Genannt wurden in diesem Zusammenhang die Entbürokratisierung, die Modalitäten der Refinanzierung der ambulanten Pflege und die stärkere Partizipation der Leistungserbringer bei politischen Entscheidungen.

Vor allem administrative Anforderungen und die damit verbundene Bürokratisierung der ambulanten Pflege wurden problematisiert. Die Dienste sehen sich steigenden bürokratischen Anforderungen ausgesetzt, die zwar nicht grundsätzlich in Frage gestellt werden, die aber nach Meinung der Befragten ein Ausmaß angenommen haben, welches zu Lasten der direkten Patientenversorgung geht. In diesem Zusammenhang wurde vor allem auf die hohen Dokumentationsanforderungen hingewiesen. Darüber hinaus wurde jedoch eine Reduktion des Aufwandes im Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege sowie der oftmals sehr aufwändigen und problematischen Abrechnungsverfahren zwischen Pflegekassen und Pflegediensten angemahnt. Zudem wird ein dringender Handlungsbedarf hinsichtlich der latent vorhandenen Gefahr gesehen, die Finanzierungszuständigkeit für Leistungen zwischen dem SGB V und dem SGB XI hin und her zu schieben. Einige Befragte regen in diesem Zusammenhang die Zusammenführung von SGB V und SGB XI an, um diese Verschiebungen zu beenden.

Aus Sicht der ambulanten Kinderkrankenpflege wurde zudem die Notwendigkeit benannt, die Richtlinie zur Verordnung Häuslicher Krankenpflege im SGB V um spezifische Aspekte der Kinderkrankenpflege zu erweitern, die derzeit dort nicht enthalten sind, wie z. B. die Anleitung der Eltern.

Konkretisiert wird die Problematik der Bürokratisierung auch am Verhältnis zwischen Vergütung ambulanter Pflege und den steigenden Qualitätsansprüchen. Zwar werden diese nicht grundsätzlich in Frage gestellt, es erscheint nur zunehmend schwieriger zu sein, diese Ansprüche in all ihren Facetten (zu denen auch der damit zusammenhängende Administrations- und Dokumentationsaufwand zählt) angesichts der Refinanzierungsmöglichkeiten zu erfüllen.

Hinsichtlich der Refinanzierung ambulanter Pflegeleistungen wird einhellig darauf verwiesen, dass die zu erzielenden Erlöse insgesamt zu gering und nicht leistungsgerecht seien. So werden zum einen Leistungen erbracht, für die es keine oder nur sehr geringe Vergütungen gibt (genannt wurden hier vor allem die umfangreichen Beratungs- und Betreuungsangebote durch ambulante Pflegedienste) und die insgesamt niedrigen Vergütungssätze, mit denen eine qualifizierte Versorgung nur noch eingeschränkt sichergestellt werden kann. Hinzu kommt, dass die Vergütungssätze nicht als leistungsgerecht empfunden werden. So erscheint nicht transparent, auf welcher Grundlage die Preisbildung stattfindet.

Weiterer Handlungsbedarf wird bezogen auf illegale Beschäftigungsverhältnisse in der ambulanten Pflege gesehen. Die ambulanten Pflegedienste sehen sich hier in doppelter Hinsicht in einer problematischen Situation. Zum einen haben sie Anforderungen zu erfüllen, die für die Vermittler von Haushaltshilfen nicht gelten, zum anderen sehen sie sich der Problematik ausgesetzt, stabilisierend und qualitätssichernd in Haushalten eingreifen zu müssen.

„Also insofern ist es nur ein indirektes Problem als das ich natürlich auch über unsere Leitungen immer wieder damit konfrontiert werde zu sagen, da haben wir einfach so ungleiche Bedingungen, das an der Stelle natürlich sich auch, was umfängliche Versorgungsarrangements angeht, eben dann auch die Bevölkerung, weil es sozusagen als ein Kavaliersdelikt gesehen wird, sich dann auch dieser illegalen Pflegeverhältnisse da bedienen und dann an der Stelle nur für sehr punktuelle Aufgaben die Fachpflege dazu geholt wird und da immer wieder die Frage auch ist, welche Verantwortung können die Fachpflegekräfte dann auch übernehmen? Wie verhalten sie sich eigentlich in den Situationen, wenn sie auf der einen Seite wirklich auch mitbekommen, unter welchen Bedingungen jetzt hier zeitweise in Deutschland befindende ausländische Hilfs- oder Pflegekräfte dann auch in Haushalten ich sage mal bewusst gehalten werden, weil das sind ja auch zum Teil nicht unbedingt sehr menschenwürdige Bedingungen. Das ist vor allem für die Betroffenen und Angehörigen die billigere Lösung, aber es führt auch zu Schwierigkeiten, auch des eingesetzten Personals, die dort eben auch rund um die Uhr tätig sind. Das führt dann soweit, ich sag jetzt mal beispielhaft, dass dann so eine polnische Kraft auf dem Dachboden versteckt wird, während die Pflegefachkraft den Pflegeeinsatz im Rahmen der Pflegeberatung nach 37,3 macht.“ (Interview 4)

Beklagt wurde neben der Fülle an Anforderungen, denen sich die ambulanten Pflegedienste ausgesetzt sehen, auch die Geschwindigkeit, mit der Neuerungen extern eingefordert werden. Änderungen in Gesetzen und Verordnungen wollen ebenso bewältigt und berücksichtigt werden wie fachliche Weiterentwicklungen (z. B. durch Expertenstandards) und Entwicklungen im Bereich der unterstützenden EDV und Kommunikationstechnologie. Zusammen genommen tragen Ausmaß und Geschwindigkeit der Anforderungen dazu bei, dass den Verantwortlichen in den Pflegediensten kaum Zeit und Gelegenheit dafür bleibt, mit den Entwicklungen Schritt zu halten. Auch die erwähnte mangelnde strategische Ausrichtung vieler ambulanter Pflegedienste wird im Zusammenhang mit den Anforderungen gesehen, die für über das Alltagsgeschäft hinausgehende Überlegungen kaum Raum lassen.

Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur

Der Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung umfasst aus Sicht der Befragten eine stärkere Nutzerorientierung, die Entwicklung neuer Angebote, den Aufbau der Pflegestützpunkte sowie die Einführung eines neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit.

Eine stärkere Nutzerorientierung sehen die Befragten in der Schaffung von Optionen, die über den derzeitigen Leistungsrahmen der starren Leistungskomplexe hinausgehen. Hier wird die Entwicklung flexibler, bedarfsorientierter Versorgungskonzepte angeregt, die von der Erweiterung des Angebotsspektrums durch lokale Netzwerkbildungen und die Einbeziehung freiwilliger Helfer/innen unterstützt werden sollte. Zur Umsetzung einer besseren Nutzerorientierung zählen auch eine bessere Koordination und ein verbessertes Schnittstellenmanagement. Bei positiver Entwicklung und nachhaltiger Implementierung sehen die Befragten in den im Aufbau befindlichen Pflegestützpunkten einen Ansatzpunkt für eine zukunftsfähige und nutzerorientierte Gestaltung der Versorgungsstruktur. Inhaltlich werden die Schwerpunkte mit dem dringendsten konzeptionellen Handlungsbedarf im Bereich der gerontopsychiatrischen und palliativen ambu-

lanten pflegerischen Versorgung sowie in einer stärkeren Betonung präventiver und rehabilitativer Angebote gesehen.

Zudem wurden professionsbezogene Aspekte benannt, die zu einer Aufwertung und zum Erhalt des pflegerischen Berufsbildes beitragen sollen. Dazu gehören nach Einschätzung der Befragten eine klare Kompetenzzuweisung an den Berufsstand der Pflege sowie die Zusammenführung der verschiedenen pflegerischen Ausbildungen unter einer generell stärkeren Förderung der Ausbildung.

5. Strukturelle und organisatorische Aspekte

Im zweiten Teil der Befragung ging es um organisatorische und strukturelle Aspekte der ambulanten Pflege. Die Aussagen der Befragten zu den Refinanzierungsgrundlagen, den Rahmenbedingungen der Leistungserbringung und zum Angebotsspektrum der ambulanten Pflegedienste werden nachfolgend wiedergegeben.

5.1 Finanzierungsgrundlagen der ambulanten Pflege

Die Refinanzierungsgrundlagen ambulanter Pflegeleistungen haben einen großen Einfluss auf das tatsächliche Leistungsspektrum und auf Art, Umfang und Menge an pflegerischen Leistungen, die ambulante Pflegedienste ihren Nutzer/innen anbieten können. Im Rahmen der Erhebung bestand daher das Interesse, eine Übersicht über den Anteil der jeweiligen Kostenträger an den Refinanzierungen der ambulanten Pflegedienste zu erhalten. Die Übersicht zeigt ein sehr heterogenes Bild mit großen Schwankungen zwischen den verschiedenen Antworten:

- SGB XI: zwischen 30% und 70%
- SGB V: zwischen 20% und 60% (bei spezialisierten Diensten wie Kinderkrankenpflegediensten sogar bis zu über 90%)
- SGB XII: zwischen 0 und 10% (eine Ausnahme: 55%)
- Private Zuzahlungen: zwischen 0 und 25%
- Andere (z. B. Unfallversicherung): bis 10%

Die hier präsentierten Ergebnisse geben nur einen groben Trend wieder, da sich die genauen Zahlen nur auf der Ebene einzelner Pflegedienste ermitteln lassen. Innerhalb der einzelnen Verbände und Trägerorganisationen liegen Aussagen zu dieser Frage lediglich in unterschiedlicher Form und Genauigkeit vor. Um aber dennoch ein genaueres Bild zu erhalten, wurden die Antworten zu dieser Frage gewichtet, d. h. die jeweiligen Angaben wurden proportional zur Anzahl der durch die befragte Person vertretenen Pflegedienste gewichtet. Danach werden 56% der Leistungen in der ambulanten Pflege durch die Pflegeversicherung und 34% durch die Krankenversicherung getragen. Sozialhilfeträger, andere Kostenträger wie z. B. die Unfallversicherungen und private Zuzahlungen machen insgesamt einen Anteil von knapp 10% aus.

Für den Betrieb ambulanter Pflegedienste in Deutschland haben also die Sachleistungen der Pflegeversicherung die höchste Bedeutung. Trotz insgesamt steigender Ausgaben für die häusliche Krankenpflege bleibt der Anteil der durch die Krankenversicherung getragenen Leistungen dahinter zurück. Eine deutliche Verschiebung ergibt sich bei den ambulanten Pflegediensten, die sich auf bestimmte Versorgungsbereiche spezialisiert haben, wie z. B. Kinderkrankenpflege, häusliche Intensivpflege oder Palliativversorgung, für die die Regelungen des SGB V eine bedeutend höhere Relevanz haben und die für bis zu geschätzten 80% der zu refinanzierenden Kosten verantwortlich sind.

Unabhängig von den Besonderheiten spezialisierter Pflegedienste, bei denen ein deutlich höherer Anteil an Leistungen über das SGB V refinanziert wird, verdeutlichen diese Zahlen die Bedeutung des SGB XI und der

darin enthaltenen Bestimmungen für die ambulante pflegerische Versorgung.

5.2 Nichtübernahme einer häuslichen Pflegesituation

Gefragt wurde, ob ambulante Pflegedienste die Übernahme der Pflege in häuslichen Pflegesituationen ablehnen. Von Interesse waren dabei die Gründe für eine solche Ablehnung und die Frage, was bei einer Ablehnung in häuslichen Pflegesituationen geschieht bzw. wie die Versorgung dann sichergestellt wird.

Insgesamt bestand die Einschätzung, dass die Ablehnung einer Pflege relativ selten vorkommt. Die ambulanten Pflegedienste sehen sich alle in der Verpflichtung, die Übernahme der pflegerischen Versorgung weitestgehend ermöglichen zu müssen.

„Also die allermeisten Dienste bemühen sich, keinen abzulehnen, was auch nicht immer positiv ist, weil teilweise damit Defizite gemacht werden. (...) Die Pflege ist so strukturiert, dass sie immer versucht alles möglich zu machen, selbst wenn es nicht machbar ist, aber sie versuchen dennoch, alles zu machen. Es ist eher so, dass sie im Laufe der Versorgung merken, (...) dass es nicht funktioniert, aber am Anfang wird kaum einer abgelehnt (...).“ (Interview 6)

Die Nichtübernahme einer häuslichen Pflege kommt aus Sicht der Befragten lediglich als eher kurzfristiger Engpass aus einem der nachfolgend genannten Gründe vor:

- *Nicht sicher gestellte Finanzierung:* Dieser Aspekt bezieht sich vorrangig darauf, dass der vorhandene Bedarf an Leistungen nicht durch das Spektrum refinanzierbarer Leistungen aus SGB XI und SGB V abgedeckt ist. Dieser Umstand ist vor allem fehlenden Verordnungen seitens der niedergelassenen Hausärzte oder fehlenden Zusagen zur Kostenübernahme seitens der Kostenträger geschuldet. In diesem Zusammenhang wurde auch darauf hingewiesen, dass offensichtlich Angehörige kranker und pflegebedürftiger Menschen durch die Kranken- und Pflegekassen aufgefordert werden, Maßnahmen der Häuslichen Krankenpflege nach SGB V selbst durchzuführen, damit diese nicht mehr durch den Pflegedienst übernommen werden müssen. Zudem wurde angemerkt, dass Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste oftmals Leistungen auch ohne Kostenübernahme erbringen, da sie mit den realen Problemen häuslicher Pflegesituationen konfrontiert werden und es in diesen Situationen nur schwer ertragen können, keine Unterstützung zu leisten. Allerdings bezieht sich die nicht sichergestellte Finanzierung auch auf Pflegesituationen, in denen seitens der Pflegebedürftigen und/oder ihrer Angehörigen unrealistische Erwartungen an den Leistungsumfang, den Leistungsinhalt und die dafür zu veranschlagenden Preise bestehen. Die Pflegedienste sehen hier nur wenig Spielraum für sich, so dass auch dieser Aspekt dazu führen kann, dass die Übernahme einer Pflege abgelehnt wird.
- *Fehlende personelle Kapazitäten des Pflegedienstes:* Trotz der Notwendigkeit, personell vieles möglich machen zu müssen, können Situationen auftreten, in denen ambulanten Pflegediensten die personellen Kapazitäten fehlen, um der Nachfrage nach häuslicher Pflege nachkommen zu können. Hingewiesen wurde darauf, dass es sich dabei eher um ein kurzfristiges Problem im Falle sehr aufwändiger und spe-

zieller Pflegesituationen (z. B. Intensiv- oder Palliativversorgung) handeln dürfte.

- *Überschreitung des Kompetenz- oder Einzugsbereichs:* Ein weiterer Grund für die Ablehnung einer häuslichen Pflege wurde darin gesehen, dass die Anforderungen der Pflegesituation außerhalb der Zuständigkeit oder Kompetenz eines Pflegedienstes liegen bzw. als zu hoch für den Pflegedienst bewertet werden. Dies spielt vor allem bei komplexen Problemlagen eine Rolle, wie sie durch häusliche Intensivpflege, Pflegebedürftigkeit bei Kindern oder ähnliches auftreten können. Einige Pflegedienste sehen hier den Rahmen der bei ihnen anzutreffenden Fachkompetenz überschritten. Auch die Notwendigkeit einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung über einen längeren Zeitraum bringt für einige Pflegedienste Probleme mit sich (siehe dazu auch Ewers/Schaeffer 1999). Seltener kommt es vor, dass ambulante Pflegedienste Anfragen ablehnen müssen, weil diese von außerhalb ihres räumlichen Einzugsgebietes kommen und die Fahrtstrecke zu lang ist und sich finanziell nicht rentiert. Letztgenannter Aspekt kann allerdings bedeutsam werden bei Pflegebedürftigen mit spezifischen Problemlagen, für die ein spezialisierter Pflegedienst benötigt wird. Im Gegensatz zur insgesamt ausreichenden Infrastruktur an ambulanten Pflegediensten kann davon ausgegangen werden, dass die Verteilung spezialisierter ambulanter Pflegedienste nicht in gleichem Maße flächendeckend stattgefunden hat. Hinzu kommt, dass eigentlich niemand wirklich weiß, wie viele spezialisierte Pflegedienste es in Deutschland gibt. Der Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege geht von ca. 180 spezialisierten Kinderkrankenpflegediensten aus und identifiziert bei dieser Anzahl Regionen in Deutschland, in denen der nächste Dienst bis zu 100 km entfernt sein kann.
- *Weitere Gründe* bezogen sich auf zwischenmenschliche Problemlagen, wie z. B. Uneinigkeit unter Angehörigen über die angemessene Versorgung oder die nicht erfüllbare Forderung nach gleichgeschlechtlicher Pflege. Berichtet wurde auch von Situationen häuslicher Gewalt sowie gewaltsamen Übergriffen auf das Pflegepersonal, aufgrund dessen eine Pflegeübernahme bzw. der Fortbestand einer bestehenden Pflegesituation abgelehnt wurde.

5.3 Beteiligung an der Integrierten Versorgung

Bereits seit längerer Zeit werden in Deutschland die Notwendigkeit und die Umsetzung integrierter Versorgungsansätze diskutiert. Die ambulante Pflege ist bislang nicht nennenswert in diesem Zusammenhang in Erscheinung getreten. Die Ergebnisse dieser Befragung bestätigen diesen Eindruck.

Insgesamt wurde die Beteiligung an der Integrierten Versorgung nur von wenigen Befragten berichtet. Am bedeutsamsten dürfte die Beteiligung von mehreren hundert ambulanten Pflegediensten an einem Vertrag zur integrierten Wundversorgung sein, den ein Anbieterverband abgeschlossen hat und an dem sich viele seiner Mitglieder beteiligen. Darüber hinaus wurden die Palliativversorgung und die ambulante psychiatrische Versorgung als Bereiche genannt, in denen ambulante Pflegedienste als Kooperationspartner der Integrierten Versorgung vorkommen. Dabei lag der Schwerpunkt eher auf der Palliativversorgung und dieser Bereich dürf-

te sich durch die mittlerweile geschaffenen Möglichkeiten der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung tendenziell weiter ausdehnen.

Für die nur geringe Beteiligung der ambulanten Pflege an der Integrierten Versorgung wurden zwei Gründe genannt. Zum einen wurde auf die bereits erwähnte, oftmals nur geringe strategische Ausrichtung vieler Pflegedienste verwiesen, die dazu führt, dass die bestehenden Möglichkeiten nicht in Betracht gezogen werden. Neben diesem eher internen Bereich wurde jedoch auch darauf verwiesen, dass einige ambulante Pflegedienste strukturell nicht in der Lage sind, sich an der Integrierten Versorgung zu beteiligen, da sie von ihrem Aufbau, ihrem Personalbestand und auch ihrem Umsatz nicht die Voraussetzungen mitbringen wie beispielsweise Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Arztpraxen. Und selbst wenn Partner gefunden werden, so ist die Beteiligung an der Integrierten Versorgung immer noch mit einem hohen Aufwand für die Pflegedienste verbunden, der kaum zu bewältigen ist.

5.4 Schnittstellenprobleme

Ambulante Pflegedienste sind im Alltag mit einer Vielzahl von Schnittstellen in der Versorgung konfrontiert. Deshalb wurde gefragt, welche Schnittstellen aus ihrer Sicht besonders problematisch sind und mit welchen die Abstimmungsprozesse ohne größere Schwierigkeiten erfolgen. Die nachfolgende Tabelle vermittelt einen Gesamteindruck über die Rückmeldungen. Die Schnittstellenproblematik sollte auf einer Skala von 1 bis 6 bewertet werden, wobei 1 besonders problematisch und 6 unproblematisch bedeutet:

Tabelle 2: Schnittstellenprobleme ambulanter Pflegedienste

Schnittstellen zum ambulanten Pflegedienst:	1	2	3	4	5	6
Krankenhaus	4x	7x	9x	3x	6x	
Hausarzt	1x	6x	8x	12x	5x	
Pflegeheim		5x	4x	6x	9x	6x
Apotheke		3x	4x	2x	8x	14x
Sanitätshaus bzw. Pflegehilfsmittelhersteller		5x	1x	7x	11x	7x
Andere: Kranken- und Pflegekasse (5 Nennungen), Palliativdienste (2 Nennungen), Menüservice (1 Nennung)						

Quelle. eigene Darstellung

Am schwerwiegendsten scheint die Abstimmung mit Krankenhäusern zu sein. Explizit benannt wurden in diesem Zusammenhang Schwierigkeiten mit der Überleitung aus dem Krankenhaus (sowohl hinsichtlich der Information über Entlassungen und Versorgungsanforderungen, als auch in der

Kommunikation mit Sozialdiensten oder für Überleitungspflege zuständigen Stellen). Zudem wurden Probleme dahingehend benannt, dass Krankenhäuser teilweise eigene Pflegedienste betreiben oder feste Kooperationen mit bestimmten Diensten eingegangen sind, durch die es für andere Dienste schwierig bis unmöglich ist, zu kooperieren und die Versorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu übernehmen.

Auch die Zusammenarbeit mit den Hausärzten ist oft problematisch. Das Konfliktpotenzial liegt hier vor allem in den Verordnungen über häusliche Krankenpflege, die durch die Ärzte ausgestellt werden müssen und die Grundlage für entsprechende Leistungen bilden. Ein Befragter wies darauf hin, dass die persönliche Beziehung zwischen Leitung und Arzt für die Zusammenarbeit besonders wichtig ist und Schnittstellenprobleme in diesem Bereich eher zwischen Personen als zwischen Funktionen entstehen. Diese Einschätzung wird durch andere Befragte bestätigt. Sie verwiesen außerdem darauf, dass Hausärzte die ambulanten Pflegedienste oftmals nicht als adäquate Partner ansehen.

Auch die Zusammenarbeit mit den Kranken- und Pflegekassen ist mehrfach als problematisch eingeschätzt worden. Das gilt vor allem für die Bewilligung von Verordnungen über häusliche Krankenpflege und die Genehmigung von Leistungen, die die ambulanten Pflegedienste erbringen. Die Zusammenarbeit mit Pflegeheimen, Apotheken, Sanitätsmittelhäusern und dem eng damit zusammenhängenden Homecare Sektor stellt sich aus Sicht der Befragten demgegenüber als deutlich weniger problematisch dar.

Maßnahmen zur Überwindung der Schnittstellenproblematik umfassen formalisierte, d. h. vertraglich festgelegte Kooperationen wie sie z. B. zwischen ambulanten Pflegediensten und Apotheken und Sanitätshäusern, aber auch zwischen ambulanten Pflegediensten und Krankenhäusern bestehen. Unterhalb dieser formalisierten Ebene wurden gemeinsame Arbeitsgruppen oder Werkstattgespräche ebenso genannt wie die Erstellung gemeinsamer Überleitungsbögen zwischen Krankenhaus und Pflegediensten, durch die die Probleme in der Zusammenarbeit abgemildert werden können. Speziell die Überleitung von Patienten aus dem Krankenhaus in die ambulante Pflege bietet Möglichkeiten der Kooperation, zumal hier durch den Expertenstandard Entlassungsmanagement (DNQP 2004) eine entsprechende Orientierungshilfe existiert, die allerdings, nach Einschätzung der Befragten nur bedingt zum Tragen kommt. Weitere Ansätze zur Zusammenarbeit wurden aus dem Bereich des Case Managements oder der Wundversorgung berichtet, in denen es zur Kooperation zwischen ambulanten Pflegediensten und anderen Akteuren gekommen ist.

Gute Ansatzpunkte bieten auch lokale oder regionale Netzwerke in Form von Arbeitsgruppen oder regelmäßig stattfindender Gremien wie den in Nordrhein-Westfalen üblichen kommunalen Pflegekonferenzen. Diese Treffen stellen zwar einerseits einen erheblichen Zeitaufwand für die Leitungen der ambulanten Pflegedienste dar, sie bieten aber andererseits eine Möglichkeit, auf andere Akteure zuzugehen und bestehende Probleme angehen zu können.

5.5 Pflegeberatung

Zunehmend wichtig für die ambulante pflegerische Versorgung ist die Pflegeberatung, deren Bedeutung durch die Gewährung eines Rechtsanspruchs auf Pflegeberatung durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz

(PfWG) nochmals unterstrichen wurde. Im Rahmen dieser Untersuchung war es von Interesse, ob, in welchem Ausmaß, zu welchen Konditionen und zu welchen inhaltlichen Fragen Beratung durch ambulante Pflegedienste geleistet wird.

Die Antworten zeigen sehr deutlich, dass Beratung offensichtlich ein fester Bestandteil der Arbeit ambulanter Pflegedienste ist und sich sehr heterogen darstellt. Eine wichtige Rolle spielt in vielen Pflegediensten die Beratung für Geldleistungsempfänger nach § 37 Absatz 3 SGB XI, die bis zur Verabschiedung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes in der alleinigen Zuständigkeit und Verantwortung der ambulanten Pflegedienste lag und nunmehr auch durch andere Stellen durchgeführt werden kann. Die Vergütung dieser Beratung richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und betrug 16 Euro in den Pflegestufen I und II sowie 26 Euro in der Pflegestufe III. Durch das PfWG wurden diese Sätze erhöht auf 21 Euro (Pflegestufen I und II) und 31 Euro (Pflegestufe III).

Ebenfalls eingebettet in einen gesetzlichen Rahmen ist die Beratung bzw. Schulung in der häuslichen Umgebung nach § 45 SGB XI, über die viele Pflegedienste Verträge abgeschlossen haben und für die unterschiedliche Vergütungsregelungen bestehen. Berichtet wurde von Verträgen mit einem Satz von 21 Euro pro 30 Minuten, anderen mit 72 Euro für 120 Minuten oder solchen mit einem festen Satz von 71,58 Euro ohne Zeitangabe.

Daneben wurde eine Vielfalt von Themen und Anlässen genannt, zu denen eine Beratung durch ambulante Pflegedienste stattfindet. Dazu gehörten:

- Beratung bei Erstgesprächen
- Demenztelefon bzw. Demenzberatung
- Angehörigenberatung
- Beratung zur Wohnraumanpassung
- Hauskrankenpflegekurse (mit eher anleitendem und Wissen vermittelndem Charakter)
- Beratung zu Leistungen aus SGB XI, SGB V und SGB XII
- Beratung durch Sozialarbeiter zu den Themen Pflegevertrag, Anträge bei Behörden, Hilfestellung beim Einlegen von Widersprüchen
- Beratung und Begleitung zur Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK)
- Psychosoziale Beratung
- Beratung zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bzw. deren Verschlimmerung

Zusätzlich wurden Beratungsangebote ohne spezifischen Inhalt genannt. Dazu gehören feststehende Rufnummern, unter denen eine telefonische Beratung rund um die Uhr ebenso zählt wie Fachstellen, Beratungs- und Koodinierungsstellen oder ähnliches. Oftmals sind diese Angebote nicht bei einem Pflegedienst allein angesiedelt, sondern Teil eines übergreifenden Angebots durch die Trägerverbände. In diesem Zusammenhang wurde auch auf ein Konzept hingewiesen, durch das mittlerweile 2.500 Pflege-

kräfte aus ambulanten Pflegediensten eines Anbieterverbandes qualifiziert wurden, um Beratung, Anleitung und Schulung in häuslichen Pflegesituationen zu leisten.

Ein gemeinsames Charakteristikum all dieser Angebote und Ansätze ist, dass sie offensichtlich pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen weitgehend kostenlos zur Verfügung gestellt werden und eine Eigenleistung der ambulanten Dienste bzw. ihrer Träger darstellen. Hierzu wurde angemerkt, dass sich trotz des vorhandenen Bedarfs an Beratung entsprechende Leistungen nur schlecht „verkaufen“ lassen, sofern sie nicht durch gesetzliche Refinanzierungen abgedeckt sind. Ein wenig anders stellt sich die Situation jedoch in der ambulanten Kinderkrankenpflege dar, in der die Anleitung von Eltern originärer und oftmals auch durch das Kinder- und Jugendhilfegesetz als gesetzlich festgeschriebener Teil der Pflege erfolgt.

5.6 Weitere Aufgabenfelder und Spezialisierungen

Der nächste Absatz beschäftigt sich mit inhaltlichen Fragen des Leistungsangebots und der Spezialisierung ambulanter Pflegedienste. Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde erwartet, dass es zu einer Ausdifferenzierung der ambulanten Pflegedienste kommen würde, nach der einige Dienste sich auf allgemeine, grundpflegerische Leistungen, andere auf spezialisierte Versorgungsbereiche konzentrieren würden (exemplarisch Schaeffer 2002). Mittlerweile ist bekannt, dass diese Ausdifferenzierung ausgeblieben und das Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste sehr homogen ist. Dennoch bieten viele Pflegedienste spezialisierte Versorgungsleistungen an. Die Befragten wurden daher gebeten, ihnen bekannte Spezialisierungen zu benennen und eine Einschätzung abzugeben, welche am häufigsten anzutreffen sind. Die nachfolgende Aufzählung erfolgt anhand der Häufigkeit der Nennungen:

- Palliativpflege (hier wurde ergänzend auf eine weiter steigende Tendenz verwiesen)
- Kinderkrankenpflege (oder Kinderintensivpflege)
- Wundversorgung
- Pflege von Menschen mit Behinderung
- Häusliche Intensivpflege
- Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund
- Gerontopsychiatrische Pflege/Versorgung bei Demenz
- Ambulante psychiatrische Pflege (hier wurden Beispiele geschildert, in denen diese Leistung aufgrund unzureichender Finanzierung wieder eingestellt werden musste)
- Andere (z. B. 24-Stunden-Betreuung)

Die Auflistung zeigt, dass durchaus verschiedene Spezialisierungen in ambulanten Pflegediensten anzutreffen sind. Streng genommen müsste hier jedoch weiter differenziert werden in Dienste, die sich vor allem auf einen Bereich spezialisiert haben – was bei der Kinderkrankenpflege oder der häuslichen Intensivpflege der Fall sein dürfte – und solchen, die Spezialisierungen neben einem breiteren Leistungsspektrum anbieten, wie bei-

spielsweise die Wundversorgung. Betont wurde auch, dass es weitaus differenziertere Spezialisierungen gibt, als gemeinhin bekannt sei, aber die Spezialisierung nicht unbedingt eine gute Voraussetzung für den Pflegedienst sein muss, um auf dem Pflegemarkt zu bestehen.

„Also, ich sehe viele Belege dafür, dass beide Bereiche, sowohl die Betreuung als auch die Entwicklung ambulantes Krankenhaus sich deutlich weiterentwickeln werden und die Einrichtungen am besten aufgestellt sind, die die ganze Bandbreite abdecken. (...) d. h. von der Betreuung bis hin zur speziellen Krankenversorgung oder speziellen Krankenpflege reichen.“ (Interview 5)

Um das zu ermöglichen, ist es aus Sicht einiger der Befragten notwendig, Leistungen anzubieten und zu entwickeln, die über die abrechenbaren Leistungen aus SGB XI und SGB V hinausgehen, da diese nicht ausreichend sind, um den Bedarfslagen in häuslichen Pflegesituationen gerecht zu werden.

Familien- und gemeindeorientierte Pflege

In der Literatur werden Ansätze wie die familien- und gemeindeorientierte Pflege, Case Management sowie präventive und rehabilitative Pflege diskutiert. Gefragt wurde auch, ob und in welchem Ausmaß diese Ansätze in der Praxis eine Rolle spielen.

Familien- und gemeindeorientierte Ansätze in der ambulanten Pflege scheinen den Befragten zufolge eher die Ausnahme zu sein – in einigen Fällen wurde sogar die Frage danach nicht verstanden. Ausnahmen stellen die Beteiligungen an Modellprojekten wie „Lokales Kapital für soziale Zwecke (LOS)“ oder „SOWieDaheim“, die Anwendung eines familienorientierten Pflegemodells oder die Durchführung von Familienkonferenzen für pflegende Angehörige dar. Auch spezielle Ansätze zur Einbeziehung von Angehörigen wurden berichtet, aber insgesamt müssen die Aktivitäten in diesem Bereich als eher marginal eingeschätzt werden.

Den Befragten zufolge liegt die Ursache dafür darin, dass es keine landesweiten Vereinbarungen gibt bzw. sie nicht Gegenstand der Vereinbarungen zur Umsetzung des § 45 SGB XI geworden sind. Mögliche Refinanzierungsansätze würden nach Meinung eines Teilnehmers in einer Versorgung nach § 38 SGB V oder auf der Grundlage des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) bestehen. Ein wenig anders stellt sich die Situation in der ambulanten Kinderkrankenpflege dar, die eine familienorientierte Perspektive als eher grundlegende Haltung versteht, ohne die sie ihren Aufgaben kaum nachkommen könnte. Entsprechend finden sich familienorientierte Ansätze auch im Qualitätsmanagementhandbuch des Bundesverbandes Häusliche Kinderkrankenpflege wieder.

Case Management

Anders ist die Situation beim Case Management. Zwar kann auch dabei nicht von einer flächendeckenden Implementation ausgegangen werden, allerdings zeigt sich – so die Interviewaussagen – ein sehr vielfältiges Spektrum an Ansätzen.

Berichtet wurde von Beispielen, die sich im Verlauf von Pflegesituationen konkretisieren, so z. B. die Übernahme von Case Management Aufgaben bei der Entlassung aus dem Krankenhaus, zu Beginn einer neuen Pfl-

gesituation oder bei der Organisation häuslicher Pflegearrangements allein stehender Menschen. Andere Befragte betonten, dass es in Einzelfällen anhand bestimmter Problemlagen (hohe Komplexität, Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz oder von Verwahrlosung bedrohte Menschen) zur Übernahme von Case Management Funktionen kommt, diese dann aber durch ausgebildete Case Manager (die sowohl Pflegefachkräfte wie auch Sozialpädagogen oder Sozialarbeiter sein können) wahrgenommen werden. Entsprechende Funktionen wurden auch im Zusammenhang mit dem Persönlichen Budget oder im Zusammenhang mit dem Wundmanagement übernommen.

Andere Dienste verwiesen beim Bedarf an Case Management auf lokal vorhandene Instanzen (wie Koordinierungs- oder Beratungsstellen), die entsprechende Angebote vorhalten und bei Bedarf erbringen können. Die Aufgabe der ambulanten Pflegedienste besteht in diesen Fällen dann in der Vermittlung.

In der Breite kann nicht davon ausgegangen werden, dass in allen Diensten Case Management Qualifikationen zur Verfügung stehen. Oftmals werden diese Aufgaben durch die Leitungen der ambulanten Dienste im Rahmen ihrer alltäglichen Aufgaben wahrgenommen, oder sie finden gar nicht statt. In der Gesamttendenz jedoch bestand Einigkeit, dass der Bedarf an Case Management Aufgaben eher zu- als abnimmt.

Prävention

Spätestens seit Einführung der Pflegeversicherung gilt der Grundsatz des Vorrangs von Prävention und Rehabilitation vor Pflege. Aus fachlicher Perspektive wird zudem die Ansicht vertreten, dass Prävention und Rehabilitation auch durch Pflege erfolgen können. Insgesamt aber scheinen Fortschritte in diesem Bereich eher übersichtlich zu sein. Die Antworten zur Prävention durch ambulante Pflegedienste deuten zunächst einmal auf einen Überblick über das breite Verständnis von Prävention. Benannt wurden:

- Hauskrankenpflegekurse, Anleitung und individuelle Schulungen in häuslicher Pflege
- Niedrigschwellige Betreuungsleistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
- Aufsuchende präventive Hausbesuche
- Gedächtnistraining
- Ernährungsberatung
- Hausnotrufsysteme
- Hilfsmittelverleih
- Wohnraumanpassung und Wohnraumberatung
- Maßnahmen zur Vermeidung von Isolation
- Haushaltsnahe Dienstleistungen
- Durchführung von Prophylaxen (z. B. Sturz und Dekubitus) bei der täglichen Pflege
- Wundversorgung
- Aktivierende Pflege

- Gesprächskreise für pflegende Angehörige
- Kurse zum rückschonenden Arbeiten sowie zum Einsatz von Kinästhetik und des Bobath-Konzepts für pflegende Angehörige
- Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Pflege & Alter

Diese umfangreiche Aufzählung zeigt, dass nicht immer eindeutig ist, was als präventive Maßnahme zu verstehen ist. Wie bei den familienorientierten Ansätzen oder dem Case Management betonen die Befragten auch hier, dass sie keine präventiven Leistungen erbringen, weil es auch hier an einer klaren Kostenerstattungsregelung fehlt. Daher müssen Pflegebedürftige den Großteil der Leistungen selbst zahlen, wozu eine nur geringe Bereitschaft besteht. Stattdessen würden nur die Schulungs- und Beratungsangebote in Anspruch genommen, für die es festgelegte Refinanzierungsregelungen gibt.

Rehabilitation

Noch weniger Angebote als bei der Prävention finden sich im Bereich der Rehabilitation. Als erbrachte rehabilitative Maßnahmen wurden genannt:

- Krankengymnastik
- Logopädie
- Urlaub bzw. Erholungs- und Kurmaßnahmen (wie z. B. Urlaub ohne Kofferpacken, Stranderholung, „ein Nachmittag für mich“) für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen
- Mobile Rehabilitation
- Eingliederungshilfe und Unterstützung bei der Mobilität
- Mobilisation, Gehtraining, Bewegungsübungen
- Aktivierende Pflege
- Angebote im Netzwerk von Sozialstationen mit offener Altenhilfe

Auch in diesem Bereich erfolgte der Hinweis, dass eine reguläre Finanzierung für rehabilitative Leistungen durch ambulante Pflegedienste verfügbar ist und daher diese Maßnahmen eher punktuell nach Einzelfallentscheidung erbracht werden.

6. Die Mitarbeiter der ambulanten Pflegedienste

In diesem Themenkomplex stand die Frage im Mittelpunkt, wie sich die Situation der Mitarbeiter in den ambulanten Pflegediensten darstellt. Dazu wurden Fragen zur Fachkraftquote, zu Zusatzqualifikationen und zu Fortbildungen gestellt und um eine Einschätzung der Arbeitsbedingungen gebeten.

6.1 Fachkraftquote und Zusatzqualifikationen

Wie auch bei der Frage nach den Finanzierungsgrundlagen sind die Antworten zur Fachkraftquote, also dem Anteil der beschäftigten Mitarbeiter mit einer dreijährigen, pflegerischen Ausbildung, eher als Tendenzaussage zu bewerten, denn als Analyse belastbaren Zahlenmaterials. Dies zeigt sich an den ebenfalls sehr heterogenen Antworten, nach denen sich die Fachkraftquote in ambulanten Pflegediensten wie folgt darstellt:

- Fachkraftquote unter den Vollzeitbeschäftigten: 30 – 80% (in zwei Fällen sogar 100%)
- Fachkraftquote unter Teilzeitbeschäftigten: 20 – 80%
- Fachkraftquote bezogen auf Vollzeitäquivalente: 69 – 100%.

Die Antworten auf diese Frage wurden ebenso wie bei den Finanzierungsgrundlagen gewichtet, obwohl weniger Antworten vorlagen. Die Gewichtung zeigt, dass bezogen auf Vollzeitäquivalente von einer Fachkraftquote von leicht über 60% ausgegangen werden kann.

Betont wurde in diesem Zusammenhang, dass die erfolgreichsten Pflegedienste eine hohe Fachkraftquote haben:

„Man braucht nicht soviel Leitung, um die Pflegefachkräfte anzuleiten. Also ich spare dort sozusagen ein. Die müssen nicht soviel unter den Qualifikationen miteinander reden, sich abstimmen bei dem Patienten. Wenn also praktisch eine examinierte Pflegekraft auch noch ein Frühstück mitmacht, dann muss sie sich nicht abstimmen. Also weniger Organisationszeit, das ist der zweite Punkt. Und der dritte Punkt ist, dass die Fahrtzeiten nicht in diesem Umfang anfallen, weil diese Hilfskraft muss ja nicht extra noch mal hinfahren, um das Frühstück zu bereiten, sondern das macht die examinierte mit und da in Deutschland in allen Bundesländern die Hausbesuchspauschalen nicht kostendeckend sind, hat man da auch wieder eine Kompensation. Das heißt die, die höheren Personalkosten werden überkompensiert durch die drei genannten Punkte.“ (Interview 6)

Neben der Fachkraftquote war von Interesse, Aussagen über Zusatzqualifikationen der Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste zu erhalten. Dazu wurden Antworten vorgegeben und es bestand die Möglichkeit, weitere Antworten hinzuzufügen. Mehrfachangaben waren dabei möglich. Die nachfolgende Auflistung erfolgt anhand der Häufigkeit der Nennungen:

- Wundexperte
- Palliativpflege (Palliativversorgung von Kindern)
- Intensivpflege (Intensivpflege von Kindern)
- Psychiatrische Pflege

- Überleitungspflege
- Vereinzelt Nennungen nur noch für:
 - Familiengesundheitspflege
 - Pflegeexperte für Menschen im Wachkoma
 - Primary Nursing
 - Pflegeexperte für HIV/AIDS
- Weitere einzelne Nennungen neben den Antwortvorgaben erfolgten für:
 - Gerontopsychiatrische Pflege (auch: Expertise für Pflege bei Demenz)
 - Ambulante Pflege
 - Versorgung bei Diabetes mellitus
 - Ausbildung zur verantwortlichen Pflegefachkraft (460-Stunden Ausbildung)
 - Ausbildung zur Stationsleitung
 - Studium der Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik oder des Pflegemanagements
 - Weiterbildung im Case Management
 - Weiterbildung zum Bereich Beratung/Supervision
 - Weiterbildung zur Mentorin für die Pflegeausbildung
 - Weiterbildung zu den Themen Kontinenz und Sturz

In diesen Antworten spiegelt sich weitestgehend das Spektrum an Spezialisierungen wider wie es im Fragebogen vorgegeben war.

6.2 Fort- und Weiterbildung

Ambulante Pflegedienste sehen sich der Anforderung ausgesetzt, ihre Leistungen jeweils am neuesten Stand der pflegerischen und medizinischen Erkenntnisse auszurichten. Hohe Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der Fortbildung zu. Ambulante Pflegedienste, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen, sind nach § 132a SGB V sogar verpflichtet, in ihren Verträgen mit den Krankenkassen Vereinbarungen über Fortbildungen aufzunehmen. In der Befragung wurde daher danach gefragt, ob die Trägerverbände entsprechende Fort- und Weiterbildungen anbieten und in welchem Umfang Fortbildungen besucht werden.

Die große Heterogenität bei den Antworten setzte sich auch im Bereich der Fortbildungen fort. Während einige Verbände eigene Fort- und Weiterbildungsakademien vorhalten, können andere nicht auf solche Erfahrungen verweisen und sehen die Notwendigkeit der Weiterentwicklung – wenige der Befragten gaben sogar an, dass gar keine entsprechenden Angebote gemacht würden. Fort- und Weiterbildungsprogramme werden sowohl durch die Verbände als auch im Rahmen von Netzwerken angeboten, an denen die Trägerverbände beteiligt sind.

Viele der benannten Fort- und Weiterbildungen zielen auf die Qualifikation von Führungskräften. Dabei spielen sowohl allgemeine Fragen der

Leitung und des Managements eine Rolle wie auch formale Qualifikationen zur Pflegedienstleitung oder verantwortlichen Pflegefachkraft. Einige Träger bieten Nach- und Aufbauqualifikationen für Altenpflegekräfte an. Auch Fortbildungsveranstaltungen zur Vermittlung von Gesprächs- und Beratungskompetenzen spielen eine wichtige Rolle. Nachfolgende Übersicht zeigt die weiteren Felder auf, zu denen Fort- und Weiterbildungen angeboten werden:

Tabelle 3: Fort- und Weiterbildungen

Palliativpflege, Sterbebegleitung	Pflegedokumentation
Hygiene	Rückenschonendes Arbeiten
Wundmanagement	Qualitätsmanagement
Umgang mit Demenz, Validation	Erste-Hilfe-Kurse
Diabetes	Praxisanleitung
Schmerz	PC-Kurse
Kinästhetik	Gesetzliche Grundlagen
Basale Stimulation	Organisation
Expertenstandards	Wirtschaftliche Fragen der ambulanten Pflege
Dekubitusprophylaxe	Rechtliche Fragen
Aktivierende Pflege	Interne Audits
Umgang mit Angehörigen	Arbeit mit Ehrenamtlichen

Quelle. eigene Darstellung

Nur schwer zu beantworten war für die Befragten die Frage, wie viel Fortbildungszeit im letzten Jahr pro Mitarbeiter aufgewendet wurde. Die Angaben variierten zwischen 8 Stunden und sieben Tagen (also 56 Stunden) im Jahr. Hingewiesen wurde auf vertragliche Verpflichtungen, nach denen mindestens 10 Stunden pro Jahr und Mitarbeiter nachgewiesen werden müssen. Manche Dienste treffen jedoch Entscheidungen, die einen deutlich höheren Zeitumfang vorsehen. Der hohe Anteil von Teilzeitbeschäftigten in der ambulanten Pflege stellt aus Sicht einiger Befragter einen Erschwernisfaktor beim Thema Fortbildung dar.

6.3 Arbeitsbelastungen in der ambulanten Pflege

Der Gewinnung und dem Verbleib von Pflegekräften kommt eine hohe Bedeutung für die Pflegedienste zu. Um das zu ermöglichen, dürften die Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen und die Reduktion erhöhter Arbeitsbelastungen sehr wichtig sein. Die Intention der Frage nach den Arbeitsbelastungen bestand daher darin, einen Überblick über die wesentlichen Belastungsfaktoren zu gewinnen. Die Antwortvorgaben waren nach Arbeitsexposition und Arbeitsanforderungen, sozialen Aspekten der Arbeit, Arbeitsorganisation und weiteren Aspekten gegliedert. Darüber hinaus gab es jedoch auch grundlegendere Einschätzungen:

„Meine Einschätzung ist, dass es sozusagen ein Konglomerat (...) ist, das die höchste Belastung mit sich bringt, also sprich das eine ist immer sehr flexibel auf die entsprechenden Gegebenheiten zu reagieren, wenn man eine Mitarbeiterin in einem Team sieht, die pro Tag 5 oder mehr Patienten zu versorgen hat, dann muss sie sich natürlich immer sehr schnell auf die individuelle Situation einstellen

können und sie muss zwischendrin noch von X zu Y fahren, Parkplatz suchen, gucken (...). Das glaube ich, erfordert ein hohes Maß an Flexibilität, was dann verbunden mit dem Leid und den wie in der Krankenpflege geschilderten Versagen von Leistungen ein Ohnmachtsgefühl, so ein Mitleidsgefühl, und gleichzeitig also, (...) das dann auszuhalten, dass man eben für bestimmte Dinge nicht verantwortlich ist, obwohl man vermeintlich die Verantwortung in dieser Zeit dafür hat, und das, was man tut, sehr begrenzt ist. Denn man muss nach einer bestimmten Zeit die Wohnung wieder verlassen, doch ist da ggf. der Wunsch da noch Gespräche zu führen, zu bleiben oder die Einsamkeit aufzubrechen. Ich glaube, dass ist so die größte Herausforderung, diese psychische Belastung kombiniert mit der individuellen Erwartung an die Erfüllung oder die Umsetzung dessen, was man als Erwartungshaltung selber hat. Und dann immer allein in dieser Situation zu stehen und unmittelbar 1:1 konfrontiert zu sein und für viele Dinge Verantwortung übernehmen zu müssen. Ich glaube, dass ist so in der ambulanten Pflege die größte Belastungssituation.“ (Interview 5)

Die nachfolgende Übersicht bietet ein Gesamtbild der verschiedenen Belastungsfaktoren für Mitarbeiter in der ambulanten Pflege (die Reihenfolge entspricht der Häufigkeit der Nennungen):

- Körperliche Arbeitsanforderungen (entstehen durch die Notwendigkeit, alleine arbeiten zu müssen und keine unterstützende Hilfe zu haben sowie den alltäglichen Zeitdruck)
- Arbeitszeiten
- Burnout-Symptomatik (eher bei Leitungen anzutreffen)
- Schlechte Bezahlung (bedingt durch die Teilzeitbeschäftigung und dem Wunsch, mehr zu arbeiten, stagnierende Entlohnung, kleinteilige Arbeitsverträge, nicht angemessene Entlohnung von Managementaufgaben)
- Konflikt zwischen Arbeits- und Familienleben
- Mangelnde Wertschätzung der eigenen Arbeit (dazu zählt auch die fehlende gesellschaftliche Anerkennung)
- Physikalische Exposition (durch Infektionsgefahr, Lärm, Temperaturen, Umgang mit gefährlichen Stoffen – besonders hervorgehoben wurden hier die schwankenden Temperaturen, die vor allem im Winter den Mitarbeitern Probleme bereiten)
- Mangelnder Einfluss auf die eigene Arbeitsgestaltung
- Fehlende persönliche Entwicklungsmöglichkeiten
- Spannungen und Feindseligkeiten zwischen den Mitarbeitern sowie Leitung und Mitarbeitern
- Durchführung pflegefremder Tätigkeiten (hoher Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand, problematische Genehmigungs- und Abrechnungsverfahren, hauswirtschaftliche Tätigkeiten)
- Mangelnde gegenseitige Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte
- Mangelnde Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Fehlende Qualifikation für die zu leistende Arbeit
- Unzureichende Informationen über zu leistende Arbeit

- Weitere (keine vorgegebenen Antworten):
 - Knappe Leistungszeiten aufgrund niedriger Vergütungen (bedeuten Zeitdruck, hohe Arbeitsverdichtung, zu wenig Zeit für psychosoziale Aspekte und die Bedürfnisse alter Menschen)
 - Notwendigkeit, sich permanent flexibel auf neue Gegebenheiten einstellen zu müssen (gepaart mit nicht gewährten Leistungen und Leid der Betroffenen können dadurch Ohnmachtsgefühle entstehen)
 - Psychische Belastung kombiniert mit individueller Erwartung

6.4 Zusammenarbeit mit freiwilligen/ehrenamtlichen Helfern

Angesichts des wachsenden Bedarfs an pflege- und haushaltsbezogenen Dienstleistungen im häuslichen Bereich wird die Wichtigkeit des Einsatzes freiwilliger oder ehrenamtlicher Helfer ebenso diskutiert wie Möglichkeiten des bürgerschaftlichen Engagements für die pflegerische Versorgung. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass es bereits vielfältige Formen der Einbindung freiwilliger Helfer in die Arbeit der ambulanten Pflegedienste gibt. Als Aufgabenfelder, in denen Freiwillige tätig sind, wurden genannt:

- Hospizarbeit/Begleitung schwerstkranker, sterbender Menschen
- Aufgaben der Betreuung und Begleitung (darunter auch Betreuung dementiell erkrankter Personen und Tätigkeit als Alltagsbegleiter)
- Besuchsdienste
- Zusammenarbeit bei niedrigschwelligen Betreuungsleistungen wie Cafés, Gesprächs- und/oder Spielerunden
- Entlastung pflegender Angehöriger

Hingewiesen wurde darauf, dass freiwillige Arbeit auch oftmals selbst durch Nachbarn, Freunde oder im Rahmen bestehender Netzwerke organisiert wird und dass die Möglichkeiten ambulanter Pflegedienste, ein solches Engagement selbst zu initiieren, an Grenzen stoßen. Zudem wurden Probleme in der Zusammenarbeit mit freiwilligen Helfern benannt. Diese können beispielsweise darin bestehen, dass die Einsatzmöglichkeiten insgesamt aufgrund qualifikatorischer Aspekte begrenzt sind. Das freiwillige Engagement stößt häufig auch auf Grenzen, weil die freiwilligen Helfer eine Anerkennung für ihre Arbeit erhalten wollen. Diese muss nicht in materieller Form, sondern kann auch durch Beachtung und ausdrückliche Wertschätzung erfolgen. Für die ambulanten Dienste bedeutet das jedoch eine zusätzliche Belastung.

Mit Blick auf den Umfang des Einsatzes freiwilliger Helfer wurde betont, dass diese im Durchschnitt ein- bis zweimal pro Woche für einen Zeitraum von 45 Minuten bis zu zwei Stunden ihren Aufgaben nachgehen. Es wurden jedoch auch Fälle berichtet, in denen Freiwillige bis zu sechs Stunden wöchentlich aktiv sind.

7. Einschätzung pflegepolitischer Reformvorschläge

Der letzte Teil der Befragung bezog sich auf pflegepolitische Reformvorschläge der letzten Jahre und ihre Einschätzung durch die Befragten. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Rückmeldungen in der Übersicht. Deutlich wird darin eine tendenzielle Zustimmung zur Einführung von Pflegebudgets sowie zum Einsatz von Pflegefachkräften für die Familiengesundheitspflege und zur Unterstützung von Hausärzten. Deutliche Ablehnung hingegen besteht gegenüber der Möglichkeit für die Pflegekassen, Einzelverträge mit Pflegefachkräften abzuschließen. Unentschieden waren die Befragten bei der Bewertung des Aufbaus von Pflegestützpunkten, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Befragung weitestgehend noch vor bzw. unmittelbar nach Inkrafttreten des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes durchgeführt wurde und zu diesem Zeitpunkt nur sehr begrenzte Erfahrungswerte vorlagen. Noch nicht auseinandergesetzt hatten sich die meisten der Befragten mit dem Einsatz von Pflegefachkräften mit der akademischen Qualifikation einer „Advanced Practice Nurse“.

Tabelle 4: Einschätzung pflegepolitischer Reformvorschläge

	Halte ich für gut!	Damit habe ich mich noch nicht ausreichend auseinander gesetzt!	Lehne ich ab!
Pflegebudgets	22x	1x	8x
Einsatz von Pflegefachkräften für die Familiengesundheitspflege	21x	8x	4x
Einsatz von Pflegefachkräften zur Unterstützung von Hausärzten	20x	3x	8x
Einsatz von Pflegefachkräften mit einer akademischen Qualifikation als „Advanced Practice Nurse“	11x	19x	3x
Möglichkeit für die Pflegekassen, Einzelverträge mit Pflegefachkräften abzuschließen	1x	2x	26x
Einrichtung von Pflegestützpunkten	16x	2x	14x

Quelle. eigene Darstellung

Neben diesem allgemeinen Stimmungsbild war von Interesse, welche weitergehenden Bewertungen der Reformvorschläge vorgenommen wurden. Diese werden nachfolgend dargestellt.

Pflegebudgets

Die positive Tendenz bei der Bewertung des Pflegebudgets beruht vorrangig auf der Einschätzung, dass Budgets eine größere Flexibilität in der Lei-

stungserbringung und Vertragsgestaltung ermöglichen. Dadurch bekommen die Kunden/Patienten/Verbraucher/Nutzer (alle Bezeichnungen wurden verwendet) aus Sicht der Befragten mehr Autonomie zugesprochen und haben einen stärkeren Einfluss auf Entscheidungen über ihre Versorgung. Die Leistungen können somit individueller ausgestaltet sein und sich an den jeweiligen Bedürfnissen und Präferenzen orientieren. Zudem wird ein Vorteil darin gesehen, dass verschiedene Dienste und Angebote mit Hilfe des Budgets besser vernetzt werden können und auch das Verhältnis von professioneller und durch Angehörige erbrachter Pflege davon profitiert. Aufgrund der bislang lediglich modellhaften Einführung von Pflegebudgets konnten nur vereinzelt Rückmeldungen gegeben werden, diese waren jedoch positiv.

Einige der Befragten wiesen jedoch darauf hin, dass Pflegebudgets nicht für alle Zielgruppen geeignet sind, sondern nur bei bestimmten, in der Regel komplexen Problemsituationen ein gutes Mittel der Leistungsgestaltung sind. Außerdem wird eine Gefahr darin gesehen, dass sich bei freier Leistungsgestaltung zu viele verschiedene Interessen mischen und das Geschehen verkomplizieren.

Angesprochen wurden auch Bedingungen, die bei der Einführung von Pflegebudgets zu berücksichtigen seien. Dazu gehören die Einhaltung tariflicher Vergütungen für alle Anbieter von Leistungen, die mit einem Budget eingekauft werden können sowie Regelungen zur Qualitätssicherung für alle Leistungsanbieter analog derer, die für die ambulanten Pflegedienste gelten. Weiterhin wird ein Bedarf gesehen, das Case Management klarer zu regeln als es sich bislang gestaltet.

Trotz der überwiegend positiven Bewertung gab es auch Ablehnungen des Pflegebudgets, die damit begründet wurden, dass diese die Arbeit der ambulanten Pflegedienste gefährden würden. Zudem wurden Zweifel an den Steuerungsabsichten geäußert, die mit der Einführung von Pflegebudgets verbunden sind. Hier wird befürchtet, dass es letztlich nur um eine Umverteilung von Sach- zu Geldleistungsempfängern geht und damit dem Wunsch der Kostenträger, sparen zu wollen, Rechnung getragen wird.

Pflegefachkräfte für die Familiengesundheitspflege

Obwohl der Einsatz von Pflegefachkräften für die Familiengesundheitspflege überwiegend positiv eingeschätzt wurde, kamen in den weitergehenden Kommentaren eher Bedenken und Vorbehalte zum Ausdruck. Zudem zeigten die Kommentare, dass offensichtlich ein Missverständnis vorlag, was genau die Familiengesundheitspflege ist. Einige Befragte haben diesen Ansatz mit der Familienpflege nach § 38 SGB V gleichgesetzt und nicht den intendierten Bezug zum Konzept der Weltgesundheitsorganisation der Familiengesundheitspflege hergestellt, bei dem es um eine Erweiterung der Pflegepraxis auf Basis möglichst universitärer Weiterbildungen geht. Andere Teilnehmer gaben an, sich bislang noch nicht damit auseinandergesetzt zu haben bzw. die Weiterbildung nicht zu kennen. Hier zeigt sich, dass der Bedarf besteht, diesen Ansatz weiter in die Praxis zu kommunizieren.

Genau an diesem Punkt setzen bereits Bedenken ein. So wurden Zweifel geäußert, ob entsprechend aus- und weitergebildete Pflegekräfte überhaupt finanzierbar seien. In diesem Zusammenhang wurde hier eher das Problem der Überqualifizierung gesehen. Ein Teil der Befragten hielt einen

solchen Ansatz für eine unnötige Erweiterung des Angebots, das auch von ‚normalen‘ Fachkräften abgedeckt werden könnte und in vielen Fällen auch bereits seit Jahren erfolgreich umgesetzt würde.

Als positiv am Konzept der Familiengesundheitspflege wird vor allem der präventive Ansatz gesehen, der durch präventive Hausbesuche in der Praxis umgesetzt werden könnte und dazu beitragen würde, in problematischen Situationen früher und schneller intervenieren zu können. Jedoch zeigen sich bei den Befürwortern auch Zweifel an der Finanzierbarkeit bzw. am Willen der Kostenträger, entsprechende Mittel bereit zu stellen.

Einsatz von Pflegefachkräften zur Unterstützung von Hausärzten

Ebenfalls eine eher positive Tendenz bestand zum Einsatz von Pflegefachkräften zur Unterstützung von Hausärzten. Positive Effekte wurden in einer Verbesserung der Kommunikation zwischen Medizin und Pflege gesehen sowie in einer Reduktion der Reibungsverluste zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten, die derzeit oft anzutreffen sind. Hingewiesen wurde darauf, dass der Einsatz in manchen Regionen (vor allem ländlichen) sinnvoller als in anderen sein könnte, um einen bestehenden Ärztemangel zu kompensieren. Vorteile wurden aus ärztlicher Sicht darin gesehen, dass keine zu vertiefende Auseinandersetzung mit Pflege stattfinden müsste. Allerdings würden die Hausärzte auf diese Weise insgesamt eine Aufwertung ihrer ‚Macht‘ erfahren. Als positiv wurde aus Sicht der Pflege angeführt, dass die Modelle zu einer Verbesserung der Attraktivität des Pflegeberufes und der Stärkung einer mehr kommunikativ ausgerichteten Medizin beitragen würden. Voraussetzung dazu ist – wie betont wird –, dass sie nur mit klar definierten eigenen Kompetenzbereichen der Pflegefachkräfte realisiert werden sollten.

Probleme werden darin gesehen, dass verschiedene, neue Konkurrenzen für die ambulanten Pflegedienste entstehen könnten. Zum einen müssten sich Pflegekräfte gegenüber Arzthelferinnen behaupten, zum anderen würden Konkurrenzen zwischen Arztpraxen und Pflegediensten um examinierte Pflegekräfte entstehen, die für die Pflegedienste problematisch sein könnten. Ein weiteres Problem wird in der Gefahr einer isolierten Betrachtung medizinischer Leistungen gesehen, bei denen der Blick für das gesamte Pflegearrangement verloren gehen könnte.

„Es gibt selbstverständlich aus unserer Sicht die Möglichkeit, über eine gute Kooperation zwischen Hausarzt und bestehenden Pflegediensten den Hausarzt von vielen Dingen zu entlasten, um die medizinisch-pflegerische Versorgung in Regionen zu gewährleisten, wo diese zukünftig nicht mehr ausreichend sichergestellt ist, weil die Arztdichte nicht mehr entsprechend zu gewährleisten ist. Da kann man eine Menge machen. Und da könnte man durch Arbeitsteilung und zum Teil durch Legalisierung schon bestehender Arbeitsteilung auch an dem Punkt etwas Sinnvolles entwickeln. Im Moment geht es aber nicht darum, was ist sinnvoll, sondern im Moment geht es um die Frage, sagen wir mal, von Macht, von Vorbehaltstätigkeiten (...).“
(Interview 5)

Einsatz von Pflegefachkräften mit einer akademischen Qualifikation als „Advanced Practice Nurse“

Die meisten der Befragten hatten sich mit dieser Frage noch nicht auseinandergesetzt. Manchen war diese Qualifikation gänzlich unbekannt. Den-

noch gab es eine Reihe positiver Äußerungen, die sich sowohl auf den Nutzen für individuelle Pflegekräfte bezogen, aber auch professionspolitische Aspekte berücksichtigten. Grundsätzlich wurde darauf hingewiesen, dass eine solche Qualifikation gute Entwicklungsmöglichkeiten für Pflegekräfte böte. Sie wäre, vorausgesetzt dass sie auch mit Übernahme entsprechender Aufgaben im Bereich Leitung, Steuerung, Bedarfsfeststellung oder Evaluation einhergehen würde, ein Schritt zu einer höheren Attraktivität des Pflegeberufes und zu einer größeren Anerkennung als eigenständiger Profession. Zudem würde eine auf akademischem Niveau erfolgende Qualifizierung auch einen wichtigen Beitrag zur Implementierung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis bedeuten und somit zu einem verbesserten Theorie-Praxis-Transfer beitragen.

Demgegenüber stehen negative Einschätzungen: mit der Einführung einer solchen pflegerischen Qualifikation und Rolle in Deutschland sei nicht zu rechnen, weil sie aufgrund einer zu hohen Spezialisierung und Fachlichkeit Probleme mit sich bringen würde. Zweifel bestanden zudem an der Finanzierbarkeit.

„...aber es muss auch bezahlt werden, das ist ja ganz klar. Ich mache doch nur ein Studium, wenn ich hinterher mehr verdiene als vor dem Studium. So, und wer soll das gerade bezahlen? Das läuft doch nicht darauf hinaus, dass die Pflegekräfte mehr verdienen, sondern eher weniger bzw. das ist ja so zweigeteilt: Es gibt immer mehr ganz billige Pflegekräfte und dann gibt es auch mehr speziell Ausgebildete, die am Ende die nicht Ausgebildeten anleiten müssen. Darauf läuft es hinaus, und die muss man natürlich auch haben. Die müssen mehr verdienen.“ (Interview 8)

Möglichkeit für die Pflegekassen, Einzelverträge mit Pflegefachkräften abzuschließen

Eine klare Ablehnung gab es zu der im Pflegeweiterentwicklungsgesetz betonten Möglichkeit zum Abschluss von Einzelverträgen mit Pflegefachkräften durch die Pflegekassen. Die Bedenken bezogen sich auf verschiedene Aspekte. Hervorgehoben wurde in erster Linie die Problematik der Qualitätssicherung. Viele Befragte machten darauf aufmerksam, dass hier keinerlei Kontrollmöglichkeiten bestehen würden und die Zulassung von einzelvertraglich agierenden Pflegefachkräften zu einer sehr viel größeren Unübersichtlichkeit im Versorgungsgeschehen führen könnte. Etwas zurückhaltender äußerten sich andere Befragte. Sie wiesen aber auch darauf hin, dass bislang nicht zu erkennen ist, welche Regelungen zur Qualitätssicherung greifen sollen. Befürchtet wird, dass ein verstärkter Einsatz dieser Pflegefachkräfte mittelfristig zu einem Preisdumping führen wird, da die Auflagen für diese Kräfte geringer sind als für die ambulanten Pflegedienste. Allerdings wurde hierzu auch angemerkt, dass Fragen der Vergütung bislang ebenso ungeklärt sind wie die zur Qualitätssicherung.

Ein weiteres Problem besteht aus Sicht der Befragten in den mangelnden Vertretungsregelungen, d. h. Sicherstellung der Versorgung bei Urlaub, Krankheit oder sonstiger Abwesenheit der Pflegefachkraft. Dieser Aspekt wirft Fragen bei der Sicherstellung von Versorgungskontinuität auf - einige Befragte sehen die Pflegedienste hier als mögliche Lückenfüller. Dieses Vorgehen würde aber gleichzeitig das ursprüngliche Anliegen der Einzelverträge, nämlich ggf. bestehende Versorgungslücken zu schließen, konterkarieren. Auch im Verhältnis der Einzelpflegekräfte und der ambu-

lanten Dienste werden Probleme gesehen, da ein neuer Konkurrenzdruck entstehen kann, durch den die Arbeitsbedingungen für die ambulanten Pflegedienste weiter verschlechtert werden würden.

Weitere Aspekte, die zu einer Ablehnung dieser Reformüberlegung führen, waren eine mögliche Einschränkung der Wahlfreiheit der Versicherten, wenn Kostenträger und Leistungserbringer (also Pflegefachkraft) unter einem Dach sitzen. Zudem wurde auf das Problem der Scheinselbstständigkeit hingewiesen, das auf die Pflegefachkräfte zukommen kann, wenn sie Einzelverträge mit den Kassen abschließen.

Einrichtung von Pflegestützpunkten

Die Einschätzung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten erfolgte zu einem Zeitpunkt, als das Pflegeweiterentwicklungsgesetz kurz vor der Verabschiedung stand bzw. gerade verabschiedet war und es entsprechend noch keine Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung bzw. den Vereinbarungen auf Länderebene gab. Die Haltungen der Befragten zur Einrichtung von Pflegestützpunkten waren ambivalent: etwa die Hälfte der Befragten befürwortete diese Entwicklung, die andere Hälfte stand ihr ablehnend gegenüber.

Argumente auf Seiten der Befürworter beruhen auf guten Erfahrungen mit bestehenden Beratungseinrichtungen (z. B. den BeKo-Stellen in Rheinland-Pfalz) und der Einschätzung, dass es einer wohnortnahen Vernetzung bedarf. Entsprechend ist die positive Bewertung oftmals mit der Forderung verbunden, bestehende Strukturen einzubinden, zu nutzen und den Aufbau von Pflegestützpunkten sozusagen als Erweiterung, Intensivierung oder Verbesserung bestehender Strukturen zu begreifen. Vermieden werden sollte – so ein Befragter – der Aufbau von Doppelstrukturen. Gefordert wurde weiterhin, dass für die Arbeit in den Pflegestützpunkten eine konsequente Stadtteil- bzw. Quartiersorientierung bindend sein sollte.

Interessanterweise beruht die Ablehnung von Pflegestützpunkten auf ähnlichen Argumenten, so etwa auf negativen Erfahrungen mit bestehenden Beratungsstrukturen ebenso wie existierenden Doppelstrukturen. Zudem wurde angemerkt, dass die Stützpunkte unnötig seien, da die Pflegedienste viele der dort angesiedelten Aufgaben bereits leisten würden. Weitere negative Bewertungen bezogen sich auf die nicht zu gewährleistende Neutralität der Pflegestützpunkte und die Gefahr einer zusätzlichen Bürokratie. Außerdem wurde die Befürchtung geäußert, dass sich die Position der Versicherten verschlechtern würde, da eine Beratung aus Kostenträgersicht eher an den finanziell überschaubaren denn an den inhaltlich begründeten Lösungen orientiert sei. Entsprechend dieser Befürchtung stellt die Unabhängigkeit der Pflegestützpunkte ein wichtiges Kriterium für ihren erfolgreichen Betrieb dar. Sorge bereitete einigen Befragten das Vorgehen bei der Einrichtung von Pflegestützpunkten, das als nicht transparent erlebt wird und daher Unverständnis hervorruft.

8. Diskussion

Die zurückliegend dargestellten Befragungsergebnisse illustrieren eindrucksvoll den Problemdruck, unter dem die ambulante Pflege bereits seit einiger Zeit steht und von dem zu erwarten ist, dass er weiter zunehmen wird. Trotz aller Heterogenität, die auf dem ambulanten Pflegemarkt besteht, lassen sich doch vier wesentliche Bereiche identifizieren, in denen sich dieser Problemdruck konkretisieren lässt:

- Wirtschaftlichkeit und Marktentwicklung
- Personal (vor allem im Leitungsbereich)
- Strukturen und Spektrum der Leistungserbringung
- Verhältnis zu anderen Anbietern häuslicher Dienstleistungen (vor allem Hilfskräfte aus Mittel- und Osteuropa)

Angesichts der Bedeutung, die eine wirtschaftliche Leistungserbringung für ambulante Pflegedienste hat, ist es erstaunlich, wie wenig dieser Bereich bisher konzeptionell bearbeitet wurde. Trotz vorhandenen Problembewusstseins ist es bislang kaum gelungen, die Anforderungen, die sich aus dem Wandel des Krankheitsspektrums und den Bedürfnissen der Nutzergruppen in der ambulanten Pflege ergeben, so in ein Konzept für die ambulante Pflege zu integrieren, dass die Balance zwischen wirtschaftlicher Leistungserbringung und Bedarfs- und Nutzerorientierung in einer Weise gelingt, die eine nachhaltige Basis für die zukünftige ambulante pflegerische Versorgung bietet. Stattdessen bleibt vielen Pflegediensten neben den alltäglichen, oftmals extern formulierten Anforderungen kaum Spielraum, an der Entwicklung solcher Konzepte zu arbeiten.

Dabei zeigen die Ergebnisse dieser Untersuchung sehr deutlich, dass es bei den Verantwortlichen ein Problembewusstsein dafür gibt, dass sich die ambulanten Pflegedienste anders und stärker nutzerorientiert aufstellen müssten. Diese Erkenntnis steht jedoch in einem Spannungsverhältnis zu dem permanent bestehenden Druck der Existenzsicherung und ist eingebettet in eine komplexe Gemengelage von Refinanzierungsstrukturen und Aspekten der Marktpositionierung. Die Bereitstellung von Erkenntnissen, wie sich die innerbetrieblichen Anforderungen ambulanter Pflegedienste insgesamt auswirken und welche mittel- und langfristigen Folgen dadurch entstehen, wird also auch die Aufgabe weiterer Forschungen zur ambulanten Pflege bleiben.

Die angespannte Personalsituation verschärft die bestehenden Probleme erheblich. Daher ist es dringend angezeigt, auf verschiedenen Ebenen Maßnahmen zu ergreifen, damit auch mittel- und langfristig quantitativ und qualitativ ausreichend qualifiziertes Personal für die ambulante Pflege zur Verfügung steht. Dazu gehört u. a. eine stärkere Berücksichtigung der ambulanten Pflege in den pflegerischen Ausbildungsstrukturen. Dazu ist es in stärkerem Maße als bislang erforderlich, dass ambulante Pflegedienste auch selbst als Ausbilder fungieren können und die dafür notwendigen Rahmenbedingungen vorfinden. Notwendig ist darüber hinaus jedoch auch eine stärkere Berücksichtigung der ambulanten Pflege in den pflegebezogenen Studiengängen an den Hochschulen, sowohl in der Forschung als auch in der Lehre.

Dringend erforderlich ist außerdem die Verbesserung der Ausbildung der Leitungskräfte in der ambulanten Pflege. Als Mindeststandard in diesem Bereich ist zu fordern, dass die vorgeschriebene 460-Stunden-Ausbildung für die verantwortlichen Pflegefachkräfte speziell für den ambulanten Bereich angeboten wird. Angesichts der auch in dieser Befragung deutlich gewordenen Anforderungen ist auch eine Erweiterung und akademische Ansiedlung der Qualifikation der leitenden Pflegefachkräfte in der ambulanten Pflege zu erwägen.

Trotz aller Heterogenität der Pflegedienste besteht eine weitgehende Homogenität im Leistungsspektrum. Viele ambulante Pflegedienste beschränken sich auf die für ihren Bereich definierten Leistungskomplexe innerhalb des SGB XI und die verordnungsfähigen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach SGB V. Dadurch ist es insgesamt zu einer Verengung des Leistungsspektrums gekommen. Bestehende Möglichkeiten zu einer flexibleren Leistungserbringung werden von den ambulanten Pflegediensten selbst kaum genutzt, noch von anderer Seite explizit eingefordert oder durch entsprechende Anreizsysteme und Rahmenbedingungen gefördert. Angesichts der bereits bestehenden und sich weiter entwickelnden Bedarfslagen wird es notwendig sein, diese bestehende Verengung aufzuheben und zu einer flexibleren und erweiterten Leistungserbringung zu kommen.

Allerdings zeigen die Ergebnisse auch, dass es vielfältige Initiativen gibt, um dem konstatierten Bedarf an Information, Anleitung und Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zu begegnen, wobei diese Angebote oftmals kostenlos gemacht werden. Dies belegt, dass die ambulanten Pflegedienste und ihre Verbände in einem begrenzten Rahmen in der Lage sind, nutzerorientierte Angebote zur Verfügung zu stellen, wobei an diese Angebote aufgrund der Tatsache, dass sie kostenlos sind, keine zu hohen Erwartungen gestellt werden dürfen.

Wie bereits in anderen Beiträgen (Schaeffer et al. 2008; Büscher et al. 2007; Schaeffer/Ewers 2002) drängt sich auch hier die Frage auf, warum trotz der breiten Übereinstimmung über die Notwendigkeit eines erweiterten Leistungsspektrums bislang kaum Erfolge dabei erzielt werden konnten, die entgegenstehenden administrativen und qualifikatorischen Hürden zu überwinden. Es dürfte nur wenige Bereiche in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung geben, in denen die professionellen Akteure so stark von sozialpolitischen Rahmenbedingungen und so wenig von fachlich-inhaltlichen Erwägungen determiniert sind, wie in der ambulanten Pflege. Fachlich notwendige Diskussionen zur Entwicklung adäquater und komplexer Interventionen zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements nach anerkannten Regeln der Interventionsentwicklung (Grypdonck 2004) sind vor diesem Hintergrund kaum zu führen und drohen bereits im Planungsstadium zu scheitern.

Entsprechend sind die bestehenden Vereinbarungen zur Qualität der ambulanten Pflege ebenfalls auf einen kleinen Teil der häuslichen Pflege beschränkt. Auch notwendige Diskussionen, wie die Qualität häuslicher Pflege gesichert werden kann und welche Rolle ambulante Pflegedienste dabei haben, wenn sie oftmals nur sehr begrenzte Zeit in den Haushalten pflegebedürftiger Menschen verbringen, werden kaum geführt. Die vorliegenden Expertenstandards und andere Überlegungen zur Qualitätssicherung in der Pflege geben dafür zwar Hinweise, beantworten diese Fragen jedoch nicht.

Dieser Aspekt gilt in verstärkter Form für die Spezialisierungen in der ambulanten Pflege, z. B. der Intensivpflege, der ambulanten psychiatrischen Pflege oder der Kinderkrankenpflege, die mit hohen Anforderungen verbunden sind. Auch Fragen der Personalausstattung und -bemessung werden mehr oder weniger dem Markt überlassen, ohne dass vertiefend darüber nachgedacht wird, welche Qualifikationen in welcher Anzahl für welche Problemlagen wünschenswert wären.

Auch die Problematik der Haushaltshilfen aus Osteuropa bedarf einer intensiveren Diskussion als sie bislang geführt wurde. Dabei sollte es allerdings vor allem darum gehen, wie der offensichtlich bestehende Bedarf an einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung so gestaltet werden kann, dass es dazu keiner rechtlich problematischen Konstellationen oder ausreichender individueller finanzieller Mittel bedarf. Vielmehr ist darüber nachzudenken, welche Möglichkeiten ambulante Pflegedienste und andere Instanzen haben, eine entsprechende Hilfestellung anbieten zu können. Die Unterstützung durch Informations- und Kommunikationstechnologie sollte dabei ausdrücklich mitgedacht werden.

Den Abschluss der Befragung bildeten Einschätzungen zu pflegepolitischen Reformvorschlägen in den letzten Jahren. Gemeinsam ist diesen Reformvorschlägen, dass sie konzipiert wurden, um eine Verbesserung der ambulanten und häuslichen pflegerischen Versorgung zu leisten. Auffällig ist jedoch, dass die ambulanten Pflegedienste keine explizite Rolle bei der Erarbeitung dieser Vorschläge zugesprochen bekommen haben. Wünschenswert ist, dass die mehr als 230.000 Beschäftigten in den 11.500 ambulanten Pflegediensten in Zukunft stärker berücksichtigt werden, wenn es um die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen geht, denn sie sind die mit Abstand größte professionelle Ressource, die dafür in Deutschland zur Verfügung steht.

9. Schlussbetrachtung

Die Schlussbetrachtung der im Jahr 1999 veröffentlichten Untersuchung des IPW „Herausforderungen für die ambulante Pflege Schwerstkranker“ begann mit folgendem Absatz: „(...), dass die ambulante Pflege sich derzeit aufgrund epidemiologischer, demographischer und ökonomischer Veränderungen in einer massiven Umbruchsituation befindet. Finanzielle, betriebliche und personelle Turbulenzen stellen die ambulanten Pflegedienste zusätzlich vor schwierige Zielkonflikte und lassen zugleich Qualifikationsschwächen deutlich zu Tage treten. Das Ungleichgewicht zwischen äußeren Anforderungen und zur Verfügung stehenden Ressourcen verunsichert die Pflegedienste und bewirkt, dass sie sich vielfach stärker auf ihre Überlebenssicherung als auf durchaus vorhandene Innovationspotenziale konzentrieren. Längst überfällige Anpassungsmaßnahmen an den veränderten Bedarf in der ambulanten Pflege, aber auch wichtige Innovationen zur Zukunftssicherung dieses Arbeitsbereiches drohen auf diese Weise zu unterbleiben.“ (Ewers/Schaeffer 1999, 86)

Viele dieser vor mehr als 10 Jahren konstatierten Aspekte prägen auch heute noch die ambulante Pflege und finden sich in dieser Untersuchung wieder. Ob dieser offensichtliche Stillstand in der Weiterentwicklung als Zeichen mangelnder Innovations- und Professionalisierungsfähigkeit oder als Widerstandsfähigkeit der ambulanten Pflegedienste angesichts widriger Umstände zu bewerten ist, kann nicht klar beantwortet werden. Die Konzentration auf die Überlebensmöglichkeit prägt weiterhin die Alltagsrealität in der ambulanten Pflege, so dass die weiterhin vorhandenen Innovationspotenziale nur vereinzelt zum Tragen kommen. Anders als vor 10 Jahren sind die bestehenden Bedingungen jedoch mittlerweile manifestiert und es dürfte nunmehr ungleich schwerer sein, bestehende Routinen und Gewohnheiten zu überwinden. Dennoch ist die Anpassung an veränderte Problem- und Bedarfslagen dringend erforderlich, wenn die ambulanten Pflegedienste weiterhin einen wichtigen Beitrag zur ambulanten Versorgung leisten wollen. Sie dabei zu unterstützen ist eine wichtige Aufgabe der Pflegewissenschaft und -forschung, die intensiverer Beobachtung bedarf. Zwar finden sich einige Studien, die sich mit unterschiedlichen Aspekten dieser Veränderungen befasst haben (Gabanyi 1997; Geller/Gabriel 2004; Schmidt/Winkler 1998; Strünck 2000; Schütte 2004), doch sind viele dieser Entwicklungen nach wie vor unerforscht. So wurden beispielsweise die vor der Pflegeversicherung wichtigen Aspekte der Versorgungsdichte und Personalbemessung kaum wieder aufgegriffen und bleiben weitestgehend dem Marktgeschehen überlassen. Auch eine stärkere wissenschaftliche Bearbeitung der Frage, wie die Arbeit der ambulanten Pflegedienste konzeptionell aufgestellt sein sollte, um den bestehenden Herausforderungen adäquat begegnen zu können, erscheint wünschenswert. Ebenso bleibt es eine Aufgabe der Forschung, bestehende Erkenntnisdefizite zu wichtigen Fragen der ambulanten Pflege, wie dem Verhältnis von formeller und informeller Pflege, der Entwicklung integrativer und interdisziplinärer Versorgungskonzepte, der Entwicklung eines lebensweltorientierten Pflegeansatzes sowie der Qualität ambulanter Pflege anzugehen und zu bearbeiten.

10. Literatur

- Arntz, M./Spermann, A. (2004): Wie lässt sich die gesetzliche Pflegeversicherung mit Hilfe personenbezogener Budgets reformieren? Sozialer Fortschritt 53 (1), 11-22
- Büscher, A./Budroni, H./Hartenstein, A./Holle, B./Vosseler, B. (2007): Auswirkungen von Vergütungsregelungen in der häuslichen Pflege. Ein Modellprojekt zur Einführung personenbezogener Budgets. Pflege & Gesellschaft 12 (4), 343-359
- Cappell, E./Meyer, J.A (1996): Die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Pflege. Pflege & Gesellschaft 1, (1), 3-7
- Evers, A. (1998): Zwischen Versorgung und Aktivierung. Das Pflegegesetz ermöglicht eine neue Kultur der Pflege – seine Umsetzung droht sie zu verbauen. In: Schmidt, R./Thiele, A. (Hg.) Konturen einer neuen Pflegelandschaft. Positionen, Widersprüche, Konsequenzen. Regensburg: Transfer, 7-22
- Ewers, M./Schaeffer, D. (1999): Herausforderungen für die ambulante Pflege Schwerstkranker. Eine Situationsanalyse nach Einführung der Pflegeversicherung. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. P99-107. Bielefeld
- Ewers, M./Schaeffer, D. (2003): Die Rolle der Pflege in der integrierten Versorgung. In: Tophoven, C./Lieschke, L. (Hg.): Integrierte Versorgung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 193-213
- Gabanyi, M. (1997): Ambulante Pflegedienste im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit, Qualität und Kundenorientierung. Augsburg: BASYS
- Geller, H./Gabriel, K. (2004): Ambulante Pflege zwischen Familie, Staat und Markt. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Grypdonck, M. (2004): Eine kritische Bewertung von Forschungsmethoden zur Herstellung von Evidenz in der Pflege. Pflege & Gesellschaft 9 (2), 35-41
- Hasseler, M./Görres, S. (2005): Was Pflegebedürftige wirklich brauchen... Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre Versorgung. Hannover: Schlütersche
- Klie, T (1999): Sicherung der Pflege und Pflegeversicherung. In: Klie, T./Schmidt, R. (Hg.): Die neue Pflege alter Menschen. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber, 11-32
- Landtag NRW (2005): Bericht der Enquête Kommission zur Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Düsseldorf: Landtag von Nordrhein-Westfalen
- Leibold, S. (2005): Wie organisiert man gute Pflege? Bausteine zu einer Ethik ambulanter Pflegedienste. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen – MDS (2007): 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen: MDS
- Schaeffer, D. (1998): Neugestaltung der Pflege: Innovations- und Professionalisierungschancen in einem sich ökonomisierenden Gesundheitswesen. Pflege & Gesellschaft 3 (4), 6-10
- Schaeffer, D. (2002): Ambulante Schwerkrankenpflege: Entwicklungen und Herausforderungen in Deutschland. In: Schaeffer, D./Ewers, M. (Hg.): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber, 17-44

- Schaeffer, D. (2005): Case Management in der US-amerikanischen ambulanten Pflege: arbeitsorganisatorische Konsequenzen. In: Ewers, M./Schaeffer, D. (Hg.): Case Management in Theorie und Praxis. 2., ergänzte Auflage. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber, 117-144
- Schaeffer, D./Ewers, M. (2002): Alltägliche Herausforderungen bei der häuslichen Pflege Schwerkranker. In: Schaeffer, D./Ewers, M. (Hg.): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber, 179-198
- Schaeffer, D./Büscher, A./Ewers, M. (2008): Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmeier, A./Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 352-369
- Schmidt, R./Winkler, A. (Hg.) (1998): Ansätze zur Weiterentwicklung der ambulanten pflegerischen Versorgungsstruktur. Regensburg: Transfer Verlag
- Schmidt, R. (1999a): Pflege als Aushandlung: Die neuen pflegeökonomischen Steuerungen. In: Klie, T./Schmidt, R. (Hg.): Die neue Pflege alter Menschen. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber, 33-91
- Schneekloth, U./Wahl, H. W. (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Privathaushalten im Lichte der Ergebnisse von MuG III. In: Wahl, H. W./Schneekloth, U. (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. München: o.V., 227-240
- Schütte, F. (2004): Auswirkungen der Pflegeversicherung. Strukturelle und ökonomische Folgen für die ambulanten sozialpflegerischen Dienste in Schleswig-Holstein. Bern: Huber
- Simon, M. (2008): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 2. Auflage. Bern: Huber
- Statistisches Bundesamt (2008): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Stehr, I. (2007): Der ländliche Raum – Entwicklungstendenzen und Herausforderungen. BAGSO Nachrichten 9 (2), 10-11
- Strünck, C. (2000): Pflegeversicherung – Barmherzigkeit mit beschränkter Haftung. Opladen: Leske + Budrich