

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

ISSN 1435-4086

P99-107

**Herausforderungen für die
ambulante Pflege Schwerstkranker.
Eine Situationsanalyse nach Einführung
der Pflegeversicherung**

M. Ewers / D. Schaeffer

Bielefeld, August 1999

Neudruck

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

Telefon: (0521) 106 - 3896
Telefax: (0521) 106 - 6437
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de

Abstract

Das ambulante Pflege befindet sich seit geraumer Zeit in einer Umbruchsituation. Ausschlaggebend dafür sind einerseits gesellschaftliche Veränderungen wie die zunehmende Zahl alter und hochbetagter Menschen und die zunehmende Verschiebung im Krankheitspanorama in Richtung auf chronische Krankheiten. Andererseits greifen sozial- und gesundheitspolitische Reformbestrebungen, im Zuge derer marktwirtschaftliche Mechanismen im Gesundheitswesen eingeführt und die Auslagerung vormals dem stationären Sektor vorbehaltenen Behandlungsoptionen und Patientengruppen forciert werden. Diese Entwicklungen verlangen von den ambulanten Diensten weitreichende Veränderungen des Aufgabenzuschnitts und der Arbeitsorganisation, der Organisationsstrukturen und –kultur sowie der Ausbildung und des Personaleinsatzes.

Die vom *Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)* und dem *Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)* im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitforschung¹ durchgeführte Analyse beleuchtet vor diesem Hintergrund, wie sich die Situation ambulanter regelversorgender Pflegedienste unmittelbar nach Einführung der Pflegeversicherung und der damit verbundenen Reformimpulse darstellt. Zugleich wird der Frage nachgegangen, wie diese Dienste die künftig vermehrt auf sie zukommenden Patientengruppen – insbesondere Schwer- und Schwerstkranken – wahrnehmen und vor welche Herausforderungen sie sich bei der Pflege dieser Patienten gestellt sehen.

Als Ergebnis ist zu konstatieren, daß ambulante Pflegedienste sich seit Einführung der Pflegeversicherung verstärkt finanziellen, betrieblichen und personellen Turbulenzen ausgesetzt sehen, denen sie zum Zeitpunkt der Erhebung nur bedingt mit adäquaten Bewältigungsstrategien begegnen konnten. Angesichts dessen tendieren sie im Alltag dazu, sich stärker auf ihre (betriebswirtschaftliche) Überlebensfähigkeit als auf ihre Innovations- und Zukunftsfähigkeit und damit die Anpassung an die sich der ambulanten Pflege stellenden Herausforderungen zu konzentrieren. Für die Pflege und Versorgung schwer- und schwerstkranker Patienten – insbesondere der hier in den Blick genommenen Menschen mit Aids – ist dies folgenreich. Aus Sicht der Dienste gelten sie durchweg als Ausnahmepatienten, deren häusliche Versorgung häufig an strukturellen und organisatorischen Mängeln wie auch an basalen und speziellen Qualifikationsdefiziten scheitert. Soll die mit Einführung des SGB XI intendierte Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger auch der Gruppe der Schwer- und Schwerstkranken zugute kommen, werden künftig gezielte Anstrengungen zur Behebung der erkennbaren organisatorischen und qualifikatorischen Shortcomings in der ambulanten Pflege unumgänglich sein.

¹ Hierbei handelt es sich um die wissenschaftliche Begleitforschung des von der Deutschen Aids-Hilfe e.V. durchgeführten Modellprojekts zur „Förderung der Pflegebereitschaft bei schwerkranken und sterbenden Menschen am Beispiel der Aids-Erkrankten“. Dieses Modellprojekt und seine wissenschaftliche Begleitung wurden von 1995 bis 1998 im Rahmen des die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes flankierenden *Bundesmodellprogramms „Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger“* durch das *Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung* öffentlich gefördert.

Inhalt

1. Einführung	3
1.1 Methodisches Vorgehen	6
1.2 Die befragten Pflegedienste	8
2. Die ambulante Pflege nach Einführung des SGB XI	11
2.1 Finanzielle Turbulenzen	13
2.2 Betriebliche Turbulenzen	22
2.3 Personelle Turbulenzen	28
3. Die Patienten und ihr Pflegebedarf	33
3.1 Regelpatienten	36
3.2 Schwellenpatienten	39
3.3 Ausnahmepatienten	43
4. Das Leistungsprofil ambulanter Pflege	49
4.1 Formaler Leistungskatalog	49
4.2 Leistungsangebot der befragten Dienste	53
4.3 Reales Leistungsvermögen	55
5. Qualifizierungserfordernisse aus pflegewissenschaftlicher Sicht	80
6. Schlußbetrachtung	88
7. Literatur	89
8. Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen	96

1. Einführung

Seit gegen Ende der siebziger Jahre im bundesdeutschen Gesundheitswesen die politische Forderung laut wurde, Unterstützungsleistungen für kranke und pflegebedürftige Menschen verstärkt aus dem stationären in den ambulanten Versorgungssektor zu verlagern, ist die ambulante Pflege zum Angriffspunkt zahlreicher Modellvorhaben und Reformversuche geworden.² Waren auch die Zielsetzungen der jeweiligen Modelle und Reformen unterschiedlicher Natur, so war es immer ein Anliegen der verantwortlichen Akteure, zur Optimierung der Versorgung beizutragen und eine zielgerichtete Anpassung der vorhandenen Strukturen an neue oder bis dato unzureichend wahrgenommene Herausforderungen zu bewirken. Die Installation von zeitlich befristeten Modellversuchen hat sich über diesen Weg mittlerweile zu einer wichtigen Form der Förderung sozialer Innovationen im Sozial- und Gesundheitswesen entwickelt.³

Die Notwendigkeit von Innovationen steht auch heute angesichts weitgreifender Anforderungsänderungen im Gesundheitswesen außer Frage. Speziell ambulante Versorgungseinrichtungen sind infolge epidemiologischer und demographischer Transitionsprozesse zunehmend mit alten und sehr alten Menschen, Patienten mit chronischen und chronisch-degenerativen Erkrankungen konfrontiert, aber kaum in der Lage, deren komplexen und mehrdimensionalen Versorgungsbedarf adäquat abzudecken. Vor allem bei schwerwiegenden Krankheitsverläufen und in den Terminalphasen schwerer Krankheit zeigen sich deshalb Versorgungsdefizite. Ursächlich für die mangelnde Bedarfsgerechtigkeit der Pflege- und Versorgungsangebote ist u.a.:

- die Trennung zwischen gesundheitlicher und sozialer Versorgung (Wirth 1982) und ihre damit einhergehende Lückenhaftigkeit,
- die geringe Kompatibilität ambulanter und stationärer Versorgungsleistungen (OECD 1994) und eine daraus folgende weitreichende Segmentierung und Fragmentierung der Versorgung,
- die mangelnde Flexibilität der Versorgungseinrichtungen und sich daraus ergebende Behandlungs- und Betreuungsbrüche sowie eine Vernachlässigung natürlicher Hilfestrukturen (Garms-Homolová/Schaeffer 1989).

In weiten Teilen unangemessene strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen sowie konzeptionelle und qualifikatorische Defizite ergänzen den Katalog an Hindernissen, die einer angemessenen Versorgung chronisch- und schwerkranker Menschen im hiesigen Gesundheitswesen ent-

² Lediglich beispielhaft seien hier genannt, das Landesprogramm NRW zur "Durchführung von zehn Modellprojekten zur Erprobung von stadtteil- und gemeindenahen Beratungs- und Vermittlungsstellen für alte Menschen und deren Angehörige" von 1992-1993 oder das Großmodell "Ausbau ambulanter Hilfen für an Aids-erkrankte Menschen im Rahmen von Sozialstationen", das in der Zeit von 1987-1992 als Bestandteil des Sofortprogramms der Bundesregierung zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit Aids bundesweit durchgeführt wurde.

³ Gleichwohl wird diese Annäherung an aktuelle Versorgungsprobleme auch kritisiert, zeitigen doch die zumeist in ein- bis dreijährigen Zeitspannen und z.T. mit erheblichen Investitionen durchgeführten Modellmaßnahmen oft zu geringe Erfolge. Noch seltener scheinen sie in der Lage zu sein, elementare Reformen im Sozial- und Gesundheitswesen zu bewirken (vgl. z.B. Rosewitz/Webber 1990)

gegenstehen. Letztere zeigen sich besonders in einem für die Versorgung dieser Patienten unverzichtbaren Segment des Versorgungswesens: in der Pflege.

Zwar wird der Pflege neuerlich vermehrt eigenständige Verantwortung bei der Betreuung dieser Patienten zugewiesen. Zugleich aber fehlen ihr die dazu notwendigen qualifikatorischen Voraussetzungen: so zeigen vorliegende Untersuchungen, daß die bundesdeutsche Pflege rehabilitative, autonomieerhaltende und gesundheitsfördernde Ziele bei der Versorgung ihrer Patienten vermissen läßt und angesichts der gewachsenen Aufgaben notwendige, wissenschaftlich gestützte Handlungs-, Entscheidungs- und Bewältigungskompetenzen nur unzureichend ausgebildet sind (vgl. z.B. Rosenbrock et al. 1993, Weidner 1995, Stach et al. 1995). Bislang - so das Fazit dieser Studien - kann daher "hierzulande von Eigenständigkeit der Pflege, angemessener Problemwahrnehmung und erst recht von einer wissenschaftlichen Fundierung des Pflegehandelns nicht die Rede sein" (Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1995, 5).

Befördert durch den Pflegenotstand Ende der 80er Jahre und die Einführung der Niederlassungsfreiheit in der Europäischen Union mit ihren Angleichungsforderungen im Bereich beruflicher Qualifikationen (Vertrag von Maastricht) wurden in den letzten Jahren vielfältige Reformen der pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung eingeleitet, um auf diese Situation zu reagieren. Weiterbildungsangebote zur „Gemeindekrankenpflege“ wurden entwickelt und spezielle Fachweiterbildungen - so z.B. für die ambulante psychiatrische Pflege - installiert. Die inzwischen begonnene Akademisierung der Pflege und die Etablierung von Pflegewissenschaft an den Hochschulen sollte ein Übriges bewirken, um dem Ruf Deutschlands als „pflegerisches Entwicklungsland“ (Schröck 1989, 107) entgegenzuwirken und eine bessere Problembewältigung zu ermöglichen. Gleichwohl hat dieser Prozeß gerade erst begonnen, so daß sich Effekte auf die Pflege- und Versorgungspraxis erst ansatzweise abzeichnen. Dies gilt in besonderer Weise für die ambulante Pflege: sowohl in den bestehenden Grundausbildungen als auch in der Mehrheit der neuen Studiengänge findet sie nur selten eine ihrer Bedeutung angemessene Berücksichtigung. Erst in jüngster Zeit zeichnen sich Kurskorrekturen ab, doch auch sie haben noch kaum Auswirkungen auf den Alltag ambulanter Pflege. „Überforderungen, Qualitätsprobleme und Abschottungen gegenüber neuen Anforderungen sind Folge dessen“ (Schaeffer 1996, 149).

Seitens der Gesundheitspolitik wurde inzwischen mit zahlreichen Reformversuchen und Gesetzesinitiativen begonnen, auf die vielfältigen Probleme im ambulanten Pflegebereich zu reagieren. An herausragender Stelle ist hier die 1995 im ambulanten Sektor und ein Jahr später auch im Bereich der stationären Langzeitversorgung eingeführte Pflegeversicherung (SGB XI) zu nennen. Mit ihr verbindet sich zum einen der Versuch, eine über zwanzig Jahre währende Auseinandersetzung über den besten Weg zur Absicherung des Risikos „Pflegebedürftigkeit“ unter Rückgriff auf traditionelle sozialstaatliche Instrumente zu beenden (Haug/Rothgang 1994). Zugleich war mit dem neuen Leistungsgesetz aber auch intendiert, Impulse für eine marktförmige Umgestaltung der Krankenversorgung und Pflege zu setzen und den Wettbewerb unter den Leistungsanbietern zu befördern (Schmidt/Klie 1999). Auf diese Weise – so die Vorstellungen des Gesetzgebers – sollte zu einer größeren Bedarfsgerechtigkeit in diesem Versor-

gungssektor beigetragen und die Anpassungsbereitschaft an die veränderten Anforderungen in der Krankenversorgung und Pflege befördert werden (Igl 1995b, Rothgang 1997, Burmeister 1997). Darüber hinaus verband sich mit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes die Intention, die Situation Pflegebedürftiger durch einen Ausbau der pflegerischen Infrastruktur, die Förderung von Innovationen in der Angebotsstruktur und Leistungserbringung sowie die Beseitigung von Mängeln, die einer bedarfsgerechten, prioritär ambulanten Pflege und Versorgung bislang entgegenstanden, nachhaltig zu verbessern (Brömme 1999, Rothgang 1997).⁴

Inwieweit diese Impulse unmittelbar nach Einführung des SGB XI bereits aufgenommen und von den ambulanten Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden konnten und welche Herausforderungen aus Sicht der ambulanten Dienste angesichts der gewandelten Umweltbedingungen mit der Pflege- und Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen – insbesondere von Menschen mit HIV und Aids – einhergehen,⁵ steht im Zentrum der hier vorgestellten explorativen Untersuchung.⁶

⁴ Im Rahmen des die Einführung der Pflegeversicherung flankierenden Bundesmodellprogramms „Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger“ wurden umfangreiche zusätzliche finanzielle Ressourcen zur Anpassung des Versorgungssektors an den gewandelten Bedarf bereit gestellt (vgl. zum Bundesmodellprogramm beispielsweise ISO 1992, 1993, 1994, 1995).

In diesem Kontext steht auch ein in Trägerschaft der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (DAH) von 1995 bis 1997 durchgeführtes „Modellprojekt zur Förderung der Pflegebereitschaft bei schwerkranken und sterbenden Menschen am Beispiel der Aids-Erkrankten“. Mittels berufsbegleitender Qualifizierungsmaßnahmen wollte das Projekt Anreize zur Überwindung bestehender Defizite im Bereich der Schwerstkrankenpflege setzen und die Anpassungsbereitschaft an den Versorgungsbedarf von Menschen mit HIV/Aids fördern. Das Modellprojekt wurde von 1995 bis 1998 durch das Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) wissenschaftlich begleitet.

Mit dem ersten Schritt der wissenschaftlichen Begleitforschung wurde das Feld, in das hinein dieses Modellprojekt implementiert wurde und in das die Teilnehmer nach Beendigung der Qualifizierungsmaßnahmen zurückkehren werden, einer analytischen Betrachtung unterzogen. Besonderes Augenmerk galt dabei der Wahrnehmung der vorwiegend von außen über den Weg einschlägiger Gesetzesinitiativen angestoßenen Reformbestrebungen auf Seiten ambulanter Pflegedienste und ihrer Auswirkungen auf die Versorgung von Menschen mit HIV/Aids sowie anderer Schwerstkranker. Zudem wurde der durch die Aufgabe der ambulanten Schwerstkrankenpflege auf Seiten ambulanter Pflegedienste provozierte Qualifikationsbedarf untersucht. Die vorliegende Publikation dokumentiert die Ergebnisse dieses Arbeitsschritts der wissenschaftlichen Begleitforschung.

Auf eine Darstellung des Modellprojekts, seiner Ziele und Maßnahmen sowie der Ergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung derselben wird an dieser Stelle verzichtet. Diese Ausführungen sind für das Verständnis der Ausführungen nicht relevant. Zum Modellprojekt sowie seinen Ergebnissen vgl. beispielsweise Ewers/Schaeffer/Grande/Breyman 1998, DAH 1998.

⁵ Vergleichbare Fragestellungen wurden bereits von anderen Autoren – zum Teil mit identischen Ergebnissen – untersucht, vgl. hierzu beispielsweise Gabanyi 1997, Burmeister 1997, Rothgang 1997, Schmidt 1999, Brömme 1999.

⁶ Unser Dank gilt Wiebke Zielinski für ihre Mitarbeit bei der Erhebung und Vorauswertung des Datenmaterials sowie den MitarbeiterInnen des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) für Ihre Unterstützung bei der Umsetzung des Projektes.

1.1 Methodisches Vorgehen

Die Annäherung an die explorative Untersuchung erfolgte auf der Ebene von leitenden und somit auch für Fragen betrieblicher Qualifikation verantwortlichen Mitarbeitern ambulanter Pflegeeinrichtungen. Sie wurden auf der Basis leitfadengestützter Experteninterviews befragt, mit dem Interesse, auf diese Weise Erkenntnisse über die gegenwärtige Situation ambulanter Pflege, die sich im Alltag bei der Pflege von Schwerkranken und Sterbenden stellenden Probleme und den Bedarf und die Bedingungen an qualifikatorischer Unterstützung zu gewinnen.

Im Einzelnen wurde folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Wie stellt sich die aktuelle Situation der ambulanten Regel- und Normalversorgung angesichts der Umbruch- und Reformprozesse in diesem Arbeitsfeld aus der Sicht ambulanter Pflegeeinrichtungen dar?
- Welche Bedeutung hat die Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen und insbesondere von Aids-Patienten im Alltag ambulanter Pflege und welcher Stellenwert wird ihr in den Einrichtungen beigemessen?
- Welche Probleme wirft die Pflege dieser Patientengruppen im Alltag auf und vor welche (organisatorischen, fachlichen und kooperativen) Hürden ist sie gestellt?
- Welche Qualifikationserfordernisse ergeben sich für ambulante Pflegedienste nach Einführung der Pflegeversicherung und angesichts der pflegerischen Herausforderungen durch schwerkranke und sterbende Patienten?

Insgesamt wurden 20 offene, leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt, die im Zuge einer Nacherhebung durch 4 weitere Interviews um die Makro-Perspektive (Verbandsebene) ergänzt wurden. Die erste Erhebungsphase fand im Zeitraum Dezember 1995 bis Februar 1996 statt, die zweite folgte von Dezember 1996 bis Februar 1997.

Die qualitativen Interviews konzentrierten sich thematisch auf die aktuelle Situation der ambulanten Pflege, die Einschätzung der quantitativen und qualitativen Bedeutung, die die ambulante Pflege Schwerstkranker aus Sicht der ambulanten Pflegedienste einnimmt, die Probleme, welche die Pflege und Betreuung von Aids-Patienten oder anderer terminal erkrankter Patientengruppen in diesem Versorgungssektor aufwirft und die Qualifikationsdefizite, die sich aus Sicht der befragten Führungskräfte stellen. Die Ermittlung institutioneller Eckdaten und Fragen zur Berufsbiographie der jeweiligen Interviewpartner trugen zu einer Abrundung der Interviewergebnisse bei.

Die Auswahl der Interviewprobanden orientierte sich an einem vorab definierten Schema von vier Praxisregionen (DAH 1994, 10). Die Zuordnung der einzelnen Bundesländer zu den Praxisregionen Nord, Süd, Ost und West sowie die Anzahl der dort durchgeführten Interviews können Abbildung 1 (Regionale Verteilung der Interviews nach Praxisregionen) entnommen werden.

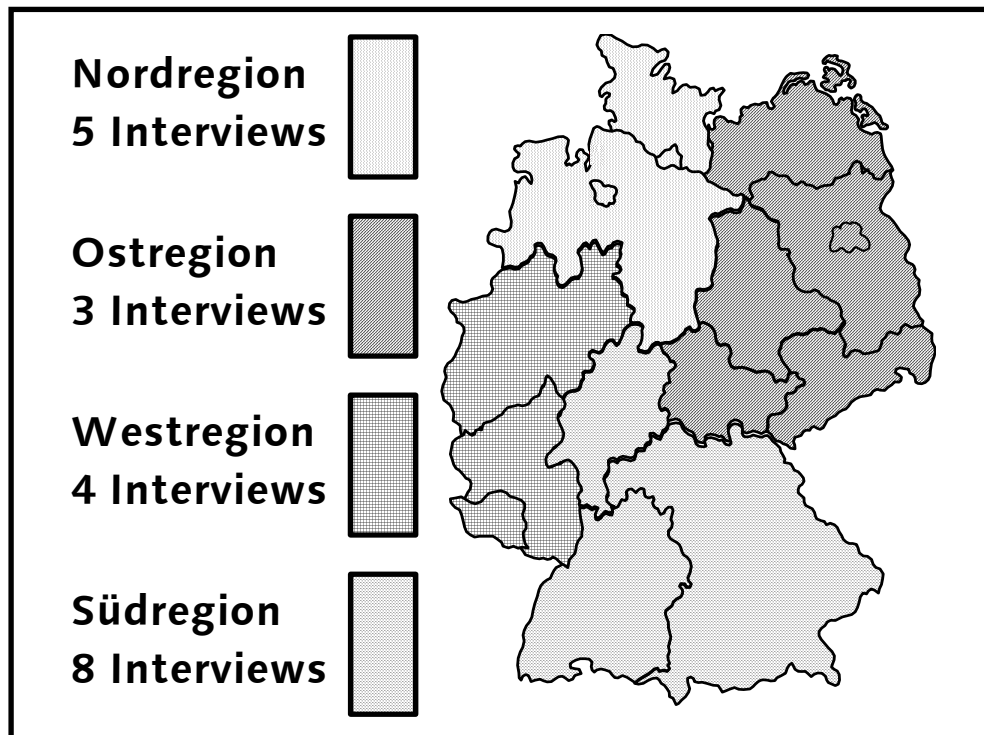


Abb. 1: Regionale Verteilung der Interviews nach Praxisregionen

Angestrebt wurde zudem eine möglichst paritätische Berücksichtigung der unterschiedlichen Verbands-, Träger- und Betriebsstrukturen sowie der Ausrichtung der Betriebe (freigemeinnützig, kirchlich, kommerziell - Tab. 1: Trägerstruktur).

Träger der Einrichtung	Anzahl
Diakonisches Werk / Caritasverband	10
Deutsches Rotes Kreuz	2
Arbeiterwohlfahrt	1
Der Paritätische Wohlfahrtsverband	4
Private Anbieter	3
Gesamt	20

Tabelle 1: Trägerstruktur

In erster Linie wurden Mitarbeiter von Einrichtungen der Regelversorgung befragt. Unter dieser Bezeichnung werden im folgenden ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste, Sozial- und Diakoniestationen) verstanden, die ihre Dienstleistungen allen, zumeist in einem bestimmten regionalen Einzugsbereich lebenden, pflegebedürftigen Patienten anbieten und zu diesem Zweck mit den zuständigen Kranken- und Pflegekassen einen Versorgungs- bzw. Sicherstellungsvertrag abgeschlossen haben. Zur Ergänzung und Kontrastierung wurden zudem Modell- und Sondereinrichtungen in die Erhebung einbezogen. Hierzu ist z.B. ein Interview mit einem Hospiz zu zählen, das speziell hinsichtlich der Wahrnehmung

von Defiziten in der ambulanten Pflege und diesbezüglicher Lösungsansätze aus der Sicht einer stationären Einrichtung ausgewertet wurde. Desweiteren wurde ein Spezialpflegedienst befragt, der sich in erster Linie der Pflege von Krebspatienten widmet. Außerdem erfolgte - wie bereits erwähnt - ein Ebenenwechsel: Zur Abdichtung des Datenmaterials wurden ergänzende Interviews mit Pflegereferenten übergeordneter Trägerorganisationen (Pflegereferenten/Verbandsvertreter) durchgeführt (Tab. 2: Gesamtübersicht Interviews).

Interviews Gesamtzahl	Einrichtungen der Regel- versorgung	Sonderformen/ Spezial- pflegedienste	Referenten-/ Makro-Ebene
24	16	4	4

Tabelle 2: Gesamtübersicht Interviews

Im Anschluß an die beiden Erhebungsphasen erfolgte die Datenaufbereitung und -auswertung, die sich aus der Transkription zentraler Textpassagen, der ausführlichen Protokollierung nicht transkribierter Textteile, der thematischen Sequenzierung, Durchgliederung und Verkodung der Interviews sowie einer inhaltsanalytischen Auswertung zusammensetzte (vgl. Mayring 1988). Es handelt sich dabei um ein deskriptives Verfahren, bei dem die erhobenen Daten einer strukturierenden Konzentration unterzogen werden. Basierend auf einer im Vorfeld durchgeführten Literaturanalyse zu den Themen „ambulante Schwerstkrankenversorgung“ und „berufliche Qualifikation von Pflegepersonal“ wurde das paraphrasierte und inhaltsanalytisch ausgewertete Datenmaterial in dem hier vorliegenden Bericht systematisiert.

1.2 Die befragten Pflegedienste

Das Spektrum der befragten Einrichtungen reicht von Kleinbetrieben mit kirchlichem Trägerverein in eher ländlichen Strukturen bis hin zu mittelständischen Unternehmen mit einem privatwirtschaftlichen Gesellschafter in großstädtischem Umfeld. Entsprechend vielfältig ist auch die Größe und der Wirkungskreis der untersuchten Pflegeorganisationen. Bezugnehmend auf betriebswirtschaftliche Schwellenwerte (vgl. Peters 1994, 63) und orientiert an dem Kriterium der Beschäftigtenzahl kann hier zunächst die in Tabelle 3 dargestellte Einteilung der in die Untersuchung einbezogenen Dienste vorgenommen werden (N = 20).⁷

⁷ Dabei sollte bedacht werden, daß es sich um Mitarbeiter mit unterschiedlichen Arbeitsverträgen und Stundendeputaten handelt. Eine Umrechnung der Angaben in Vollzeitäquivalente war auf der Basis der in den Interviews gemachten Angaben nicht möglich. Die ungewichteten Mitarbeiterzahlen besitzen daher für die Klassifikation der hier berücksichtigten ambulanten Pflegedienste nur eingeschränkte Aussagekraft (vgl. auch betriebliche Turbulenzen).

Größenklasse der Betriebe (Dienstleistung)	Schwellenwert bezüglich der Angestellten	Anzahl der untersuchten Dienste
Kleinbetrieb	bis 2	-
Mittelbetrieb	3 bis 49	18
Großbetrieb	50 und mehr	2

Tabelle 3: Betriebsgröße

Während der kleinste der befragten Pflegedienste über lediglich drei festangestellte Mitarbeiter verfügt, zählt der größte Anbieter immerhin 240 angestellte Mitarbeiter. Im Durchschnitt beschäftigen die hier berücksichtigten Pflegedienste 15 Mitarbeiter, die allerdings je nach Bedarf durch zahlreiche Aushilfen und geringfügig Beschäftigte ergänzt werden (vgl. Tab. 4 - Mitarbeiterprofil).⁸ Aber auch gemessen an der Zahl der versorgten Patienten decken die befragten Einrichtungen eine erhebliche Spannweite ab. Wie Tabelle 5 (Patientenprofil) zu entnehmen ist, lassen sich bei der Altersstruktur der versorgten Klientel dennoch Gemeinsamkeiten erkennen, auf die später noch genauer einzugehen sein wird. Die Angaben unserer Interviewpartner wurden in Form von vier Abstufungen vage quantifiziert (keine, kaum, wenige, viele). Sofern selbst prozentuale Angaben zur Altersstruktur gemacht wurden, sind diese in der tabellarischen Darstellung berücksichtigt.

⁸ Die Gesamtzahl der Beschäftigten in der ambulanten Pflege ist aufgrund hoher Personalfuktuation und der unterschiedlichen Arbeitsverhältnisse nur schwer zu ermitteln und mehr oder weniger starken Schwankungen unterworfen - ein Tatbestand, der generell für die ambulante Pflege kritisiert wird (Garms-Homolová/Schaeffer 1997) und sich im Zuge dieser Erhebung erneut bestätigt fand. Vgl. zu dieser Thematik sowie für einen Gesamtüberblick über die aktuellen Entwicklungen auf dem Pflegemarkt auch: Gerste/Rehbein 1998.

Code	Angestellte Gesamt	Fachkraft Krankenpflege	Fachkraft Altenpflege	Fachkraft Sozialarbeit ⁹	Pflegehelfer ¹⁰
1 AWT	14	7	7	-	-
2 ASP	16	10	4	1	2
4 AOP	9	4	5	1	-
5 ANP	240	11	22	-	207
6 ASP	15	2	5	-	8
7 AWP	11	10	-	1	1
8 AWP	3	3	-	-	-
9 ASP	20	1	9	1	9
10 ASP	28	2	25	1	-
11 ANP	30	20	10	-	-
13 ASP	10	9	1	1	-
14 ANP	100	k.A.	k.A.	1	k.A.
15 AOP	10	10	-	1	-
16 AOP	k.A.	ca. 15 %	k.A.	1	k.A.
17 ASP	10	5	4	1	-
20 AWP	15	13	2	-	-

Tabelle 4: Mitarbeiterprofil

Code	Patienten pro Monat	Unter 50 Jahre	50-70 Jahre	über 70 Jahre	über 80 Jahre
1 AWT	133	Keine	wenige	über 75 %	wenige
2 ASP	120-140	10 %	wenige	wenige	über 50 %
4 ANP	60	Kaum	kaum	viele	wenige
5 ANP	500-600	Kaum	kaum	viele	wenige
6 ASP	35	Keine	keine	wenige	viele
7 AWP	103	Kaum	wenige	viele	viele
8 AWP	15	Keine	wenige	viele	wenige
9 ASP	20	Keine	wenige	viele	viele
10 ASP	k.A.	Wenige	wenige	wenige	viele
11 ANP	80	Kaum	wenige	viele	wenige
13 ASP	50-60	Keine	kaum	wenige	viele
14 ANP	140	Keine	kaum	wenige	viele
15 AOP	100	Keine	kaum	wenige	viele
16 AOP	k.A.	Keine	kaum	wenige	viele
17 ASP	k.A.	Keine	kaum	wenige	viele
20 AWP	45	Kaum	kaum	viele	wenige

Tabelle 5: Patientenprofil

⁹ In der Tabelle wurden auch Doppelqualifikationen von Mitarbeitern berücksichtigt, weshalb die Summen der einzelnen Spalten in Einzelfällen durchaus höher sein können, als die Gesamtzahl der Angestellten.

¹⁰ Als Pflegehelfer werden hier alle in der Pflege Beschäftigten bezeichnet, die nicht über eine mindestens dreijährige Ausbildung verfügen. Innerhalb dieser Gruppe wurde nicht weiter differenziert (z.B. zwischen Pflegekräften mit einjähriger Ausbildung oder solchen mit einer mehrmonatigen Schulung).

2. Die ambulante Pflege nach Einführung des SGB XI

Das bundesdeutsche Gesundheitswesen sieht sich seit geraumer Zeit sozial- und gesundheitspolitischen Reformbestrebungen ausgesetzt, die trotz einer gewissen strukturellen und prozessualen Kontinuität in Bezug auf die politischen Strukturmuster (Döhler 1990, 556) nach übereinstimmender Expertenmeinung auf einen vorwiegend ökonomisch motivierten Strukturwandel, wenn nicht gar einen sozialpolitischen Systemwechsel hinauslaufen (Rothgang 1996, 1997, Eifert/Rothgang 1998, Schmidt/Klie 1999). Die ambulante Pflege ist neben dem Krankenhaus in besonderer Weise von den Auswirkungen dieses Strukturwandels betroffen. Er impliziert zwangsläufig auch Modifikationen im Bereich des Aufgabenzuschnitts und der Arbeitsorganisation, der Organisationsstrukturen und -kulturen, sowie der Organisations- und Personalentwicklung ambulanter Pflege, weshalb die aktuellen Veränderungen hier eingangs ausführlicher dargelegt werden sollen.

Seit ihrem Entstehen in den siebziger Jahren war die ambulante Pflege weitgehend von naturwüchsigen Wachstumsprozessen gekennzeichnet, die sich zumeist im Schatten anderer Versorgungsbereiche (z.B. dem stationären Sektor) vollzogen. Dennoch gelang es ihr, sich mittlerweile als eine Konsequenz aus innovativen Ansätzen in der Gesundheits- und Sozialpolitik und als Antwort auf Defizite der herkömmlichen Krankenversorgung mit ihrem personalen Dienstleistungsangebot nahezu flächendeckend zu etablieren (Damkowsky et al. 1988, Garms-Homolová/Schaeffer 1992). In den zurückliegenden Jahren zog die ambulante Pflege aufgrund epidemiologischer und demographischer Transitionsprozesse (Garms-Homolová/Schaeffer 1998, Schaeffer 1992), der Krise etablierter Versorgungsstrukturen sowie aufgrund von Qualitätsdefiziten verstärkt die Aufmerksamkeit auf sich und wurde damit zum Zielpunkt unterschiedlicher Reformbestrebungen (vgl. z.B. Asam/Altmann 1995).

An prominenter Stelle ist diesbezüglich die Einführung der Pflegeversicherung zu nennen, deren erste Stufe (ambulante Pflege) im Januar 1995 in Kraft getreten ist und die im Juni 1996 durch die Umsetzung der zweiten Stufe (stationäre Pflege) vollständig realisiert wurde. Mit diesem im Vorfeld heftig diskutierten neuen Leistungsgesetz, das vorrangig die ambulante Pflege im Blick hat, wurde die Finanzierung von direkten und indirekten Hilfen für pflegebedürftige Menschen neu geregelt. Dabei ist zwar weitgehend an bewährte Strukturprinzipien der traditionellen Sozialversicherung angeknüpft worden, dennoch ist das SGB XI durch eine bemerkenswerte sozialpolitische Weiterentwicklung gekennzeichnet (Rothgang 1996, 1997), die sich vor allem an folgenden Kriterien festmachen läßt:

- der Budgetierung der gewährten Leistungen gemäß dem ökonomischen Maximalprinzip und der damit vollzogenen Überleitung vom Bedarfs- zum Budgetprinzip in der gesetzlichen Sozialversicherung,
- der Betonung informeller Hilfpotentiale gegenüber der Unterstützung durch professionelle Leistungsanbieter im Sinne einer „neuen Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung“ und nicht zuletzt

- der Einführung von Wettbewerb unter den Leistungsanbietern bei weitgehend rechtlicher Gleichstellung von freigemeinnützigen und privatwirtschaftlichen Organisationen und dem Abbau von staatlichen oder kommunalen Subventionszahlungen für frei gemeinnützige Pflegeeinrichtungen (z.B. durch die Kommunen, Länder).

Ohne hier im Einzelnen auf die sozialpolitischen Auswirkungen des SGB XI eingehen zu können, avancierte die Pflegeversicherung aufgrund dieser Gestaltungsprinzipien nach Ansicht einiger Experten sogar „zum Präzedenzfall für die Alltagstauglichkeit zukünftiger Sozialpolitik“ (Asam/Altmann 1995, 15, vgl. auch Rothgang 1997, Schmidt/Klie 1999). In jedem Fall ist das Feld der ambulanten Pflege seit Einführung dieses neuen Leistungsgesetzes erheblichen Turbulenzen ausgesetzt, die sich durch die Debatte über das 2. Krankenversicherungsneuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) im Rahmen der 3. Stufe der Gesundheitsreform im Frühjahr 1997 und damit unmittelbar nach Abschluß unserer Erhebungsphase erneut verstärkt haben.

Unter anderem war es das Ziel, mit dem 2. GKV-NOG die Häusliche Pflege (§ 37 SGB V) zu einer Gestaltungsleistung der Krankenkassen zu erklären und sie damit aus dem gesetzlichen Pflichtleistungskatalog auszugliedern. Angesichts der ökonomischen Zwänge, denen die Gesetzliche Krankenversicherung ausgesetzt ist, hätte diese Freigabe mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Reduzierung oder gar Streichung der ohnehin zeitlich und inhaltlich stark begrenzten Sachleistungen zur Häuslichen Krankenpflege zur Folge gehabt. Ein bislang noch immer bedeutendes finanzielles Standbein der ambulanten Pflege wäre damit zur Disposition gestellt worden, was - nach Ansicht von Praktikern - auch durch die ergänzenden Leistungen der Pflegeversicherung oder anderer Kostenträger nicht hätte kompensiert werden können. Als Folge dieser Entwicklung hätten die ohnehin virulenten und in unserer Erhebung deutlich erkennbaren Existenz- und Überlebensängste in diesem Versorgungssektor erneut an Bedeutung gewonnen.

Zwar wurde eine solche Entwicklung abgewendet - die Häusliche Pflege bleibt vorerst im Pflichtleistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen. Allerdings wurden die Inhalte des § 37 SGB V einer „partnerschaftlichen Gestaltung“ (Bundestagsdrucksache 13/7264 vom 19.03.97) der Spitzenverbände überantwortet.¹¹ Bestimmend für diese Entwicklung war weniger der noch verhältnismäßig zurückhaltende Protest der Pflege und ihrer Patienten. Vielmehr gab hierfür eine Argumentationslinie den Ausschlag, nach der die Häusliche Pflege einer Vermeidung von Krankenhausaufenthalten dient und damit ihrerseits zu einer Kostenreduzierung im Gesundheitswesen beiträgt. Eine Streichung des § 37 SGB V wäre somit auch aus ökonomischen Gründen kontraindiziert und hätte mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem Zuwachs bei den stationären Aufenthalten geführt. Wenngleich für diese These derzeit keine überzeugenden empirischen Daten vorliegen, so scheint doch die ökonomische Argumentationslinie im Zuge der aktuellen Umbruchsituation für die ambulante Pflege erheblich

¹¹ Die Auswirkungen dessen für das ohnehin bereits schwierige Verhältnis zwischen Kranken- und Pflegekassen einerseits sowie Kostenträger und Leistungserbringer andererseits lassen sich derzeit noch kaum absehen und bedürfen einer weiteren sorgfältigen Beobachtung (vgl. hierzu z.B. Knieps 1998).

an Bedeutung gewonnen zu haben und ihren Alltag immer häufiger zu bestimmen - ein Eindruck, der sich im Rahmen dieser Untersuchung vielfach bestätigt fand und eine von anderen Experten konstatierte Entwicklung untermauert. Demnach ist die „faktische, marktinduzierte Neuorganisation der ambulanten Dienste (...) voll im Gange“ (Asam/Altmann 1995, 125).

Auf die Wahrnehmung der ambulanten Pflegeorganisationen als auch der in ihnen tätigen Mitarbeiter wirkt sich diese turbulente Umbruchsituation in erheblicher Weise aus. Denn wie sich in den folgenden Ausführungen zeigt, befinden sich die Pflegedienste dadurch in einem schwierigen Zielkonflikt. Um mit dem rasanten strukturellen und gesellschaftlichen Wandel ihres Arbeitsfeldes Schritt halten zu können, sehen sie sich gezwungen, ihre begrenzten organisatorischen und personellen Ressourcen vielfach ausschließlich auf die Sicherung der *Überlebensfähigkeit* ihrer Einrichtungen zu konzentrieren. Dadurch geraten sie jedoch in Gefahr, darüber die Entwicklung ihrer *Fortschritts- und Innovationsfähigkeit* zu vernachlässigen. Letzteres dürfte sich auf die Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen nachteilig auswirken: Soll ihnen eine bedarfsgerechte Betreuung garantiert werden, sind sowohl auf organisatorischer als auch auf personeller bzw. qualifikatorischer Ebene zahlreiche Innovationen erforderlich. Hierauf wird später noch genauer einzugehen sein. Zuvor sollen jedoch die aktuellen finanziellen, betrieblichen und personellen Turbulenzen, denen sich die ambulante Pflege seit 1995 verstärkt ausgesetzt sieht, unter Rückgriff auf unser Datenmaterial spezifiziert werden.

2.1 Finanzielle Turbulenzen

Die Finanzierungsstruktur der ambulanten Pflegedienste wird in der Bundesrepublik von vier Säulen gestützt:

- Geld- und Sachleistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI)
- Sachleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V)
- Geld- und Sachleistungen der (über-) regionalen Sozialhilfeträger (BSHG) und
- Eigenleistungen der Patienten und ihrer Angehörigen.

Welche der drei gesetzlichen Finanzierungsquellen (SGB XI, SGB V, BSHG) den Großteil der ambulanten Pflegekosten bestreitet, läßt sich aufgrund der schwachen Datenlage und des bislang niedrigen betriebswirtschaftlichen Informationstableaus auf Seiten der Pflegedienste wie auch der Kostenträger nicht eindeutig belegen. Zudem ist die Finanzierungsstruktur ambulanter Pflegedienste sowohl von ihrem Patientenprofil, ihrem Leistungsprofil und ihrer Trägerstruktur als auch von den jeweiligen Rahmenverträgen mit den regionalen Kostenträgern abhängig, was eine Vergleichbarkeit der Daten zusätzlich erschwert.

Die vorliegenden Befragungsergebnisse bestätigen jedoch die Erwartung, daß die Gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen Hauptkostenträger und damit in Finanzierungsfragen primärer Kooperationspartner ambulanter Pflegedienste sind. Der Anteil, der von den Krankenkassen entweder nach einem Pauschal- oder Einzelleistungssystem zur Finanzierung

ambulanter Pflegeleistungen aufgebracht wird, geht nach Auskunft der befragten Pflegeanbieter seit Einführung der Pflegeversicherung sukzessive zurück, wird jedoch lediglich teilweise durch Leistungen der Pflegekassen substituiert.¹² Den dritten Platz in der Rangfolge der Kostenträger nehmen die Sozialämter ein, die speziell für den Bereich der aufwendigen Schwerstkrankenpflege von Bedeutung sind und in diesem Bereich wichtige Deckungslücken in der Pflegefinanzierung schließen (Weber 1992). Daneben gewinnt aber auch die Gruppe der Selbstzahler bei einzelnen Diensten der ambulanten Pflege (z.B. hauswirtschaftliche Versorgung) zunehmend an Bedeutung. Verlässliche Angaben darüber, welchen Umfang die selbstfinanzierten Leistungen eingehen, sind derzeit jedoch kaum zu erhalten.

In einigen Fällen wurden diese Finanzierungsquellen in der Vergangenheit noch durch meist pauschale Subventionen in Form von Personal- und Investitionszuschüssen der Länder und Kommunen (z.B. Kommunale Defizitübernahme oder indirekte Pflegeleistungen) oder durch Sondervereinbarungen mit den Kostenträgern erweitert (z.B. Bayerischer Weg). Insgesamt ist davon auszugehen, daß gemäß den Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes (§ 82, 5 SGB XI) die verschiedenen Subventionen im Zuge der marktförmigen Umgestaltung des Pflegefeldes schrittweise zurückgefahren, künftig unter Rückgriff auf die jeweiligen Landespflegegesetze ausschließlich für spezifische Sonderaufgaben (z.B. Sonderpflegedienste) gewährt oder auf die Investitionsförderung begrenzt werden (Igl 1995b). Es ist daher zu vermuten, daß ihnen in der Finanzierungsstruktur ambulanter Pflege gemäß den Zielsetzungen des Gesetzgebers künftig eine zunehmend geringere Bedeutung zukommen dürfte.

Wie wird dieser mit dem SGB XI eingeleitete Umbruch der Finanzierung nun von den befragten Pflegediensten wahrgenommen? Nach Auskunft unserer Interviewpartner sehen sich ambulante Pflegedienste durch den Wandel der Finanzierungsbedingungen und die von Seiten der Kostenträger als Folge der gesamtwirtschaftlichen Lage zunehmend stärkere Anwendung des in den Leistungsgesetzen verankerten Wirtschaftlichkeitsgebots dazu gezwungen, ihre Versorgungsangebote und pflegerischen Dienstleistungen verstärkt nach ökonomischen Gesichtspunkten auszurichten. Dieser zumeist unfreiwillige Perspektivwechsel kann aus Sicht der befragten Pflegedienste mit der Formulierung „Pflege mit dem Taschenrechner“ (Inter 10 ASP, 2) am treffendsten wiedergegeben werden. Der Zwang, „immer alles nachweisen zu müssen, damit es abrechenbar ist (...)“ (ebd.), war für die befragten Pflegedienste zwar kognitiv nachvollziehbar, wird aber als Dauerbelastung erlebt. Die Sicherstellung ihrer finanziellen Arbeitsgrundlagen wird als „täglicher Kampf“ (Inter 16 AOP, 3) erfahren, der angesichts der Budgetierung von Leistungen bei gleichzeitig steigendem Bedarf (vgl. Patientenprofil) nie wirklich gewonnen werden kann. Zusehends machte sich daher Resignation breit, die in der Einsicht mündet: „(...) mehr gibt es nicht, es gibt nicht mehr (...)“ (Inter 15 AOP, 4).

¹² Nach Erhebungen des ISO-Instituts betrug der Anteil der Patienten, die Leistungen nach der Pflegeversicherung bezogen, 1995 im Durchschnitt lediglich 15-20 %. Der überwiegende Teil der Klientel ambulanter Dienste erhält demnach Leistungen aus der Krankenversicherung (ISO 1995, 25).

Verstärkt wird diese resignative Haltung durch die Tatsache, daß die Finanzierungs- und Leistungsstruktur ambulanter Pflegedienste eine abhängige Größe ist, die von den befragten Pflegediensten nach eigenem Bekunden kaum direkt beeinflußt werden kann. Mit Ausnahme der Leistungen der Pflegeversicherung unterliegt sie dem Ordnungsverhalten niedergelassener Ärzte, das - so unserer Interviewmaterial - zunehmend restriktiv gestaltet wird. Dies gilt im Besonderen, wenn es um die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln geht, die aus Sicht der Dienste für die Durchführung ambulanter Pflege oftmals unerlässlich sind.¹³ Hierfür werden von den Pflegediensten unterschiedliche Gründe geltend gemacht, in erster Linie aber attestierten sie den Ärzten „übersteigerten Sparwillen“:

„Das ist so'ne Manie geworden. Also wir bekommen hier Anrufe von Hausärzten, die das Nötigste nicht mehr verordnen, z.B. Kompressen für einen Verbandswechsel. Die sagen also die Salbe XY, das sind 100 Gramm, die reicht bei uns in der Praxis für vier Wochen, sie haben die in drei Tagen verbraucht. Wie kann das denn sein? (...) Die streichen die Verordnungen rigide zusammen (...) bis irgendwann die Verordnung dann nicht mehr ausgestellt wird (...).“ (Inter 13 ASP, 4)

Welche Folgen sich daraus für das Verhältnis der beiden Berufsgruppen sowie für das Versorgungsgeschehen ergeben, wird an anderer Stelle noch ausführlicher zu erläutern sein (vgl. Teil 3). Hier gilt es zunächst aus Sicht der befragten Pflegedienste festzuhalten, daß die niedergelassenen Ärzte ihre Gate-Keeper-Funktion aufgrund der Budgetierung offenbar stärker wahrnehmen als in der Vergangenheit und die Pflegedienste dadurch in eine schwierige Situation geraten. Weitaus unangenehmer empfanden sie jedoch die Abhängigkeitssituation und eingeschränkte berufliche Autonomie, die für sie aus dieser Konstellation erwächst:

„(...) und jetzt ist es der Kostenfaktor, es ist die Belastung des Arztes, (...) sie müssen alle vier Wochen wieder hingehen und quasi erbitten, daß es weitergeht und sind lästig. Also die Einrichtung ist wirtschaftlich von einem Wohlwollen des Arztes ein Stück abhängig, daß ist die eine Sache, als da müssen sie, demzufolge müssen sie Bittgänge machen (...).“ (Inter 3 AOP, 7)

Die „Bittgänge“, das „Hinterherlaufen hinter dem Arzt“ oder das „Klinkenputzen“, die den Alltag ambulanter Pflege seit jeher bestimmten (Schaeffer 1995), scheinen durch die Pflegeversicherung eher verstärkt, denn gemildert zu werden. Wie in Übereinstimmung von der Pflegepraxis wie auch wissenschaftlichen Experten betont wird, hat dies seine Ursache darin, daß durch den Leistungskatalog des SGB XI „nur ein Teil der Angebote, die die ambulanten Dienste vorhalten, refinanziert“ (ISO 1995, 26) wird. Ausgenommen sind wichtige Vermittlungs- und Beratungsleistungen, aber auch „Tätigkeiten, die bei Klienten erbracht werden, die zwar Hilfe und Betreuung brauchen, jedoch nicht pflegebedürftig im Sinne des Pflege-Versicherungs-gesetzes sind“ (ebd.). Erschwerend kam hinzu, daß durch das SGB XI ausgelöste Umverteilungsprozesse und Zuständigkeits-

¹³ An dieser Stelle kommt es zu einem Widerspruch zwischen den offiziellen Statistiken der Kostenträger, die eher eine Zunahme an ärztlichen Verordnungen registrieren, und der Wahrnehmung der von uns befragten Pflegedienste. Eine Erklärung hierfür läßt sich dem Datenmaterial aber nicht entnehmen.

probleme (Knieps 1998) zwischen den gesetzlichen Kostenträgern (SGB V, SGB XI und BSHG) in Verbindung mit der starken Formalisierung von Antrags- und Widerspruchsverfahren zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand für die Pflegedienste führten. Die Umstellung von subventionierten Einrichtungen zu „kostendeckenden Betrieben“ (ISO 1995, 27) verlangte von den Pflegediensten zahlreiche Anstrengungen im Bereich der Qualifizierung, mußten die Mitarbeiter der Pflegedienste für den Umgang mit den neuen gesetzlichen Bestimmungen, administrativen Verfahren (z.B. Abrechnung nach Leistungskomplexen) und ungewohnten Techniken (z.B. EDV-gestützte Abrechnungsverfahren) doch erst geschult werden. Obschon die Pflegedienste sich dieser Anpassungsherausforderung inzwischen bereits gestellt haben, mußten den befragten Interviewpartnern zufolge sowohl die Pflegedienste als auch die Patienten seit der Einführung des SGB XI mit realen Einbußen rechnen¹⁴:

„(...) In dem Moment, wo die Krankenkasse sagt, so, nun woll'n wir doch erstmal gucken, was davon jetzt Pflegeversicherung ist, fallen die Leute in ein ganz tiefes Loch. Weil Pflegestufe III bei 2.800,- Mark, wenn wir davon ausgehen, daß wir überwiegend Grundpflege machen, ja was bleibt denn da? (...) Dann kommt da nicht mehr viel bei rum und das äußerste, was wir dann kostendeckend leisten können, sind drei Stunden am Tag. Wenn die Leute dann früher richtig viel gehabt haben, dann ist das bitter. So und da muß man natürlich sehen, wie findet man da Lösungen.“ (Inter 4 ANP, 5)

Der Suche nach Lösungen für die Ressourcenallokation und Anpassung an die veränderten, zumeist restriktiveren Finanzierungs- und Arbeitsbedingungen opfern die Pflegedienste einen Großteil ihrer Energie, Kreativität und personellen Kapazitäten. Zwar ist es aufgrund der Variationsbreite an Einrichtungen kaum möglich, ein einheitliches Reaktionsmuster auf die neuen Finanzierungsmodalitäten auszumachen. Dennoch läßt sich auf der Basis des im Kontext dieser Untersuchung erhobenen Datenmaterials ein deutlicher Trend erkennen, der auf eine Um- oder Neudefinition der Beziehung zwischen Pflegediensten und ihren Patienten hinausläuft. Die Pflegedienste lösen sich dabei schrittweise aus ihrer traditionellen Verankerung im Bereich der Wohlfahrt und Fürsorge und geben zugleich ihre kustodiale und auf dem Ideal der Vollversorgung basierende Rolle gegenüber den Patienten auf („Der Patient erhält, was er braucht“). Spätestens seit Einführung der Pflegeversicherung ist die ambulante Pflege aus der Perspektive der von uns befragten Pflegedienste zu einem ökonomischen Faktor, zu „einem Geschäft“ geworden. Sie sehen sich gezwungen, ihren „Kunden“ künftig Dienstleistungen zu verkaufen und zu diesem Zweck in ein auf der Idee der Grundsicherung basierendes und durch das vorhandene Budget definiertes Vertragsverhältnis einzutreten („Der Patient erhält, was er bezahlen kann“). Die Auswirkungen dieses merkantilistischen Wandels auf das Verhältnis zu den Patienten zeigt exemplarisch der folgende Textauszug:

¹⁴ Gleich in mehreren Interviews wurde angegeben, daß sich der Refinanzierungsgrad der ambulanten Pflegedienste auf lediglich 70 bis maximal 90 % der Kosten belaufen würde (z.B. Inter 14 ANP). Inwieweit diese Angaben der Realität entsprechen, welche Ursachen dafür ausgemacht werden können und vor allem welche betriebswirtschaftlichen Konsequenzen sich aus diesem Umstand für die ambulante Pflege ergeben, konnte im Rahmen dieser Befragung nicht näher eruiert werden und bleibt anderen Untersuchungen vorbehalten.

„(...) Ich hatte vor kurzem einen Pflegevertragsabschluß, der eigentlich bezeichnend ist. Eine Tochter und ihre Mutter saßen dort. Sie hatte Pflegestufe eins, ich hatte den Taschenrechner dabei. Die Mutter meint, ja also ich brauch schon mindestens dreimal (gemeint ist pro Woche, die Verf.) möchte ich jetzt schon Hilfe beim Waschen haben. Ja gut, war ja auch in Ordnung. Ich meinte danach, viermal wäre vielleicht besser. Dann ging's mit der Abfallentsorgung und Bettenmachen los. Ich hab das dann ausgerechnet. Und dann saß die Tochter da und meinte, ja Mama, viermal Hilfe beim Waschen, ja, das brauchst Du nicht. Da bleibt ja nix übrig. Schau mal, jeden zweiten Tag den Abfall mit runter, den kannst du doch auch auf den Balkon rausstellen (...)“ (Inter 10 ASP).

Die beteiligten Parteien sehen sich dazu genötigt, den Pflegebedarf der Patientin auf das finanziell Machbare zurechtzustutzen, anstatt im Sinne eines pflegerischen Assessment zunächst die Bedarfslage zu erheben und ein adäquates pflegerisches Unterstützungsangebot zu konzeptualisieren - möglicherweise mit rehabilitativem Charakter. Weniger das individuelle Bedarfs- und Bedürfnisprofil, als vielmehr die vorhandenen finanziellen Mittel definieren also vielerorts die Möglichkeiten der Pflege (vgl. auch Klie 1998).

Allein dies zeigt, daß der Wandel der Finanzierungsbedingungen auf Seiten der befragten Einrichtungen mit fragwürdigen Erscheinungen verbunden ist und oft nicht gelingt. Auch die mit Einführung der Pflegeversicherung notwendige Veränderung der Pflegebeziehung funktionierte nur bei den wenigsten Pflegediensten reibungslos (vgl. auch ISO 1995, 28). Es ist daher kaum überraschend, wenn die vorliegenden Daten erkennen lassen, daß in der ambulanten Pflege zum Zeitpunkt unserer Befragung einander zumeist widersprechende „alte“ und „neue“ Orientierungen und Werthaltungen nebeneinander existierten. Durch diese Dualität gerät die Pflege zwangsläufig in ein ethisches Dilemma. Zwar wurden ökonomische Denk- und Verhaltensmuster inzwischen in der ambulanten Pflege adaptiert und prägen sowohl die öffentlichen Diskussionen als auch das Alltagshandeln der Leitungskräfte ambulanter Dienste (ebd. 28ff.). In der Mehrzahl der von uns interviewten Einrichtungen stehen diese jedoch im Widerstreit mit traditionellen Wertmaßstäben fürsorglichen Pflegehandelns, die nicht minder große Handlungsrelevanz besitzen.

Dies gilt insbesondere für einzelne Träger und spezifische Patientengruppen. So provoziert gerade die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen, wie z.B. von Aids- und Krebserkrankten, derartige ethische Konflikte zwischen einer an humanistischen Idealen und dem Kriterium der sozialen Gerechtigkeit orientierten Pflege und einer ökonomisch rationalisierten und am Ideal der Dienstleistungsproduktion ausgerichteten Krankenversorgung. Aus ethischer und sozialer Perspektive betrachtet, befinden sich diese Patienten in einer existentiellen Notsituation, in der sie besonderer Unterstützung und Betreuung bedürfen. Aus ökonomischer Perspektive aber

„(...) sind sie sehr teuer und (...) wenn man jetzt davon ausgeht, daß der Tag vierundzwanzig Stunden hat - selbst wenn wir dreimal täglich hingehen, sind wir nur kurz da, und der Tag hat noch viel mehr Stunden.

Und wenn man Pflegestufe zwei hat und dreimal am Tag hin geht, dann reicht das Geld nicht, auch die Sachleistung nicht (...)" (Inter 17 ASP, 6)

Die Pflegedienste sind daher gefordert, Lösungsstrategien zu entwickeln, mit deren Hilfe sie diese widersprüchlichen Anforderungen an ihr berufliches Handeln in Einklang bringen können. So versucht ein Großteil der befragten Pflegedienste dem Problem bereits im Vorfeld zu entgehen, indem sie versuchen, eine *Selektion* ihrer Klientel nach ökonomischen Kriterien durchzuführen. Durch „Mischkalkulationen“ soll eine ausgewogene Balance zwischen leichten bzw. kostengünstigen und schweren, d.h. kostenintensiven Fällen hergestellt werden.¹⁵

„(...) ich mußte auch solche Leute von Anfang an nehmen, um überhaupt ins Geschäft zu kommen. Aber es muß sich eben doch auch mischen. Man muß dann auch ein paar Patienten haben, die ihr Geld wert sind (...).“ (Inter 4 ANP, 4)

Vor Einführung der Pflegeversicherung war es den Pflegediensten zufolge möglich, auf diesem Weg eine interne „Solidargemeinschaft“ zu installieren. Indem die Dienste ihre Gesamteinnahmen aus den Stundensätzen oder Pauschalleistungen auf verschiedene Patienten entsprechend des jeweils anfallenden Bedarfs aufteilten, konnten sie sowohl den Pflegebedürftigen als auch ihren wirtschaftlichen Notwendigkeiten Rechnung tragen. Durch die Individualbudgetierung der Pflegeversicherung und ihre spezifischen Verfahrensregeln (Einführung der Leistungskomplexe, Transparenz durch genaue Zeiterfassung, Erweiterung der Kontrollmöglichkeiten, etc.) wurde diese Strategie allerdings vereitelt. Sie dürfte sich künftig vermutlich als obsolet erweisen.¹⁶

Auffällig ist in diesem Zusammenhang, daß einige Pflegedienste – vorzugsweise private Anbieter - im Bereich der Schwer- und Schwerstkrankenpflege durchaus ungenutzte Rationalisierungspotentiale sehen und dementsprechend gegenteilige Strategien verfolgen. Ganz in diesem Sinne argumentiert ein von uns befragter privater Pflegeanbieter pragmatisch:

„(...) Also ich muß ganz ehrlich sagen, mir ist ein Schwerstpflegebedürftiger, bei dem man viel zu machen hat, lieber, als drei vier andere. Erstens kann ich da mehr Geld verdienen, zweitens muß ich nicht ständig mit dem Auto rumfahren (...). Die Schwester fährt zu einem Platz und hat dann einfach keine Fahrtzeiten dazwischen.“ (Inter 20 AWP, 2)

Der hohe Pflege- und Versorgungsbedarf schwerkranker Patienten wird von diesem privaten Anbieter durchaus als Möglichkeit gesehen, wirtschaftliche Erfolge zu erzielen, indem gemäß ökonomischer Logik die Möglichkeit einkalkuliert wird, die in der Regelversorgung oftmals hohen, aber nur selten voll erstattungsfähigen Sachkosten zu reduzieren. Gleich-

¹⁵ Hier ist anzumerken, daß ein derartiges Vorgehen durchaus nicht neu ist. Schon früher wurde aus der Praxis berichtet, daß schwerkranke Patienten in der ambulanten Pflege eher gemieden werden, da sie gegenüber den Idealpatienten (z.B. Diabetikern) als besonders personal- und kostenintensiv galten (Garms-Homolová/Schaeffer 1992, Schaeffer/Moers 1995).

¹⁶ An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, daß die Befragung unmittelbar nach der Einführung der Pflegeversicherung durchgeführt wurde und sich das Vorgehen der Pflegedienste in diesem Bereich mittlerweile den veränderten Modalitäten angepaßt haben dürfte.

wohl präsentiert dieser Gesprächspartner trotz des aktuellen Wandels eine für die ambulante Pflege bis dato eher ungewöhnliche Sichtweise.

Ein anderer Ansatz zur Lösung des Dilemmas, in dem sich die Pflege derzeit befindet, besteht darin, die von den ambulanten Diensten erbrachten Leistungen gegenüber den Kostenträgern gar nicht erst geltend zu machen. Die finanziellen Defizite werden kurzerhand als Tribut an das jeweilige Trägerideal verbucht (z.B. den karitativen Auftrag):

„(...) Wir haben auch selber Probleme, das zu glauben. Ich weiß, ich krieg' überhaupt keine Kohle und schick' trotzdem jemanden hin. Und wenn gar keiner mehr da ist, dann geh' ich selber los, um das zu gewährleisten (...) weil ich dann denke, das kannst du jetzt nicht machen. Es ist immer ganz blöd (...)“ (Inter 4 ANP, 2).

Dieses *altruistische Handeln* der Pflege kann als traditionelle Lösung für die Bewältigung der aktuellen Probleme in der Krankenversorgung betrachtet werden und ist insbesondere in den Einrichtungen der Kirchen oder freien Wohlfahrt häufig anzutreffen. Pflege wird hier als Ausdruck von mitmenschlicher Nächstenliebe (Caritas) interpretiert, wobei der Aspekt des Dienens und der Opferbereitschaft hervorgehoben wird (Steppe 1994). Nicht selten werden so strukturelle Defizite ambulanter Pflege durch Sonderleistungen und das persönliche Engagement der MitarbeiterInnen kompensiert (Schaeffer 1992), wie auch an dem folgenden Beispiel deutlich wird:

„(...) Wenn ich da wirklich etwas aktiv tun sollte, dann ist das Arbeitszeit für mich, aber wenn jemand wollte, daß ich mal vorbeikomme, um irgendwelche Ängste zu nehmen - na gut, da eben ich eben hingefahren. Ich hab' sie (die Patienten, die Verf.) irgendwo ja auch gerne - das ist dann mein Privatvergnügen (...).“ (Inter 15 AOP, 2)

Diese Vorgehensweise erweist sich für die Mitarbeiter in der ambulanten Pflege auf Dauer jedoch als problematisch. Angesichts steigender quantitativer und qualitativer Anforderungen müssen individuelle Grenzen immer häufiger überschritten werden, während zur selben Zeit der Rückhalt für dieses Engagement angesichts des merkantilistischen Wandels im Pflegefeld erodiert. Altruistische Haltungen wie Sorge um das Wohl anderer oder Hilfsbereitschaft angesichts vorhandener Not sind gegenüber den zu „Kunden“ deklarierten Patienten nicht mehr zeitgemäß. Immer häufiger wird der karitative Auftrag deshalb durch andere, stärker dem Dienstleistungsbereich entlehnte Leitvorstellungen ersetzt, ohne daß jedoch das Dilemma ambulanter Pflege dadurch beseitigt wäre.

Eine weitere vor diesem Hintergrund praktizierte Lösungsstrategie der befragten Pflegedienste besteht darin, Qualitätseinbußen in Kauf zu nehmen, um auf diese Weise das wirtschaftliche Überleben zu sichern:

„Oder die Sachen, die eigentlich nicht so gut sind, daß wir gute Schüler haben, die wir bei den Patienten anlernen und dann auch selbständig dahinschicken und das dann natürlich auch nicht berechnen - weil es gibt ja keine Möglichkeit, die Zeit zu kriegen (...)“ (Inter 4 ANP, 5).

Dieses Zitat deutet auf die sich derzeit abzeichnende Tendenz zum verstärkten Einsatz minderqualifizierten Personals und damit auf die angesichts ökonomischer Zwänge zum Teil auch billigend in Kauf genommene *Dequalifizierung* der Pflege. Vor diesem Hintergrund wird verständlich, warum die Frage der Qualitätssicherung im SGB XI eine derart zentrale Stellung einnimmt und mittlerweile zu zahlreichen Debatten in der ambulanten Pflege geführt hat (ISO 1995, 29). Ohne dies an dieser Stelle bereits zu erörtern, sei angemerkt, daß diese, die Qualifikation der Humanressourcen minimierende Strategie nicht nur Gefahren für die Patienten mit sich bringt. Sie droht - weil Qualifikationsanforderungen und Qualifizierungsphasen nicht ernst genug genommen werden - auch die Fortschrittbarkeit ambulanter Pflege und damit langfristig wiederum die Überlebensfähigkeit negativ zu beeinflussen.

Insgesamt ist festzustellen, daß es den befragten ambulanten Pflegediensten trotz umfänglicher Suche nach tragfähigen Lösungsstrategien in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung nur bedingt gelungen ist, sich an die Neugestaltung ihrer ökonomischen Entscheidungs- und Handlungsspielräume anzupassen, ihre wirtschaftliche Existenz abzusichern oder gar zu einer Stabilisierung ihrer Arbeitssituation beizutragen. Eine Interviewpartnerin faßt dieses mit den Worten zusammen:

„(...) Das ist das Problem. Wir suchen uns ja irgendwie immer merkwürdige Wege, um zu unserem Geld zu kommen. Einfach ist es, wenn wir eine Krankenhausvermeidung bezahlt kriegen. Aber seit der Pflegeversicherung wird die in der Regel für vier Wochen bezahlt pro Krankheitsfall und dann ist Schluß (...)“ (Inter 4 ANP).

Exemplarisch deutet diese Aussage auf die derzeit den Alltag charakterisierende Hilflosigkeit ambulanter Pflege. Bislang praktizierte Strategien zur Sicherstellung finanzieller Handlungsspielräume erweisen sich aufgrund veränderter Bedingungen als nur begrenzt tragfähig. Viele der befragten Einrichtungen sichern ihre wirtschaftliche Existenz daher in Form des Trial-and-Error-Verfahrens und verfügen noch kaum über systematisierte Handlungsstrategien zur Bewältigung ihrer ökonomischen Probleme.

Die „merkwürdigen Wege“, die von den ambulanten Diensten gewählt werden, um die veränderte Finanzierung mit dem Anspruch an die eigene Arbeit und dem Bedarf der Patienten in Einklang zu bringen, wecken immer häufiger auch die Aufmerksamkeit der Kranken- und Pflegekassen. Statt jedoch die Finanzierung und Abrechnungsverfahren ambulanter Pflege auf ihre Problemangemessenheit zu überprüfen, verstärken die Kostenträger vorrangig die Kontrolle der Leistungsanbieter. Durch dieses Vorgehen soll potentiell Mißbrauch der Leistungsentgelte begegnet und die Ausgaben in diesem Versorgungsbereich reduziert oder zumindest eingegrenzt werden. Zugleich wird intendiert, auf diese Weise die Qualität der Pflege zu sichern und den Interessen der Patienten zu dienen. Aus wissenschaftlicher Sicht betrachtet ist diese Lösungsstrategie fragwürdig: Sie zielt nicht nur an dem eigentlichen Problem in der ambulanten Pflege vorbei, sondern verstärkt zugleich den Druck auf die Pflegedienste und dürfte deren Bereitschaft zur Veränderung und Qualifizierung eher beeinträchtigen als befördern.

Die verstärkte Kontrolle der Kassen hat darüber hinaus zur Folge, daß sich die wichtigen bilateralen Beziehungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern rapide verschlechtern. Häufig werden die Beziehungen zu den Kassen von den hier berücksichtigten Pflegediensten als „grausig“ (Inter 6 ASP, 5) charakterisiert und in vielen Fällen sind sie von großem Mißtrauen geprägt. Lediglich dort, wo gute persönliche Kontakte zwischen Pflegedienstmitarbeitern und den zuständigen Sachbearbeitern bei den Kassen existieren, können die Interessenunterschiede zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern durch weniger formalisierte Problemlösungsstrategien überwunden oder umgangen werden (vgl. hierzu auch Teil 3).

Als Zwischenbilanz kann festgehalten werden, daß aus Sicht der von uns befragten leitenden Mitarbeiter ambulanter Pflegeeinrichtungen Finanzierungsstrukturen und betriebliche Steuerungsmöglichkeiten den Problemen in diesem Bereich entgegen anderslautenden Expertenmeinungen (Asam 1992) nicht gerecht werden. Angesichts einer ökonomisch reorganisierten Pflege und dadurch ausgelöster Turbulenzen im Pflegefeld besteht die große Herausforderung für die ambulante Pflegedienste offensichtlich darin, ihr betriebliches Überleben zu sichern und Unsicherheiten, die sich für sie aus der finanziellen und strukturellen Umbruchsituation ergeben, abzufedern. Dabei gehen freigemeinnützige und privatwirtschaftliche Pflegedienste unseren Beobachtungen zufolge oftmals unterschiedliche Wege: Erstere sind eher bemüht, traditionelle Wertmaßstäbe nicht aus den Augen zu verlieren. Sie sehen sich als „Opfer“ der Sparzwänge und als Leidtragende aktueller Sozial- und Gesundheitspolitik (Inter 15 AOP). Der ökonomischen Umgestaltung des Sozial- und Gesundheitswesens setzen sie partiell „passiven“, im besten Wortsinn „wertkonservativen“ Widerstand entgegen (Inter 13 ASP).¹⁷ Zur Lösung ihrer finanziellen Probleme greifen sie auf Strategien zurück, die sich in der Vergangenheit vielfach bewährt haben und ihnen in Anbetracht der unsicheren Umweltsituation ein gewisses Maß an Sicherheit und Stabilität versprechen (z.B. Inter 2 ASP, Inter 7 AWP). Den neuen Rahmenbedingungen und Anforderungen können sie damit jedoch nur selten gerecht werden und noch seltener können sie auf diese Weise stabile und befriedigende Arbeitsbedingungen herstellen. Anders die privatwirtschaftlichen Pflegedienste: Sie sehen trotz der veränderten Finanzierungsgrundlagen Gestaltungsspielräume und bemühen sich darum, den aktuellen Herausforderungen mit einem modernen, d.h. „unternehmerischen“ Erscheinungsbild zu begegnen (z.B. Inter 11 ANP, Inter 20 AWO). Zur Stabilisierung ihrer Situation greifen sie auf Leitvorstellungen und Handlungsstrategien aus dem Dienstleistungssektor und der Wirtschaft zurück, ohne diese jedoch vor einer Implementation auf ihre Problemangemessenheit zu überprüfen. Nicht selten werden so ungewollt neue Probleme im Pflegealltag provoziert, die mit einer erneuten Destabilisierung einhergehen.

¹⁷ Diese problematische Befindlichkeit ist für die Pflege nicht ungewöhnlich, vielmehr knüpft sie an die Tradition des ärztlichen Assistenzberufes an. Entgegen der mit der Opferrolle üblicherweise verknüpften negativen Konnotation ermöglicht diese Position der Pflege einen bedeutenden Sekundärgewinn: Sie ist von Handlungsverantwortung entlastet und erfährt einen Schutzraum gegenüber äußeren Anforderungen, die möglicherweise mit akuter Überforderung einhergehen. Auf die angesichts des Wandels der Umweltbedingungen notwendige Ausweitung der Gestaltungskompetenz und Innovationsbereitschaft wirkt sich diese Selbstinterpretation allerdings durchweg hinderlich aus.

Oftmals pendeln die befragten ambulanten Pflegedienste aber auch zwischen beiden Lösungsansätzen hin und her und unterstreichen damit, daß systematische und tragfähige Strategien zur Lösung der aktuellen Herausforderungen in der ambulanten Pflege derzeit kaum zur Verfügung stehen. Zum Teil wird dieser Mangellage durch gezielte Qualifizierungsprozesse zu begegnen sein - ein Aspekt, den es bei der Definition des Qualifizierungsbedarfs ambulanter Pflege zu berücksichtigen gilt. Zugleich ist jedoch zu fragen, ob die derzeitigen finanziellen Gestaltungsspielräume und marktwirtschaftlich ausgerichteten Reformansätze angemessen sind, um den aktuellen Problemen in der ambulanten Pflege gerecht werden, notwendige Innovationen anstoßen und vor allem langfristig Veränderungen absichern zu können.

2.2 Betriebliche Turbulenzen

Seit Einführung der Pflegeversicherung ist auch der institutionelle Rahmen ambulanter Pflegedienste mehr oder weniger starken Veränderungsprozessen unterworfen. Einige Experten sprechen diesbezüglich sogar von einem zweiten „Quantensprung“, den die ambulante Pflege nach ihrem Übergang von dem Gemeindegewerbetätigen-Modell hin zur Sozialstation nun angesichts der Entwicklungsimpulse des SGB XI zu bewältigen hat: „Ging es beim ersten um die Überführung von an Einzelpersonen gebundener Pflege in eine Form von *betrieblich* organisierter Leistungserbringung, so steht nun die Diversifikation und die Findung von *überbetrieblichen und vernetzten* Organisationsmodellen an.“ (Asam/Altmann 1995, 117)

Die raschen und manchmal zu rasch aufeinanderfolgenden betrieblichen Anpassungserfordernisse erweisen sich bei näherer Betrachtung für die Pflege allerdings als problematisch. Zwar konnten Sozialstationen in Deutschland seit den siebziger Jahren das Gemeindegewerbetätigen-Modell weitgehend ablösen (Ludwig-Windthorst-Haus 1988). Diese Entwicklung verlief in den einzelnen Bundesländern aufgrund uneinheitlicher Landesregelungen allerdings ausgesprochen heterogen (Dahme et al. 1980) und ging fast zwangsläufig mit dem Aufbau verschiedenartiger betrieblicher Organisationsmodelle einher.

Ein klares Design für den institutionellen Rahmen und damit für die betrieblich organisierte Form der Leistungserbringung ist derzeit in den Einrichtungen der ambulanten Pflege kaum zu erkennen. Diese Feststellung gilt - trotz gewisser Unterschiede in der Ausprägung - gleichermaßen für den Bereich der freigemeinnützigen wie für den der privat-gewerblichen Pflegedienste. In dem zuletzt genannten Bereich wurde seit Beginn der achtziger Jahre damit begonnen, die schon immer praktizierte private Pflege durch Einzelpersonen abzulösen und in eine betrieblich organisierte Form der Leistungserbringung zu wandeln (Kliemke et al. 1985). Heute ist die ambulante Pflege zwar durch einen wachsenden Marktanteil privat-gewerblicher Pflegedienste charakterisiert,¹⁸ dennoch arbeiten - einschlägi-

¹⁸ Asam/Altmann berichten, daß der Anteil der privat-gewerblichen Dienste in den Großstädten und auch in Niedersachsen bereits mehr als 50 % betragen soll, legen für diese Behauptung jedoch keine zuverlässigen Daten vor. Eine vom MAGS-Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegebene Studie hat zum Ergebnis, „daß etwa 55 % der pflegerischen Versorgung von freigemeinnützigen und 45 % von privat-gewerblichen Diensten geleistet werden“ (MAGS 1995, 36). Eine Studie des Wido kommt zu einem ähnlichen Ergebnis. Demnach stellen Freigemeinnützige 49 % und Private 46 %

gen Studien zufolge - die Hälfte dieser Einrichtungen, die zum Großteil zudem erst im Zuge jüngster Gesetzesreformen und damit in den neunziger Jahren entstanden sind, nach wie vor als „Ein-Personen-Dienst“ oder beschäftigen lediglich zwei oder drei Mitarbeiter (MAGS 1995, 40).¹⁹

Ein großer Teil sowohl freigemeinnütziger wie auch privat-gewerblicher Pflegedienste befindet sich somit zum Zeitpunkt der mit der Pflegeversicherung eingeleiteten Umstrukturierung ambulanter Pflege noch in einem juvenilen Entwicklungsstadium betrieblich organisierter Leistungserbringung und ist auf die gegenwärtigen Entwicklungserfordernisse weder personell noch strukturell ausreichend vorbereitet, was sich auch an dem dieser Untersuchung zugrundeliegenden Datenmaterial beobachten läßt.

Die von uns befragten freigemeinnützigen Pflegedienste sind von ihrer Trägerstruktur her überwiegend traditionell ausgerichtet und durchgängig in die bürokratisch-organisierten Strukturen der freien Wohlfahrt eingebunden. Als bevorzugte Rechtsform gilt nach wie vor der gemeinnützige Verein, der seinerseits als ein rechtlich selbständiges Mitglied in einem überregionalen Wohlfahrtsverband organisiert ist. Lediglich vereinzelt ist von den befragten Diensten bereits ein Trend nachvollzogen worden, demzufolge auch Einrichtungen der Krankenversorgung immer häufiger in betriebswirtschaftliche Rechtsformen (z.B. GmbH, gGmbH) umgewandelt werden (z.B. Inter 5 ANP). Mit einer solchen Änderung der Rechtsform wird oftmals die Hoffnung verbunden, hemmende vereinsrechtliche Entscheidungsprozesse verkürzen, flexiblere Steuerungsmechanismen einführen und Managementprobleme besser als bislang bewältigen zu können. Zugleich soll durch die Umwandlung vom Verein in eine GmbH die Haftung im Falle eines angesichts der schwierigen Finanzierungssituation nicht mehr auszuschließenden Konkurses für die Träger begrenzt werden.²⁰ Im ambulanten Pflegebereich kann diese Entwicklung auch als Anpassungsreaktion gemeinnütziger Träger an die zunehmend selbstbewußter auftretenden privat-gewerblichen Anbieter gedeutet werden. Diese verstanden sich von vornherein als *Pflegebetriebe*, waren darum bemüht, sich aus der vereinsrechtlichen Tradition ambulanter Pflege zu lösen (Kliemke et al. 1985) und sind heute in unterschiedlichen Rechtsformen organisiert, welche vom Einzelunternehmen, über Personengesellschaften bis hin zu Kapitalgesellschaften reichen. „Das Eindringen der Privatanbieter in das traditionell von der Wohlfahrtspflege beherrschte Arbeitsfeld und der rasch gestiegene beziehungsweise steigende Marktanteil belegt nicht nur die These von der Marktfähigkeit der Pflege (Asam 1992), sondern rückt auch die finanzwirtschaftliche Seite der ambulanten Dienste unmittelbar ins Blickfeld“ (Asam/Altmann 1995, 122).

Zwar sind auch die traditionellen Anbieter im Zuge der Umgestaltung ambulanter Pflege gezwungen, sich dieser Entwicklung anzupassen, den

der ambulanten Pflegedienste (Gerste/Rehbein 1998, 9).

¹⁹ Insbesondere durch mit dem SGB XI verbundene Entwicklungsschübe können zwischenzeitlich im privat-gewerblichen Bereich allerdings deutliche Konzentrationsbestrebungen beobachtet werden, die auf eine Ablösung dieser Form der „Ein-Personen-Dienste“ und Kleinstbetriebe hindeuten.

²⁰ Dieser Trend zur Umwandlung der Rechtsform etablierter Krankenversorgungseinrichtungen ist vergleichbar auch im stationären Versorgungsbereich zu beobachten und geschieht dort aus ähnlichen Motiven (Simon 1997).

betrieblichen Strukturwandel im Sinne nachholender Modernisierung zu vollziehen und ihre Betriebsformen und -abläufe den gewachsenen Anforderungen in der Krankenversorgung anzupassen. Auf das Selbstverständnis ambulanter Pflegedienste hat diese Entwicklung nach unseren Beobachtungen aber bislang kaum Einfluß genommen. Nach wie vor verstehen sich die von uns befragten freigemeinnützigen Pflegedienste als karitative bzw. soziale Einrichtungen, d.h. im wahrsten Sinne des Wortes als *Sozialstationen*, deren Aufgabe vorrangig in der gemeinschaftlich organisierten Unterstützung Hilfe- und Pflegebedürftiger besteht.²¹ Selbst die befragten privat-gewerblichen Anbieter weichen nur geringfügig von diesem Erscheinungsbild ab und fühlen sich vorrangig sozialen und erst nachgeordnet auch erwerbswirtschaftlichen Motiven verpflichtet.

Diese Einstellung kommt durchgängig auch in der Selbstdarstellung unserer Gesprächspartner zum Ausdruck: Keiner der von uns befragten Pflegedienste definiert sich selbst als Wirtschaftsbetrieb oder greift zur Beschreibung seiner Einrichtung gar auf eine der Betriebswirtschaft entlehnte Nomenklatur zurück. Quantitative (z.B. Anzahl der Beschäftigten, Anlage- und Umlaufvermögen, Bilanzsumme) und qualitative (Eigentümerunternehmer, Nichtemissionsfähigkeit) Abgrenzungskriterien, nach denen wirtschaftlich tätige Organisationen üblicherweise klassifiziert werden (Peters 1994, 61), lassen sich in der ambulanten Pflege ohnehin nur bedingt anwenden. Nur selten finden betriebswirtschaftliche Kennziffern wie Umsatz, Bilanz, Einlagevermögen oder Emissionsfähigkeit bei der Beschreibung ambulanter Pflegedienste Berücksichtigung (vgl. hierzu auch Knäpple et al. 1992, Ristock/Sießegger 1993). Korrespondierend hierzu beschränken sich auch unsere Gesprächspartner darauf, ihren Dienst anhand von Mitarbeiter- und Patientenzahlen zu beschreiben (vgl. Kap. 1.4).

Dabei gilt es zwei Aspekte zu berücksichtigen: Zum einen besitzt die Zahl der Mitarbeiter für die Beschreibung der betrieblichen Dimensionen eines Pflegedienstes aufgrund der zahlreichen Teilzeitarbeitsverhältnisse nur eingeschränkte Aussagekraft. Zum anderen kann diese Variable von unseren Gesprächspartnern nur selten in ein leistungsbezogenes Verhältnis zu den Patientenzahlen gesetzt und damit für die Steuerung ihres Unternehmens nutzbar gemacht werden. Auch ob sich die Pflegedienste selbst als Groß-, Mittel-, Klein- oder Kleinstbetrieb verstehen, muß aufgrund dieses Zugangs offen bleiben.²² Eine solche Selbstklassifikation wäre für die Fragestellung dieser Untersuchung freilich ein wichtiger Indikator, wird doch im allgemeinen ein direkter Zusammenhang zwischen der Größe einer Organisation und ihrer Beherrschbarkeit gesehen, „d.h. je größer ein System ist, desto schwerer wird es in der Regel zu beherrschen sein“ (Peters 1994, 61). Derartige Ansätze moderner Dienstleistungsproduktion und damit einhergehende Kenntnisse und Kompetenzen in den Bereichen Betriebswesen und Management waren den Mitarbeitern der von uns befragten Einrichtungen häufig unvertraut und scheinen im Alltag am-

²¹ Interessanterweise entstammten auch die von Selbsthilfegruppen und -verbänden gegründeten Aids-Spezialpflegedienste ursprünglich dieser Traditionslinie, was im Laufe ihrer inzwischen zehnjährigen Geschichte vielfach schwierige betriebliche Anpassungs- und Professionalisierungsprozesse provozierte (Ewers 1998).

²² Dominante Betriebsform in der ambulanten Pflege ist nach den uns vorliegenden Erkenntnissen mit einer durchschnittlichen Mitarbeiterzahl von 15 Personen der Mittelbetrieb (vgl. Kap. 1.4). Eine Ermittlung der Vollzeitäquivalente und damit die Präsentation eines genaueren Bildes der befragten Einrichtungen konnte im Rahmen dieser Untersuchung nicht vorgenommen werden.

bulanter Pflege noch selten Berücksichtigung zu finden. Lediglich in drei Fällen verfügen die leitenden Mitarbeiter aufgrund ihrer betriebswirtschaftlichen oder kaufmännischen Grundausbildung über Kenntnisse und Erfahrungen in diesen Bereichen betrieblicher Leistungserbringung (Inter 7 AWP/Inter 11 ANP/Inter 14 ANP).

Das frühe betriebliche Entwicklungsstadium zeigt sich aber nicht nur an der Trägerstruktur, der Rechtsform und dem Selbstverständnis ambulanter Pflegedienste. Auch anhand der bislang wenig vorangeschrittenen innerbetrieblichen Ausdifferenzierung wird offensichtlich, daß sich ambulante Pflegedienste derzeit noch in einer frühen Phase betrieblicher Leistungserbringung befinden. Die von uns befragten Einrichtungen sind durchgängig nach dem Prinzip der flachen Hierarchie organisiert, an deren Spitze eine oder mehrere zumeist gleichberechtigt arbeitende Pflegefachkräfte stehen, die sowohl inhaltliche als auch geschäftsführende Funktionen wahrnehmen. Eine personelle Differenzierung zwischen geschäftsführenden und fachlichen Leitungsaufgaben - womöglich auch mit unterschiedlichen Qualifikationen - wurde lediglich bei einem Viertel der befragten Dienste vorgenommen.

Auch eine verstärkte Binnendifferenzierung der Pflegedienste, z.B. in Abteilungen, die sich jeweils an unterschiedlichen Leistungsbereichen orientieren und über eigene Substrukturen verfügen, stellt eher die Ausnahme denn die Regel dar. Informationen darüber, ob die Dienste vorrangig nach einem linearen oder divisionalen Organisationsprinzip arbeiten, sind dem Datenmaterial nicht zu entnehmen. Stabsstellen (z.B. für Qualitätssicherung) oder zugeordnete Stellen mit begrenzter funktionaler Autorität (z.B. Weiterbildungsbeauftragte) wurden von keinem der Interviewpartner erwähnt. Personal- oder Personalentwicklungsabteilungen, die für das untersuchte Qualifizierungsmodell von besonderem Interesse wären, gibt es nur in Ausnahmefällen, was angesichts der durchschnittlichen Größe der Einrichtungen und ihres betrieblichen Entwicklungsstadiums kaum verwundern wird. Überraschen mag dagegen, daß auch die privat-gewerblich organisierten Dienste trotz ihrer unterschiedlichen Trägerkonstellationen und Rechtsformen bezogen auf die hier benannten Kriterien kein wesentlich differenzierteres Erscheinungsbild erkennen lassen als die gemeinnützigen und zumeist traditionell-vereinsrechtlich organisierten Pflegedienste (z.B. Inter 11 ANP).

Angesichts dieser Befunde wird verständlich, daß die Aufforderung zur Entwicklung überbetrieblicher und vernetzter Organisationsmodelle in der ambulanten Pflege auf schwierige Voraussetzungen trifft. Dennoch sind die ambulanten Pflegedienste derzeit sichtlich darum bemüht, der gesetzlich verankerten Aufforderung zur betrieblichen Diversifikation und überbetrieblichen Vernetzung Folge zu leisten. Konzentrationsbestrebungen, die in einigen Bundesländern bereits vor einigen Jahren angeregt wurden, haben als eine Folge der Pflegeversicherung inzwischen bundesweit dazu geführt, daß verschiedene soziale und pflegerische Dienste (z.B. Sozialstationen und Mobile Soziale Hilfsdienste) zusammengelegt oder um neue Organisationsteile (z.B. teilstationäre Angebote) erweitert wurden (z.B. Inter 6 ASP). Mehrere der befragten Einrichtungen berichten von Außenstellen, die einer Zentrale organisatorisch und verwaltungstechnisch angegliedert sind (z.B. Inter 14 ANP). Gelegentlich kommt es sogar zu re-

gionalen Versorgungsabsprachen oder organisationsübergreifenden Trägerstrukturen (Inter 18 ANP, Inter 17 ASP). Dem Charakter nach handelt es sich dabei aber durchweg um eine Form innerverbandlicher Zusammenarbeit (vgl. auch MAGS 1995, 201), bei der konfessionelle oder freigemeinnützige Pflegedienste bevorzugt Kooperationsbeziehungen zu solchen Einrichtungen unterhalten, die sich ebenfalls in konfessioneller oder freigemeinnütziger Trägerschaft befinden (z.B. Kirchliche Sozialstationen zu kirchlichen Krankenhäusern - vgl. Inter 18 ANP). Private Anbieter sind von solchen regionalen Vernetzungen der Versorgung in der Regel ausgeschlossen und daher auf andere, direktere Vernetzungstrategien angewiesen. Diese werden ihnen zugleich vielfach zum Verhängnis: Aus Sicht der befragten traditionellen Pflegedienste werden die Privatanbieter als Konkurrenten wahrgenommen, denen nicht zuletzt aus strategischen Gründen ökonomische Handlungsmotive unterstellt werden. Entsprechend mißtrauisch werden sie von den gemeinnützigen Anbietern betrachtet, wie auch die folgende Aussage einer Interviewpartnerin anschaulich macht:

„(...) In der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern erfahren wir in den letzten Jahren die starke Konkurrenz der Privatanbieter. Die Privatanbieter gehen für unsere Vorstellungen, die wir aus Tradition und aus unserem Selbstverständnis haben, fast hemmungslos und schamlos werben in den Krankenhäusern (...). Es ist nicht unsere Art und wir haben's auch nicht nötig (...) auch mit Vitamin B gehen wir nicht ins Krankenhaus, Patienten besorgen. Was wir leider auch wissen, nicht von hier, aber von auswärtigen Stationen, da geht das bis zur Bestechung des Pflegepersonals: Liefere uns einen Kranken und Du kriegst Cash (...), oder jeden Monat mit 'nem Blumenstrauß zum Doktor (...)" (Inter 10 ASP, 30).

Angesichts der durch die rechtliche Gleichstellung freigemeinnütziger und privat-gewerblicher Anbieter zunehmenden Konkurrenz- und Wettbewerbssituation unter den pflegerischen Leistungsanbietern wird die aus fachlicher Perspektive notwendige Entwicklung betriebsübergreifender und vernetzter Organisationsmodelle zusätzlich erschwert und „durch die Bestrebungen, die eigene Marktposition auszubauen bzw. zu sichern, überlagert" (MAGS 1995, 199). Regional vernetzte, organisations- oder gar verbandsübergreifende Versorgungsverbände, die das gemeinsame Ziel einer integrierten und kontinuierlichen Versorgung ihrer Klientel verfolgen, bilden in der ambulanten Pflege daher nach wie vor die Ausnahme, so auch in unserem Datenmaterial (Inter 11 ANP).

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, daß die ambulanten Pflegedienste durch die aktuellen organisatorischen Veränderungserfordernisse und die im Zuge der Umgestaltung ambulanter Pflege ausgelösten betrieblichen Turbulenzen vielfach vor große Herausforderungen gestellt sind. Dabei erweist sich als besonders problematisch, daß die Impulse für Veränderungen der Pflegelandschaft nur selten von der Pflege selbst ausgehen. Lediglich in Ausnahmefällen basiert der zu beobachtende Umbau ambulanter Pflegedienste auf Einsicht in die Versorgungsnotwendigkeiten vornehmlich chronisch und langzeitkranker Patienten oder verdanken sich die Veränderungen gar einer bewußten Gestaltungsentscheidung. Vielmehr handelt es sich um Anpassungsreaktionen, die vornehmlich politischen oder ökonomischen Anreizen folgen und von den Pflegediensten

eher ungewollt vollzogen denn eigenständig gesteuert werden. Inwieweit die Pflegedienste hier künftig unternehmerisch gestaltend tätig werden können und sich diese Situation verändert, hängt sicherlich von ihrer organisatorischen Einbindung in übergeordnete bürokratische Strukturen und damit von ihren *Gestaltungsspielräumen* ab. Gleichzeitig spielen hierfür aber auch die vorhandenen organisatorischen Kenntnisse und *Gestaltungskompetenzen* der verantwortlichen Mitarbeiter eine entscheidende Rolle. Beides - Gestaltungsspielräume und Gestaltungskompetenzen - sind für die Umsetzung der eingangs formulierten Forderung zur Entwicklung betriebsübergreifender und vernetzter Organisationsmodelle in der Pflege unabdingbar.

Spätestens an dieser Stelle wird die Bedeutung der bisherigen Ausführungen im Hinblick auf Fragen der betrieblichen Personalentwicklung und Qualifizierung nachvollziehbar. Die marktformige Umgestaltung der ambulanten Pflegelandschaft und die Forderung nach Diversifikation und Vernetzung verlangt vor allem von den leitenden Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste fundierte Kenntnisse und Kompetenzen in Fragen der Betriebsführung und des Managements, insbesondere der Personal- und Organisationsentwicklung, die üblicherweise in den Ausbildungscurricula pflegerischer oder sozialer Berufe nicht enthalten sind. Dies gilt umso mehr, soll zukünftig vermehrt dem Bedarf von Patientengruppen Rechnung getragen werden, die bisher stationär versorgt wurden, so etwa von schwerkranken und sterbenden Menschen. Denn die ambulante Pflege dieser Patienten und die Beantwortung ihrer Problematiken scheitert heute noch vielfach an unangemessenen betrieblichen Organisationsformen und den zahlreichen Managementproblemen, die mit einer ambulanten Schwerstkrankenpflege verbunden sind (Schaeffer 1992, Schaeffer/Ewers 1997).

Angesichts dessen stimmt nachdenklich, daß lediglich in drei der befragten Einrichtungen Kompetenzen in den Bereichen Betriebsführung, Organisation, Personalführung und Management als gegeben vorausgesetzt werden können (Inter 7 AWP/Inter 14 ANP/ Inter 11 ANP). In zwei Fällen werden die Dienste von einer Pflegefachkraft mit Doppelqualifikation geleitet, die sowohl eine Krankenpflegeausbildung als auch ein betriebswirtschaftliches Studium absolviert hat. Lediglich in sieben Einrichtungen haben die Leitungskräfte eine Zusatzausbildung für Leitungsfunktionen absolviert (z.B. zur Pflegedienstleitung, 400 Stunden-Kurs). In einigen Fällen werden diese aufgrund der geänderten gesetzlichen Bestimmungen aber mittlerweile nachgeholt (z.B. Inter 17 ASP). In unserem Datenmaterial spiegelt sich aber auch eine andere jüngst zu beobachtende Tendenz wider: Verstärkt dringen (Fach-) Hochschulabsolventen verschiedener Disziplinen - vorwiegend der Sozialarbeit - mit Kenntnissen im Bereich des Sozialmanagements in Leitungspositionen ambulanter Pflege vor und reagieren damit auf den Anforderungswandel in diesem Arbeitsbereich - ein Aspekt, auf den im folgenden Kapitel noch zurückzukommen sein wird.

Diese wenigen Hinweise sollen hier zunächst genügen, um die Aufmerksamkeit auf den Bereich der personellen Turbulenzen zu lenken, die der ambulanten Pflege derzeit neben den finanziellen und betrieblichen Veränderungen ebenfalls zahlreiche Anpassungsleistungen abverlangen.

2.3 Personelle Turbulenzen

Korrespondierend zu dem naturwüchsig expansiven Entwicklungsprozeß, den die ambulante Pflege seit den siebziger Jahren durchlaufen hat, vollzog sich in den letzten zwanzig Jahren auch die Entwicklung des Personalbestands in diesem Arbeitsbereich weitgehend unkontrolliert. Generell ist die Personalsituation in der ambulanten Pflege durch das Fehlen empirisch begründbarer Planungsgrundlagen sowie eine Vielzahl unterschiedlicher Arbeitsverhältnisse und Qualifikationsprofile charakterisiert und geht darüber hinaus derzeit mit aus Qualitätsgesichtspunkten durchaus kritisch zu beurteilenden Entwicklungen einher - ein Tatbestand, der auch an unserer Erhebung deutlich ablesbar ist.

Der Personalbestand der im Rahmen dieser Untersuchung befragten Pflegedienste kann durch die Anzahl der beschäftigten MitarbeiterInnen, den arbeits- und sozialrechtlichen Zuschnitt der Arbeitsverhältnisse sowie die Art der vorgehaltenen Qualifikationen spezifiziert werden (vgl. Kap. 1.4).²³ Die Folgen der wildwüchsigen Expansion ambulanter Pflege für das Personalprofil der befragten Einrichtungen lassen sich an allen drei Kriterien nachzeichnen. So fällt zunächst auf, daß empirisch begründbare Richtgrößen zur Gestaltung der Personalstruktur in der ambulanten Pflege, die in einem rationalen Verhältnis zum Leistungsprofil und der Struktur der Dienste stehen (vgl. auch Teil 3), bei den von uns befragten Einrichtungen durchweg fehlen. Entsprechend schwer fällt es den Pflegediensten ihren Personalbedarf zu planen und ein an den Zielen der Einrichtung ausgerichtetes Personalmanagement zu praktizieren. Aussagen unserer Interviewpartner lassen darauf schließen, daß die Personalbeschaffung weniger leistungsbezogenen oder strategischen Begründungszusammenhängen folgt, als vielmehr auf der Basis von subjektiven Erfahrungswerten ermittelt wird, wie z.B. die folgende Aussage einer Interviewpartnerin unterstreicht:

„(...) 10 Schwestern à 10 Patienten täglich, dann kommt das schon hin (...)" (Inter 15 AOP, 1).

Auf dieser Basis ist sowohl eine Abschätzung des quantitativen und qualitativen Bedarfs an Mitarbeitern in der ambulanten Pflege als auch eine Spezifizierung des Personalmehrbedarfs bei wachsendem oder veränderten Pflegebedarf - wie z.B. bei der Pflege von schwerkranken und sterbenden Patienten - nur schwerlich vorzunehmen.

Auch die sozialversicherungsrechtliche Gestaltung der Arbeitsverhältnisse der Mitarbeiter differiert und unterliegt keinen ersichtlichen personalwirtschaftlichen Kriterien oder Verteilungsschlüsseln. Neben der Vollzeitbeschäftigung existieren unterschiedliche Teilzeitarbeitsverhältnisse - ein Faktum, das möglicherweise auf den hohen Frauenanteil in der Pflege zurückzuführen ist. Hinzu kommt - wie generell im Dienstleistungsgewerbe - eine variierende Zahl an geringfügig Beschäftigten und Honorarkräften, die

²³ Im Großen und Ganzen entsprechen unsere Daten den Personalprofilen ambulanter Pflegedienste, die auch in früheren Untersuchungen bereits beobachtet werden konnten (Asam/Altmann 1995, Brandt et al. 1992, Becker/Meifort 1993, Höft-Dzemski 1987).

von den Pflegediensten als stundenweise Aushilfskräfte, Sitzwachen etc. eingesetzt werden. Diese aus Sicht der Arbeitnehmer unsicheren Arbeitsverhältnisse sind dem schwankenden Pflegebedarf der Patienten geschuldet und erlauben es den Pflegeeinrichtungen, ihr Personal entsprechend dem Arbeitsanfall flexibel vom Arbeitsmarkt abzurufen. Zwar haben Honorarkräfte aufgrund dieses Vorteils für die Einrichtungen in der ambulanten Pflege seit jeher eine wichtige Rolle gespielt (Garms-Homolová/Schaeffer 1992). Bemerkenswert ist jedoch, daß der Anteil an sozialversicherungsrechtlich ungesicherten Arbeitsverhältnissen in der Pflege in den letzten Jahren signifikant steigt - ein Tatbestand, der sowohl aus arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Gründen²⁴ als auch im Hinblick auf die Arbeitsorganisation und Pflegequalität (z.B. im Zusammenhang mit der Kontinuität der Versorgung) Beachtung verdient.

Nicht eben wenige der hier berücksichtigten ambulanten Pflegedienste decken weite Teile der Patientenversorgung mit Honorarkräften, und ständig beschäftigten Mitarbeitern oder Teilzeitmitarbeitern ab, insbesondere dann, wenn sie ihre Leistungen hauptsächlich über die Pflegeversicherung abrechnen.

Nach Ansicht der befragten Leitungskräfte führt der verstärkte Einsatz der zumeist häufig wechselnden Honorarkräfte bei den Stamm-Mitarbeitern vielfach zur Demotivierung (Inter 9 ASP, 2). Der Verzicht auf die Festanstellung und die damit verbundene hohe Fluktuation in den Einrichtungen ambulanter Pflege wird von den befragten Einrichtungen vorwiegend als Tribut an die ökonomischen Zwänge interpretiert:

„(...) weil wir dann nicht mehr kostendeckend arbeiten können. Das ist zu teuer.“ (Inter 5 ANP)

Mit ehrenamtlichen und damit kostenneutralen Helfern (z.B. aus Nachbarschaftshilfen, Kirchenkreisen oder Selbsthilfegruppen) arbeiten aber trotz der ökonomischen Zwänge nur sehr wenige der befragten Dienste zusammen. Lediglich eine Einrichtung betreibt eine aktive Einbindung, Qualifizierung und kontinuierliche Begleitung dieser Helfer (Inter 17 AOP). Dies bestätigt eine Beobachtung, nach der die Arbeit mit ehrenamtlichen Helfern im Bereich der Pflege eher rückläufig und insgesamt auf einem weitaus niedrigeren Qualitätsniveau anzusiedeln ist als etwa in den europäischen Nachbarländern oder den USA (vgl. Schaeffer 1995).

Der Uneinheitlichkeit und Wechselhaftigkeit des Mitarbeiterspektrums entspricht das breite Qualifikationsspektrum, das in der ambulanten Pflege anzutreffen ist. Nicht zuletzt, weil keine einheitliche Ausbildungsordnung für die unterschiedlichen Pflegeberufe in Deutschland existiert²⁵ und auch

²⁴ Hinsichtlich der innovativen Potentiale ambulanter Pflege ist in diesem Zusammenhang erwähnenswert, daß trotz des hohen Anteils von Teilzeitkräften und geringfügig Beschäftigten, die augenscheinlich in diesem Arbeitsfeld beschäftigt sind, keine der von uns befragten Einrichtungen aktuell in der Wirtschaft diskutierte Modelle der Arbeitszeitgestaltung (Job-Sharing, Jahresarbeitszeitkonten, etc.) praktiziert. Offenbar liegen hier wichtige sozial- und arbeitsmarktpolitische Innovationsfelder brach.

²⁵ Aufgrund der Kulturhoheit der Länder, die auch die Durchführung von Berufsausbildungen umfaßt, existieren heute bundesweit 16 anerkannte Pflegeberufe, deren Ausbildung in 10 Bundesberufsgesetzen geregelt wird. Daneben existieren auf der Grundlage von 47 unterschiedlichen landesweiten Ausbildungsregelungen 28 verwandte Berufsausbildungen sowie 42 „Weiterbildungsberufe“ auf der Basis von wiederum 22 Länderregelungen (vgl. Becker/Meifort 1993).

die Ausübung des Pflegeberufs nicht gesetzlich geschützt ist, können die ambulanten Pflegedienste ein breitgefächerteres Spektrum an unterschiedlichen Mitarbeitern beschäftigen - ein Charakterstikum, das auch bei den befragten Einrichtungen beobachtet werden kann.

Bei den ständig beschäftigten Mitarbeitern der interviewten Pflegedienste handelt sich überwiegend um Fachkräfte mit staatlich anerkannten Berufsabschlüssen. Vor allem dreijährig examinierte Krankenpflegekräfte (Kranken- und Kinderkrankenpflege) sowie dreijährig examinierte Altenpflegekräfte sind in den befragten Einrichtungen in der Gruppe der festangestellten Mitarbeiter stark vertreten. Die Ausnahme von dieser Regel bilden lediglich zwei der befragten Dienste. Während bei dem einen weniger als ein fünftel der angestellten Kräfte eine pflegerische Ausbildung abgeschlossen hat (Inter 5 ANP), arbeitet der andere ausschließlich mit Altenpflegekräften (Inter 9 ASP). Beide Dienste werden jedoch durch examinierte Krankenpflegekräfte geleitet, wofür in erster Linie sozialrechtliche Mindeststandards und Anerkennungsvoraussetzungen der Kostenträger ausschlaggebend sein dürften. Gelegentlich werden von den befragten Diensten auch Mitarbeiter aus anderen pflegeverwandten Ausbildungsberufen beschäftigt, z.B. HeilerziehungspflegerInnen oder FamilienpflegerInnen.

Bei der wachsenden Gruppe der unständig beschäftigten Mitarbeiter oder Honorarkräfte handelt es sich dagegen zumeist um ungelernete oder angelernte Kräfte ohne bzw. mit fachfremder Berufsausbildung, die bei den frei gemeinnützigen Einrichtungen häufig noch durch die Gruppe der Zivildienstleistenden ergänzt werden. Diese Mitarbeiter absolvieren vor einer Beschäftigung in der Regel Einweisungskurse die ca. 120 bis maximal 240 Stunden umfassen - in Einzelfällen aber auch nur eine Woche dauern (Inter 5 ANP). Inhaltlich und formal sind die Lehrgänge zumeist mit den in § 45 SGB XI verankerten Laienpflegekursen identisch, in denen vorrangig allgemeine pflegerische Grundkenntnisse vermittelt werden (vgl. z.B. Frey et al. 1993).

Häufig werden diese angelernten Mitarbeiter für hauswirtschaftliche Hilfen und betreuende Aufgaben eingesetzt, oft und zunehmend mehr werden sie nach Auskunft unserer Interviewpartner aber auch mit der eigenständigen Durchführung der Grundpflege beauftragt (z.B. Inter 5 ANP) und in einem Fall sogar bei der Betreuung dementer Patienten eingesetzt (Inter 6 ASP). Ob dabei Einrichtungen, bei denen sogar der gesamte Spätdienst von derartigen Aushilfskräften ohne ausreichende Qualifikation aufrechterhalten wird (Inter 6 ASP), derzeit nur besonders ausgeprägte Ausnahmeerscheinungen sind, kann hier nicht beurteilt werden. Anhand unserer Befunde wird jedoch deutlich, daß sich angesichts der aktuellen Entwicklungen in der Pflegelandschaft das Verhältnis von examinierten zu ungelerten Pflegedienstmitarbeitern deutlich in Richtung der letztgenannten verschiebt.

Angesichts dieser Entwicklung ist darauf hinzuweisen, daß der ambulante Pflegebereich innerhalb der Pflege lange Zeit nur ein marginales Dasein gefristet hat (Garms-Homolová/Schaeffer 1992) und die Qualifizierung von Pflegefachkräften sich in den zurückliegenden Jahren fast ausschließlich auf den stationären Versorgungssektor konzentrierte (Domscheit/Wingenfeld/Grusdat 1994). Die wenigsten Pflegefachkräfte sind folglich

nach Abschluß ihrer Ausbildung auf die Herausforderungen im ambulanten Pflegebereich ausreichend vorbereitet. Einhergehend mit dem Wandel des Krankheitspanoramas, dem Strukturwandel des Alters und Alterns, den Veränderungen familialer Hilfenetze, den Umstrukturierungen im Versorgungswesen und des infolge dessen komplexer werdenden Aufgabenprofils der Pflege traten in den zurückliegenden Jahren insbesondere im ambulanten Versorgungssektor personelle Schwachstellen immer wieder zu Tage. Vor dem Hintergrund dieser generellen und inzwischen viel-diskutierten Qualifikationsmisere der Pflegeberufe (Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994) wird es nicht verwundern, wenn der gegenwärtig verstärkt praktizierte Einsatz ungelernter Kräfte von den wenigen Fachkräften kaum adäquat aufgefangen werden kann und mit der Gefahr einer schleichenden Dequalifizierung der Pflege einhergeht.

Der hohe Problem- und Innovationsdruck, der aus den bestehenden Personalproblemen für die ambulante Pflege resultiert, hat inzwischen zu umfangreichen Reformdiskussionen der Grundausbildung und zur Installation neuer Fort- und Weiterbildungsangebote geführt. Selbst über die Einführung neuer, speziell für den ambulanten Arbeitsbereich konzipierter Ausbildungsberufe wird diskutiert. Die ohnehin vorhandene Unübersichtlichkeit des Personalbestands ambulanter Pflege wird durch die aktuelle Heterogenität der pflegerischen Grundausbildungen, die Uneinheitlichkeit der Weiterbildungsangebote und die Entwicklung neuer Berufsbilder aber lediglich verstärkt und trägt nach Ansicht von Beobachtern „ (...) nicht zu einer Professionalisierung des Feldes bei“ (Kühnert/Naegele 1996, 36).

Auf die von uns befragten Pflegedienste haben die im Qualifizierungsbereich eingeleiteten Innovationen bislang kaum die intendierten Wirkung gezeigt: Weniger als fünfzehn Prozent beträgt der Anteil der Pflegedienstmitarbeiter, die eine der seit Jahren zahlreich angebotenen Fort- und Weiterbildungsangebote in der Pflege wahrgenommen haben (z.B. Fachweiterbildungen im Bereich Gemeindekrankenpflege und psychiatrische Pflege oder fachpflegerische Fortbildungen zu spezifischen Krankheitsbildern, Themen oder Arbeitsbereichen). Auch die Zusatzqualifikation zur Gemeindekrankenschwester, die als Reaktion auf die Ausbildungsdefizite im ambulanten Versorgungssektor entwickelt wurde und vorwiegend von kirchlichen Trägern angeboten wird, wurde kaum genutzt. Dem bundeseinheitlichen Trend entsprechend (Moers 1994, Schaeffer 1992), nach dem Gemeindekrankenschwestern²⁶ mit dieser Zusatzqualifikation heute selbst bei den konfessionellen Trägern nur noch selten zu finden sind, beschäftigt nur einer der befragten Dienste solche Pflegefachkräfte (Inter 15 AOP).

Nochmals sei in diesem Kontext darauf verwiesen, daß nur sieben der befragten Pflegedienste über eine Leitungskraft mit entsprechender Qualifikation verfügen. Auffallend ist jedoch, daß in einigen Diensten Leitungsstellen bereits von (Fach-)Hochschulabsolventen bekleidet werden. Allerdings handelt es sich hierbei nicht um Absolventen von Studiengängen der

²⁶ Hierbei handelt es sich keineswegs um eine geschützte Berufsbezeichnung. Vielmehr verbirgt sich hinter dieser Bezeichnung eine zumeist berufsbegleitende Fortbildung, die in verschiedenen Bundesländern (z.B. Bayern) angeboten wird und die in Krankenhäusern ausgebildeten Pflegefachkräfte auf ihre Aufgaben in der ambulanten Pflege vorbereiten soll.

Fachrichtung Pflegemanagement, sondern um Sozialarbeiter, Informatiker oder Betriebswirtschaftler, wobei SozialarbeiterInnen dominieren. Einige dieser Führungskräfte haben eine pflegerische Grundausbildung absolviert und anschließend ein Studium aufgenommen, sie verfügen damit über eine Doppelqualifikation. Dennoch ist die Tatsache, daß es sich um (Fach-) Hochschulabsolventen pflegefremder Disziplinen handelt für die Pflege berufspolitisch betrachtet fragwürdig. Unter Umständen droht durch diese Entwicklung professionsfremde Überformung und Unterminierung ihrer Autonomie. Inwieweit die unlängst mit der Einrichtung von Pflegestudiengängen aufgenommene Akademisierung der Pflege dieser Entwicklung begegnen kann, muß zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch offen bleiben. Pflegemanager - wie sie derzeit an zahlreichen Fachhochschulen speziell für Leitungsfunktionen in der Pflege ausgebildet werden, dringen wohl erst in einigen Jahren in den ambulanten Versorgungssektor vor, was die ohnehin vorhandenen Turbulenzen in diesem Bereich sicherlich erneut verstärken dürfte.

Summa summarum läßt sich trotz der aktuellen Unübersichtlichkeit und Uneinheitlichkeit des Personalbestands ambulanter Pflege anhand der in dieser Untersuchung einbezogenen Dienste ein deutlicher Trend ausmachen: Während sich auf der direkten Handlungsebene mit der wachsenden Zahl unständig beschäftigter und lediglich angelernter Mitarbeiter eine zunehmende Dequalifizierung der Pflege abzeichnet, wird auf der Leitungsebene ambulanter Pflege eine Höherqualifizierung bis hin zur Akademisierung angestrebt. Damit scheint sich vor dem Hintergrund der zuvor skizzierten finanziellen und betrieblichen Turbulenzen, denen die ambulante Pflege derzeit ausgesetzt ist, die Anwendung des aus der frühen Industrialisierungsepoche stammenden Babbage-Prinzips²⁷ (= viele unqualifizierte, wenige qualifizierte Mitarbeiter) bei der Gestaltung des Personalprofils ambulanter Pflege durchzusetzen.²⁸ Konzeptionelle oder qualifikatorische Herausforderungen, die mit dieser Entwicklung angesichts des Anforderungs- und Aufgabenwandels der Pflege im Versorgungsalltag einhergehen, liegen jedoch weitgehend außerhalb des Blickfeldes ambulanter Pflegedienste (Schaeffer/Ewers 1997). Die komplexe Umbruchsituation, in der sich die ambulante Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung befindet, provoziert damit insgesamt betrachtet zahlreiche Probleme bei der Wahrnehmung und Beantwortung der quantitativen und qualitativen Dimensionen der mit der Pflege schwerkranker und sterbender Menschen einhergehenden Anforderungen.

²⁷ Charles Babbage (1792-1871): „Daß nämlich der industrielle Unternehmer durch Aufspaltung der auszuführenden Arbeit in verschiedene Arbeitsgänge, von denen jeder einen anderen Grad an Geschicklichkeit oder Kraft erfordert, gerade genau jene Menge von beidem kaufen kann, die für jeden dieser Arbeitsgänge notwendig ist; wohingegen aber, wenn die ganze Arbeit von einem einzigen Arbeiter verrichtet wird, dieser genügend Geschicklichkeit besitzen muß, um die schwierigste, und genügend Kraft, um die anstrengendste dieser Einzeltätigkeiten, in welche die Arbeit zerlegt worden ist, ausführen zu können.“ (Charles Babbage 1832, zitiert in: Bravermann, H.: Die Arbeit im modernen Produktionsprozeß, Frankfurt/M, New York 1977, 70)

²⁸ Dabei handelt es sich um eine Entwicklung, die vergleichbar auch in den USA zu beobachten ist und dort von pflegewissenschaftlicher Seite seit langem beklagt wird. Gleichwohl werden in den USA inzwischen zahlreiche Versuche unternommen, die mit dieser Entwicklung einhergehenden Gefahren dadurch aufzufangen, daß Pflegefachkräfte besser auf die Begleitung und Supervision dieser Laienhelfer vorbereitet und für die kontinuierliche Qualitätssicherung qualifiziert werden.

3. Die Patienten und ihr Pflegebedarf

Die Dominanz der Finanzierungsproblematik und die skizzierten Turbulenzen im organisatorischen und personellen Bereich ambulanter Pflege täuschen leicht darüber hinweg, daß dieser Versorgungsbereich nicht nur aus ökonomischen, betrieblichen oder personellen Gesichtspunkten vor einem längst überfälligen, gleichwohl schwierigen Anpassungs- und Modernisierungsprozeß steht. Vor allem das veränderte Krankheitspanorama und der Strukturwandel des Alters sowie die damit einhergehenden Veränderungen quantitativer und qualitativer Dimensionen des Pflegebedarfs der zu betreuenden Patienten stellen die ambulante Pflege derzeit vor große Herausforderungen. Hinzu kommen versorgungsstrukturell bedingte Bedarfsverlagerungen, denen bislang noch zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Angespielt ist auf die aktuell erfolgenden Anstrengungen, die Bedeutung des stationären Sektors durch Verkürzung der Verweildauer der Patienten zu minimieren, sowie auf die Auslagerung ehemals dem stationären Sektor vorbehaltenen Behandlungsformen in die ambulante Versorgung. Dabei handelt es sich um Entwicklungen, die bereits heute spürbare Auswirkungen auf die ambulante Pflege haben und zu einem deutlichen Zustrom an Patienten mit einem umfangreichen, pflegetherapeutisch anspruchsvollen und komplexen Pflegebedarf führen. In den folgenden Ausführungen wird deshalb der Frage nachgegangen, wie die befragten Pflegedienste ihre Patienten wahrnehmen und wie sie auf deren spezifische Bedarfssituation reagieren.

Aus der Perspektive der befragten ambulanten Pflegedienste betrachtet, lassen sich die von ihnen gepflegten Patienten drei unterschiedlichen Kategorien zuordnen. Den größten Anteil macht die meist relativ „pflegeleichte“ Stammklientel aus, die wir hier als „Regelpatienten“ bezeichnen. Wie einleitend bereits angedeutet und wie auch unsere Interviews zeigen, wird die ambulante Pflege darüber hinaus zunehmend mit einer Klientel konfrontiert, die bislang einen eher geringen Anteil ausmachte, aufgrund des Umfangs und der Art des Pflegebedarfs Kapazitäts- und Kompetenzprobleme provoziert und hier unter der Bezeichnung „Ausnahmepatienten“ firmiert. Zwischen diesen beiden Kategorien gibt es fließende Übergänge, weshalb im weiteren Verlauf auch von sogenannten „Schwellenpatienten“ die Rede sein wird. Der Pflegebedarf dieser Patienten kumuliert im Laufe des Betreuungsprozesses, wodurch sie aus Sicht der ambulanten Pflegedienste in der Gefahr stehen, sich von einem Regel- zu einem Ausnahmepatienten zu entwickeln. Als Zuteilungskriterien zu einer der drei Kategorien können sowohl das Alter der Patienten, die der Pflegebedürftigkeit zugrundeliegende Ursache als auch Art und Umfang des jeweiligen Pflegebedarfs herangezogen werden (vgl. Tab. 6).

Zuordnungskriterien	Regelpatienten Stammklientel	Ausnahmepatienten Sonderklientel
Alter der Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Ältere Patienten (> 70) 	<ul style="list-style-type: none"> • Jüngere Patienten (< 50) □
Ursache für die Pflegebedürftigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • leicht insuffizientes natürliches Hilfefpotential • vorwiegend internistische Alterskrankheiten (z.B. Diabetes, HKK) • chronisch-degenerative Verläufe • leichte Orientierungsprobleme und Altersverwirrtheit 	<ul style="list-style-type: none"> • kein natürliches Hilfefpotential • Infektionskrankheiten, stark konsumierende Erkrankungen (z.B. Aids, MS) • chronisch-progrediente Verläufe • Demenzen und hirnorganische Veränderungen • Drogenkonsum, Suizidalität
Art und Umfang des Pflegebedarfs	<ul style="list-style-type: none"> • zeitlich eingeschränkter Pflegebedarf (< 3 Einsätze pro Tag) • inhaltlich klar begrenzter Pflegebedarf • stabiler und leicht kalkulierbarer Pflegebedarf • unkomplizierte Angehörigenbetreuung mit punktuellm Anleitungbedarf • traditionelle Behandlungspflege (z.B. Medikamentengabe, Insulingabe) • intakte Umwelt- und Arbeitsbedingungen (Wohnung mit Bad etc.) • zurückhaltende, anspruchslose und pflegeleichte Patienten • Allgemeinbevölkerung mit vertrauten Lebensstilen und leichten sozialen Zugangsmöglichkeiten • geringer professions- und organisationsübergreifender Koordinations- und Kooperationsbedarf 	<ul style="list-style-type: none"> • zeitlich umfangreicher Pflegebedarf (> 3 Einsätze pro Tag) • inhaltlich umfassender Pflegebedarf • wechselhafter und schwer kalkulierbarer Pflegebedarf • aufwendige Angehörigenbetreuung mit kontinuierlichem Anleitungbedarf • anspruchsvolle pflegetherapeutische Leistungen (z.B. TPN, IV-Therapie, etc.) • eingeschränkte Umwelt- und Arbeitsbedingungen (z.B. bei Obdachlosigkeit) • fordernde, anspruchsvolle und aggressive Patienten • Soziale Minderheiten mit fremden Lebensstilen und schwierigen sozialen Zugangsmöglichkeiten (Migranten, Junkies, etc.) • hoher professions- und organisationsübergreifender Koordinations- und Kooperationsbedarf

Tabelle 6: Patientenprofil ambulanter Pflege

Die Zuteilung der Klientel der befragten Pflegedienste zu einer der drei Gruppen geht allerdings mit einigen Problemen einher, auf die wir zuvor kurz hinweisen wollen, da sie weitere Struktur- und auch Qualifikationsdefizite bloßlegen.

Exkurs

Wenngleich sich der Pflegebedarf von schwerkranken und sterbenden Patienten vom Bedarf der Stammklientel ambulanter Pflege nach Art und Umfang unterscheidet, besteht auf Seiten der befragten Pflegedienste offenbar grundsätzlich Unsicherheit bei der Einschätzung und Klassifizierung von Pflegebedarf. Ursache hierfür ist, daß generell das Pflegeprozeßmodell, welches u.a. als analytisches Modell zur objektiven Beurteilung des Pflegebedarfs und als zentrales Instrument der pflegerischen Qualitätssicherung gilt, noch kaum bzw. bestenfalls ansatzweise Einkehr in die ambulante Pflege gehalten hat. Folglich ist auch ein differenziertes, systematisches pflegerisches Assessment und eine darauf basierende Diagnostik, die auch pflegewissenschaftlichen Anforderungen genügt, in der ambulanten Pflege derzeit eher die Ausnahme als die Regel. So ist z.B. den meisten Gesprächspartnern allein die diesbezüglich wichtige Unterscheidung zwischen Schwerstpflegebedürftigkeit und Schwerstkrankenpflege sowie zwischen chronisch-degenerativen und chronisch-progredienten Krankheitsverläufen nicht vertraut. Daraus folgend entsteht oftmals Verwirrung, d.h. es ist unklar, von welchem Typus von Patienten die Interviewpartner gerade berichten und wie deren Pflegebedarf einzuordnen ist. Eindeutige und differenzierte Kriterien, mit deren Hilfe der Pflegebedarf der Klientel erfaßt, eingeordnet und dementsprechend auch gegenüber Dritten beschrieben oder dokumentiert werden könnte, existieren unserer Erhebung zufolge oftmals noch nicht. Die Definition des Pflegebedarfs entzieht sich damit tendenziell einer Operationalisierung.

Viele Pflegedienstleitungen übernehmen zur Beschreibung ihrer Klientel die Bedarfskriterien der Kostenträger. Diese stellen allerdings in erster Linie ein juristisches Konstrukt dar und sind mit den Versorgungsrealitäten nur annäherungsweise in Einklang zu bringen (vgl. auch Kühn 1994, 115). Zudem verstärkt diese Herangehensweise eine einseitige am medizinischen Indikationskatalog orientierte Sichtweise des Pflegebedarfs. Aufgrund dieses Defizits berichten die Interviewten häufig von den erbrachten Leistungen (in Analogie zu den Abrechnungsmodalitäten) und können den Bedarf ihrer Patienten aus pflegerischer Sicht nur in Ausnahmefällen skizzieren (z.B. Inter 11 ANP).

Als besonders problematisch erweist sich in diesem Zusammenhang, daß der Pflegebedarf der unterschiedlichen Patienten die administrativen Grenzen der Kostenträger oftmals überschreitet. Zahlreiche Patienten haben sowohl einen speziellen (Krankenversicherung) als auch einen allgemeinen (Pflegeversicherung) Pflegebedarf, wobei die beiden Kostenträger jeweils von unterschiedlichen Indikationslisten ausgehen (vgl. auch Knieps 1998). Als Folge dessen kommt es zu teilweise widersprüchlichen Darstellungen bei der Beschreibung der Patienten. Die Konfusion wird dadurch verstärkt, daß die Pflegedienste mit Patienten konfrontiert sind, die sich weder nach der einen noch nach der anderen Systematik angemessen einordnen lassen. Dazu gehören vor allem alte und hochbetagte Patienten, die nicht unbedingt schwerpflegebedürftig im Sinne des SGB XI oder Krankenpflegebedürftig im Sinne des SGB V sondern „einfach nur alt“ und hilfebedürftig sind - so z.B. auch Altersverwirrte. Diese Patienten könnten in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben, sofern ihr Hilfe- und Unterstützungsbedarf abgedeckt, ihr Alltagsmanagement und ihre Betreuung hinreichend gesichert sind. Ein Pflege-Assessment, das ausschließlich auf medizinischen oder verwaltungstechnischen Kriterien beruht, kommt hier an Grenzen und ist kaum in der Lage, den Pflegebedarf der Patienten adäquat zu erfassen oder in Form eines Patientenprofils nachvollziehbar abzu-

bilden. Pflegeepidemiologisch abgesicherte Bedarfsprofile, die womöglich noch auf regionalen Kennziffern und biopsychosozialen Items basieren würden, fehlen in der Bundesrepublik generell und konnten daher nach unserem Erkenntnisstand auch von keinem der befragten Dienste entworfen werden.²⁹

Die nachfolgende Einteilung der Klientel ambulanter Pflegedienste in Regel-, Schwellen- und Ausnahmepatienten stellt demnach nur eine grobe Klassifizierung dar. Sie ist Ergebnis der Analyse der Interviews und spiegelt in gewisser Weise die Wahrnehmung der Patienten durch die Pflegedienste wieder. Ohne die Ergebnisse unserer Untersuchung vorwegnehmen zu wollen, kann hier bereits festgehalten werden, daß es sich bei den Regelpatienten vorwiegend um chronisch-degenerativ Erkrankte handelt, sowie um alte und hochbetagte Patienten, deren Funktions- und Selbstversorgungsfähigkeit eingeschränkt ist und die zumeist im langfristigen Zeitverlauf steigenden Hilfe- und Unterstützungsbedarf bei der Verrichtung alltäglicher Lebensaktivitäten aufweisen. Demgegenüber gehören akut Kranke, Patienten mit chronisch-progredienten und generell mit schwerwiegenden Erkrankungen zu den Schwellen- und Ausnahmepatienten, deren Pflegebedarf sich quantitativ und qualitativ von dem der Stammklientel abhebt und die deshalb häufig auf Zugangsbarrieren, Versorgungs- und Qualitätsdefizite stoßen.

3.1 Regelpatienten

Die Hauptklientel der befragten Pflegedienste setzt sich in Übereinstimmung mit den Ergebnissen früherer Untersuchungen (Brandt et al. 1992, Garms-Homolová/Schaeffer 1992) vornehmlich aus alten und hochbetagten Menschen zusammen - oder wie eine Interviewpartnerin es ausdrückt:

„(...) jüngere Menschen sind bei uns allerdings auch schon Fünfzigjährige, es ist also ganz stark so in der Altersklasse zwischen 70 und 90, also ziemlich viele Patienten (...)“ (Inter 17 ASZ, 1).

Entsprechend der Altersstruktur der Patienten³⁰ dominieren bei den Ursachen der Pflegebedürftigkeit zumeist altersbedingte Funktionseinschränkungen und Selbstversorgungsdefizite. Zu den am häufigsten genannten Gesundheitsstörungen zählen internistische Alterskrankheiten (z.B. Diabetes, Stoffwechselkrankheiten), Herz-Kreislauf-Krankheiten (z.B. Apoplexie, Herzinsuffizienz), Erkrankungen des Bewegungsapparates (z.B. Gelenkarthrosen) und Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma). Daneben sind auch Patienten mit Karzinom-Erkrankungen und zumeist gemäßigt progredienten Krankheitsverläufen in der ambulanten Pflege anzutreffen. Diese Patienten sind überwiegend der Gruppe der Schwellenpatienten zuzurechnen, denn den Aussagen der Pflegedienste zufolge resultiert der Pflegebedarf von Re-

²⁹ Health Planning (Gesundheitsplanung), wie es in der Tradition des Public Health Nursing üblich ist, fehlt in der bundesdeutschen Pflegelandschaft bislang. Die Entwicklung desselben stellt eine wichtige Herausforderung für die Pflege in Deutschland im allgemeinen wie für das Management ambulanter Pflege im besonderen dar (Schaeffer 1995, Schaeffer/Ewers 1997).

³⁰ Einige Anhaltswerte zur Altersstruktur der Klientel der Pflegedienste sind der Beschreibung des Samples zu entnehmen (vgl. Kap. 1.4).

gelpatienten ambulanter Pflege weniger aus bestimmten Krankheitsbildern, als vielmehr aus den Folgen fortgeschrittenen Alters, dadurch bedingter Funktionsbeeinträchtigungen und aus ihnen resultierender Hilfe- und Unterstützungsbedürftigkeit. Ganz in diesem Sinne antwortet eine Interviewpartnerin auf die Frage nach der Klientel ihrer Einrichtung schlicht mit den Worten:

„(...) zunehmend, wie überall denke ich, Ältere, die nicht krank sind (...)“ (Inter 14 ANP, 6).

In Korrespondenz hierzu handelt es sich bei den Regelpatienten der von uns befragten Einrichtungen zumeist um langfristig zu betreuende hilfe- und pflegebedürftige Klienten, die meist relativ konstante Problemlagen aufweisen, allerdings durchaus wechselnden und mehrschichtiger werdenden Hilfebedarf erkennen lassen. Aufgrund der langen, oft mehrjährigen Zeitdauer der Versorgungsverhältnisse entwickeln sich nicht selten sehr intime Pflegebeziehungen, die einen hohen Grad an Nähe aufweisen und für Pflegenden und Patienten gleichermaßen befriedigend verlaufen.

„Es ist eigentlich der Weg, der am häufigsten gewählt wird, daß wir den Patienten eigentlich schon sehr lange kennen, über Monate vielleicht schon oder über Jahre (...)“ (Inter 1 AWT, 12).

Doch eben die Langfristigkeit der Pflegebeziehung birgt für die Pflegedienste zugleich Gefahren. So entsteht nicht nur eine wachsende Abhängigkeit der Patienten von fremder Hilfe, vielmehr hat die zunehmende Intimität zwischen den Pflegekräften und dem Patient unter Umständen zur Folge, daß es aufgrund des geringen Professionalisierungsgrades der Pflege und des damit verbundenen unklaren Rollenhandelns zu Entgrenzungen in der Pflegebeziehung kommt:

„(...) der Dienst wird schnell unendlich, die Pflegekräfte werden quasi in die Familien aufgenommen und verplant (...) Es kommt dann oftmals zu einer Vermischung der Rollen zwischen alten Abhängigen und Pflegebedürftigen und jungen weiblichen Pflegekräften (...)“ (Inter 5 ANP, 2).

Vereinnahmung durch Familienangehörige und Instrumentalisierung der Pflegenden als Familienersatz oder Dienstpersonal sind häufig beklagte Probleme bei der Versorgung der Stammklientel. Diesen Rollenkonflikten stehen die Pflegekräfte im Alltag zumeist relativ hilflos gegenüber, weil es ihnen häufig an geeigneten Problemlösungskompetenzen und -qualifikationen mangelt, um auf diese Herausforderungen frühzeitig reagieren zu können (vgl. hierzu auch Schaeffer 1996).

Aus gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Perspektive ist besonders interessant, daß die Regelpatienten der befragten Pflegedienste häufig über umfangreiche informelle Hilfepotentiale verfügen. Oft übernehmen diese informellen Helfer beachtliche Teile der anfallenden Betreuungsaufgaben:

„(...) Man muß auch in der ambulanten Pflege feststellen, daß überwiegend von den Angehörigen selbst gepflegt wird (...)“ (Inter 8 AWP, 6).

Damit erhärten unsere Daten frühere Beobachtungen, nach denen ein Großteil der Gesundheits- und Versorgungsprobleme trotz des in den westlichen Industriestaaten vielzitierten Trends zur Singularisierung nach wie vor im Familien-, Freundes- und Bekanntenkreis bewältigt wird (Badura/v. Ferber 1981). Allerdings bestätigen unsere Interviewpartner auch, daß informelle Helfer in Gefahr stehen, aufgrund der mit der Betreuung einhergehenden Belastung selbst pflege- und hilfsbedürftig zu werden. Das ist bei näherer Betrachtung nicht verwunderlich, denn zumeist handelt es sich um Ehepartner oder nahe Angehörige, die selbst bereits das Rentenalter erreicht haben und ihrerseits oftmals chronisch krank oder auf Unterstützung angewiesen sind (vgl. Brandt et al. 1992, Garms-Homolová/Schaeffer 1992). Entsprechend häufig - so die befragten Pflegedienste - beeinträchtigen die abnehmenden physischen und psychischen Kapazitäten der Angehörigen die Betreuung ihrer Patienten und verschiebt sich die Gewichtung in der Pflegebeziehung schrittweise:

„(...) die Pflege bei dem Pflegebedürftigen nimmt ab und die Pflege bei den Angehörigen nimmt zu (...)“ (Inter 20 AWP, 6).

Nicht selten führen die Eigendynamik und die spezifischen Belastungen des Pflegegeschehens sogar dazu, daß die Angehörigen nach dem Tod des Patienten seinen Platz einnehmen und ihrerseits zum Patienten werden:

„(...) Es geht dann gleich weiter (...)“ (Inter 10 ASP, 3).

Vor allem die Langwierigkeit chronisch-degenerativer Alterserkrankungen und die damit verbundene Dauerbelastung der Patienten und ihrer Angehörigen erweist sich ganz offensichtlich als ein gravierendes Problem, wie auch an der folgenden kontrastierenden Einschätzung des befragten Spezialpflegedienstes deutlich wird:

„(...) Ich denke, gerade Angehörige von chronisch pflegebedürftigen Patienten sind unserer Meinung nach eigentlich oft viel mehr belastet als Angehörige von Krebspatienten. Weil das ist eine kurze Phase, da ist es schlimm und schrecklich, aber die Phase geht einfach rum (...), während jemanden zehn Jahre pflegen, also das ist viel schlimmer (...)“ (Inter 12 AST, 9)

Die Dauerhaftigkeit der Krankheit oder sonstiger gesundheits- und funktionsbedingter Einschränkungen des Patienten führt in vielen Fällen zu einer ebensolchen chronischen Belastung der informellen Helfer bzw. pflegenden Angehörigen. Oft brechen Unterstützungssysteme im Verlauf der Pflege zusammen und nicht minder oft steigt verursacht dadurch der Bedarf an professioneller Pflege, so daß aus einem Regel- ein Ausnahmepatient wird. Vor allem in Pflegediensten mit langfristiger Betreuung der Stammklientel steigt der Pflegebedarf auf diese Weise im Laufe der Zeit an. In Korrespondenz dazu wird die Gruppe der Regelpatienten tendenziell kleiner, die der Schwellen- oder Ausnahmepatienten aber immer größer. Dieser Wandel im Anforderungsprofil ambulanter Pflegedienste wird von einer Interviewpartnerin folgendermaßen nachgezeichnet:

„(...) bei uns ist es unwahrscheinlich gewachsen, daß wir pflegen, pflegen, pflegen, (...) in den letzten fünf Jahren ist der Anteil der Pflege, die Nachfrage, ganz enorm gewachsen und unsere Kranken, die wir bis dato hatten, sind pflegebedürftig geworden. Das haben wir ja immer gedacht, wenn es heute eine Spritze ist, kann es nächste Woche dann zur Pflege werden. (...) und die Leute, die eine einfache Insulinspritze bekommen, gibt's nicht mehr. Da ist immer was mit verbunden, also auch die kleinste Behandlungspflege hat in der Regel auf Dauer einen Pferdefuß (...).“ (Inter 1 AWT, 6f.)

Anhand dieser Aussage läßt sich nachvollziehen, welche Patienten aus Sicht der ambulanten Pflegedienste im Hinblick auf Art und Umfang des Pflegebedarfs bislang der Gruppe der Regelpatienten zugerechnet wurden. Ein anderer Gesprächspartner beschreibt den Regelpatienten noch pointierter:

„(...) Diabetiker halt, zum Spritzen (...).“ (Inter 11 ANP, 2).

Allerdings konzidiert auch er, daß sich der Pflegebedarf der Regelpatienten im Laufe der Zeit immer mehr ausweitet und für die Pflegedienste zunehmend problematisch wird. Der zuvor zitierte Textauszug macht auch deutlich, daß die Pflegedienste diesem Wandel des Pflegebedarfs zumeist hilflos gegenüberstehen. Es fällt ihnen schwer, Veränderungen des Pflegebedarfs zu antizipieren, mit vorliegenden Erkenntnissen über die typische Dynamik chronischer Krankheits- und Pflegeverläufe in Verbindung zu bringen und daraus konzeptionelle Schlußfolgerungen für ihr Handeln abzuleiten. Eine präventive Vorgehensweise, bei der die Progression des Pflegebedarfs z.B. durch eine aktive Hilfestellung für das informelle Unterstützungssystem beeinflusst wird, ist dem routinemäßigen Handlungsrepertoire der bundesdeutschen ambulanten Pflege noch vielfach fremd (Schaeffer/Moers 1994). Statt dessen reagieren die Pflegedienste relativ ratlos auf den wachsenden Bedarf ihrer Klientel, was sowohl an den Schwellen- als auch an den Ausnahmepatienten sichtbar wird.

3.2 Schwellenpatienten

Die von uns durchgeführten Interviews lassen unterschiedliche Gründe erkennen, aufgrund derer aus einem zumeist pflegeleichten Regelpatient zunächst ein Schwellen- und später möglicherweise auch ein Ausnahmepatient wird. Einer der Gründe wird in dem Strukturwandel im Gesundheitswesen gesehen. Hier erweist sich speziell die Umkategorisierung der Patienten zu „Kunden“ für die Pflegedienste als folgenreich. Seit Aufnahme der Reformen registrieren die Pflegedienste bei all ihren Patienten gestiegene Erwartungen an die ambulante Pflege und eine zunehmende Anspruchshaltung der Patienten gegenüber den Versorgungseinrichtungen (vgl. auch ISO 1995, 25ff.) - etwas, was bis dahin nur von den im Vergleich zur Stammklientel weitaus jüngeren und Autonomie für sich reklamierenden Aids-Patienten berichtet wurde (Schaeffer/Moers 1995). Die neue „Dienstleistungsmentalität“ der Patienten (Inter 2 ASP) wird von Seiten unserer Interviewpartner tendenziell als Mißverständnis gedeutet. Denn viele Patienten sehen in der Pflegeversicherung eine „Vollkaskoversicherung“ und erwarten eine entsprechende Betreuung und umfassenden Service. Daß die Pflegedienste viele Leistungen aufgrund der Budgetierung

nicht erbringen können, wird besonders von alten Patienten nicht verstanden, und das wiederum stößt häufig auf Unverständnis seitens der Pflegedienste. Sie empfinden die Forderungen und Wünsche ihrer Klientel häufig als unangemessen, wie in der folgenden Aussage zum Ausdruck kommt:

„(...) Ein Problem ist, daß die zu Pflegenden auch bestimmte Wünsche haben. Angenommen, sie wollen von nur einem Zivildienstleistenden versorgt werden, oder sie wollen nur von einer Frau versorgt werden. Komm Du bloß nicht vor neun Uhr, da will ich noch schlafen. Das sind Grenzen, weil ich das ja auch in meine Planung mit einbeziehen muß (...) Man muß sich ja vorstellen, immer die richtige Person zur richtigen Zeit am richtigen Ort (...)“ (Inter 19 ASP, 2).

Die Pflegedienste erwarten, daß Patienten sich den betrieblichen Erfordernissen der Pflegeeinrichtungen anpassen und ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche zurückstellen, so daß eine reibungslose und routinemäßige Pflege gewährleistet werden kann. Noch problematischer werden Schwellenpatienten erlebt. Sie weisen nicht nur einen höheren Bedarf auf, der oft nur schwerlich abgedeckt werden kann, sondern haben - insbesondere gehören sie zu jüngeren Altersgruppen - vielfach eine ausgeprägtere Anspruchshaltung. Sie klagen eine ihrer individuellen Situation entsprechende pflegerische Versorgung ein und legen damit an das Gesundheitssystem Maßstäbe an, die ihnen aus kommerziellen Dienstleistungsbereichen (z.B. dem Hotel- und Gaststättengewerbe) vertraut sind. Die ambulanten Pflegedienste sehen sich bislang kaum in der Lage, auf diese Ansprüche zu reagieren und die hierfür notwendige Flexibilisierung ihrer Arbeitsabläufe herzustellen.

Hin und wieder gelingt es den befragten Pflegeeinrichtungen, die Ansprüche der Patienten auf das übliche Maß zurückzudrängen und sie in ihre routinemäßigen Handlungsabläufe einzugliedern. Haben sie damit keinen Erfolg und ist der Patient nicht anpassungsfähig oder -willig, kommt es zu Konflikten, wie u.a. das folgende Beispiel belegt:

„(...) und dann sind sie aber wenig in der Lage, Einschränkungen, die ein ambulanter Dienst dann halt auch hat, zu akzeptieren und sind wenig bereit, auf eine gute Art mit den Einschränkungen umzugehen. Das einfach zu akzeptieren und zu sagen, okay, wir müssen uns jetzt in der Mitte irgendwo treffen, ist selten, sondern eher reagieren sie sauer (...)“ (Inter 12 AST, 15).

Grundsätzlich lassen sich anhand unseres Datenmaterials zwei unterschiedliche Lösungsmöglichkeiten für derartige Konflikte beobachten. Entweder erklärt der Pflegedienst den Patienten zum Ausnahmepatienten und entscheidet sich für eine Sonderbehandlung - hierauf wird später noch einzugehen sein. Oder der Patient wechselt den Pflegedienst und versucht seine Ansprüche bei einer anderen Einrichtung geltend zu machen. Gelingt es ihm auch dort nicht, für seinen subjektiven und objektiven Pflegebedarf passende Adressaten zu finden, entsteht ein Phänomen, das mittlerweile als „Pflegediensthopping“ Eingang in die Fachliteratur gefunden hat und aus dem ärztlichen Versorgungsbereich, der mit vergleichbaren Problemen konfrontiert wird, bereits seit langem bekannt ist (vgl. Schaeffer 1996).

Fragen wir nun, welche Klienten ambulanter Pflege im einzelnen zur Gruppe der Schwellenpatienten gehören. Als erstes sind Menschen mit Karzinom-Erkrankungen anzuführen. Sie können, bezogen auf alle drei berücksichtigten Kriterien (Alter, Ursache, Art und Umfang des Pflegebedarfs) tendenziell der Gruppe der Schwellenpatienten zugerechnet werden. Mit einem durchschnittlichen Alter von 60 bis 65 Jahren (Inter 12 AST) gehören sie noch zu den jüngeren Patienten in der ambulanten Pflege. Die Tatsache, daß sie relativ häufig in der ambulanten Pflege versorgt werden, gleichwohl aber gegenüber den Regelpatienten einen erhöhten quantitativen und qualitativen Pflegebedarf aufweisen, rechtfertigt ihre Zuteilung zu dieser Kategorie. Bei der Zuordnung dieser Patienten ist hilfreich, unterschiedliche Karzinom-Arten und Verläufe zu unterscheiden. Als Faustregel kann nach unserem Erkenntnisstand gelten: Je virulenter, progredienter und komplexer der Verlauf der ursächlichen Erkrankung, desto eher werden Patienten, die zunächst noch als Schwellenpatienten gelten können, zu Ausnahmepatienten deklariert.

Dies gilt auch für eine andere Patientengruppe, mit der die ambulante Pflege nach eigenen Angaben zunehmend konfrontiert wird: Für verwirrte, demente oder auch hirnganisch veränderte Patienten, die z.B. an Morbus Parkinson, Alzheimer oder einer sogenannten „Altersdemenz“ leiden. Auch diese Patienten sind der Kategorie der Schwellenpatienten zuzurechnen. Bei ihnen handelt es sich überwiegend um hochbetagte Menschen, die erst mit zunehmendem Alter neurologische Störungen oder hirnganische Veränderungen entwickeln - ein Phänomen, das häufig mit der Zunahme der Lebenserwartung und generell mit dem medizinischen Fortschritt in Verbindung gebracht wird. Solche Patienten, die meist wegen anderer (Alters-) Leiden bereits längere Zeit in pflegerischer Betreuung sind, werden aus Sicht der befragten Pflegedienste irgendwann auffällig, z.B.

„(...) wenn die Herdplatten anbleiben, sie die Wohnung unter Wasser setzen oder der Patient auf dem Balkon übernachtet (...)“ (Inter 7 AWP, 4).

Die quantitative und qualitative Zunahme des Pflegebedarfs geschieht gemäß den degenerativen Verläufen oft schleichend und wird von den Pflegediensten erst relativ spät - meist in Zusammenhang mit Krisen - wahrgenommen. Die Patienten weisen dann plötzlich einen höheren Betreuungsaufwand auf, z.B. weil sie die üblichen Handlungsrouninen stören, sich nicht kooperativ zeigen und die Übernahme von pflegerischen Aufgaben aufwendiger wird:

„(...) Patienten, die dann auch noch verwirrt sind, die dann erstmal sagen: ich will nicht oder ich brauch sie nicht (...)“ (Inter 13 ASP, 2).

Obwohl ihnen die spezielle Expertise im Bereich der psychiatrischen Pflege zumeist fehlt, erreichen die Pflegeeinrichtungen in einigen Fällen eine Stabilisierung der Patienten und eine Wiedereingliederung in die routinemäßigen Pflegeabläufe, wie exemplarisch an der folgenden Aussage nachvollziehbar wird:

„(...) Bei dem Alzheimer Patienten geht's jetzt. Weil ich versteh mich mit der Frau ganz gut und er ist jetzt auch aus seiner brutalen Phase raus. Weil er hat mich am Anfang, als er noch fit war, ein paar mal erwischt (...). Da hat er mir eine geknallt oder mich in die Brust gekniffen, daß ich solche blauen Flecken hatte (...). Der ist jetzt auch einigermaßen friedlich und von daher klappt es dann jetzt auch ganz gut (...)“ (Inter 11 ANP, 2).

Ist die quantitative und qualitative Zunahme des Pflegebedarfs von den Pflegediensten nicht mehr aufzuhalten, so entwickelt sich der Patient allerdings rasch zu einem Schwellenpatienten, dessen Pflege aus Sicht der Pflegedienste meist sehr belastend ist:

„(...) Das ist für mich, wenn ich da dreimal hinfahren muß und dreimal ziehe ich ihr die verpieselten Klamotten aus und wenn ich dann das nächste Mal hinfahre, hat sie sie wieder angezogen oder so, das ist dann echt so, als wärst Du den ganzen Tag bei der gewesen. Da drehst Du dich irgendwann im Rad. Weil es ist morgens im Prinzip das erste, wo Du hinfährst, mittags ist es das letzte (...) und abends auch wieder das letzte. Du stehst mit den Leuten auf, du gehst mit denen ins Bett.(...)“ (Inter 11 ANP, 2).

Wie hier deutlich wird, greift die Problematik der Patienten in das Leben der Pflegedienstmitarbeiter ein und führt - vor allem in den Fällen, in denen keine positive Veränderung erkennbar ist - zu vielfältigen Belastungssituationen, denen die Pflegekräfte kaum geeignete Bewältigungsstrategien entgegensetzen können. Als Reaktion auf diese Überforderung reklamieren mehrere Pflegeeinrichtungen für sich, dem Bedarf dieser Patienten im ambulanten Bereich nicht mehr gerecht werden zu können. Folglich entwickeln sie aus ihrer Sicht geeignete Lösungsstrategien oder sie rationalisieren ihre Defizite:

„(...) Lebensqualität ist bei den Verwirrten wesentlich besser im stationären Bereich zu steuern als im ambulanten Bereich, so z.B. bei Frau XY, eine liebenswerte Frau, aber ich freue mich, daß sie seit 14 Tagen im Altenheim ist, da freue ich mich drüber (...)“ (Inter 1 AWT, 23).

Lediglich in Ausnahmefällen und mit einem z.T. erheblichem Aufwand gelingt es den befragten ambulanten Pflegeeinrichtungen offenbar, Patienten mit umfassendem und komplexem Pflegebedarf angemessen zu betreuen und eine stationäre Versorgung zu verhindern. Ein typisches Beispiel hierfür ist eine jüngere, alleinstehende gelähmte Frau, die auf eine kontinuierliche Pflege Rund-um-die-Uhr angewiesen ist. Aufgrund der Notwendigkeit einer technikintensiven künstlichen Beatmung übersteigt ihre Problematik die Möglichkeiten ambulanter Pflegedienste, weshalb viele die Pflege dieser Patientin abgelehnt haben. Dennoch wird sie von einem privaten Pflegedienst aus unserem Sample bereits seit 1995 ambulant gepflegt (Inter 20 AWP). Dieser Fall macht deutlich, daß Patienten mit anspruchsvollem, nicht alltäglichem Pflegebedarf ambulant gepflegt werden können - vorausgesetzt, die Pflegedienste sind bereit und in der Lage, ihre Handlungsroutinen zu verändern sowie ihre Kapazitäten und Kompetenzen dem Pflegebedarf anzupassen.

3.3 Ausnahmepatienten

Vermehrt werden die befragten ambulanten Pflegedienste neuerlich mit Ausnahmepatienten konfrontiert, die bislang stationär betreut wurden und einen hohen quantitativen und qualitativen Pflegebedarf aufweisen. Aufgrund der Kürzungen der Pflegesätze oder der Bettenzahl sowie der Bemühungen um eine Reduktion der Verweildauer sind die Krankenhäuser um eine rasche Entlassung und Auslagerung von Patienten mit infauster Prognose bemüht (vgl. auch Pfaff/Wassener 1995, Arnold/Paffrath 1996). Die sich daraus ergebenden Verlagerungsbewegungen haben - so die ambulanten Pflegedienste - zu einem Zuwachs an Aufgaben und zu einer Veränderung des Problemspektrums geführt. So berichten nahezu alle der befragten Dienste davon, daß die Zahl der „austherapierten“ Patienten, die „(...) zum Sterben nach Hause entlassen werden (...)“ (Inter 7 AWP, Inter 16 AOP), seit 1995 angestiegen sei und daß die Pflegedienste dadurch vor gewaltige Kapazitätsprobleme gestellt sind. Gleichzeitig - und das ist erstaunlich - ist der Anteil schwerstkranker und sterbender Patienten gemessen an der Stammklientel noch immer vergleichsweise gering.³¹ Lediglich in zwei der von uns befragten Dienste bilden schwerstkranke und sterbende Menschen einen größeren Teil der Klientel. Von beiden Pflegediensten, in denen solche Patienten regelmäßig - auch über einen längeren Zeitraum - bis zu ihrem Lebensende ambulant betreut werden, gilt einer aufgrund seiner strukturellen Merkmale als Spezialpflegedienst (Inter 12 AST). Es ist leicht nachvollziehbar, daß in den anderen Einrichtungen der Regelversorgung die Ausbildung von professionellen Handlungs-routinen zur problemangemessenen Beantwortung des Pflegebedarfs dieser Patienten aufgrund der nach wie vor geringen Fallzahlen kaum möglich sein dürfte. Durchweg gelten diese Patienten daher bei den befragten ambulanten Pflegediensten als Krisen- und Ausnahmeklientel, die vielschichtige Kapazitäts- und Kompetenzprobleme aufwerfen und folglich nur gelegentlich versorgt werden.

„(...) Obwohl und wir sagen auch Gott sei Dank (...), das immer nur vereinzelte Fälle sind, kurze Zeit, sehr intensive Betreuung und das ist auch gut, weil sonst würde so'n Pflgeteam das auch nicht durchhalten und sonst wär' das auch kaum zu organisieren, sag ich mal (...)“ (Inter 14 ANP, 6).

Dieser Auszug bestätigt frühere Beobachtungen, nach denen sich Einrichtungen der Regelversorgung durch sterbende Patienten strukturell und personell überfordert fühlen (vgl. Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1993). Sterbende Patienten, die dennoch von ambulanten Pflegediensten betreut werden, gehören in der Regel zur Stammklientel und wurden zuvor über einen längeren Zeitraum hinweg betreut. Patienten, die zum Sterben aus dem Krankenhaus entlassen werden und jüngere Patienten mit infauster Prognose werden in der ambulanten Pflege dagegen eher selten oder gar nicht versorgt und zählen damit fast durchgängig zur Ausnahmeklientel. Aber auch Patienten mit schweren Erkrankungen werden eher selten ambulant gepflegt. So berichten die von uns befragten Pflegedienste kaum von akuten oder chronisch-progredienten Krankheitsverläufen, wie sie z.B.

³¹ Dieser Umstand ist zu weiten Teilen dem begrenzten und unflexiblen Leistungsprofil ambulanter Pflege anzulasten, ein Aspekt, auf den bei der Beschreibung des Leistungsprofils ambulanter Pflege genauer einzugehen sein wird (Kap. 4).

für Multiple Sklerose, stark konsumierende Karzinom-Erkrankungen oder auch die Immunschwächekrankheit Aids charakteristisch sind. Speziell Aids-Patienten, die hier von besonderem Interesse sind, stellen außerhalb der Spezialpflegedienste noch immer eine Ausnahmeerscheinung dar und sind bis heute vom Nimbus des Exotischen umgeben. Aids-Patienten gehören damit zur typischen Ausnahmeklientel ambulanter Pflege - auch hierin stimmt unsere Erhebung mit früheren Untersuchungen überein (Schaeffer 1992).

Nur 50 % der befragten Pflegedienste haben überhaupt Kontakt zu Aids-Patienten gehabt und lediglich zwei davon pflegen eigenen Angaben zufolge regelmäßig zwei bis drei Aids-Patienten. Davon betreut der eine Dienst insgesamt 500 bis 600 Patienten (Inter 5 ANP) und der andere immerhin 80 Patienten pro Monat. Sechs weitere Pflegedienste hatten zumindest einen einmaligen - zumeist krisenhaft verlaufenen - Kontakt zu Aids-Patienten. Die andere Hälfte der hier berücksichtigten Einrichtungen ist dagegen noch nie mit Aids-Patienten in Berührung gekommen.

Angesichts der epidemiologischen Lage ist dies zunächst nicht überraschend, kommen doch „54 % aller bisher an Aids Erkrankten (...) aus den Großstädten Frankfurt a.M., München, Berlin (West), Düsseldorf, Köln und Hamburg“ (Quartalsbericht I/97, 84). Lediglich 44 % der Aids-Fälle wurden außerhalb dieser Großstädte in den alten Bundesländern diagnostiziert und gerade 2 % aller Aids-Patienten stammen aus den neuen Bundesländern (ebd.). Gleichwohl müssen auch die aus der Situation ambulanter Pflegedienste erwachsenden Schwierigkeiten, diesen Patienten eine angemessene Pflege zu ermöglichen, als Begründung für die geringe Zahl der gepflegten Aids-Patienten ins Auge gefaßt werden. Zumeist handelt es sich dabei neben Kapazitätsengpässen und Finanzierungsproblemen um basale Qualifikations- und spezielle Kompetenzdefizite (Schaeffer 1992).

Die ambulanten Pflegedienste der Regelversorgung sehen sich offenbar nur in Ausnahmefällen und unter erheblichen Anstrengungen in der Lage, die notwendige Flexibilität zu ermöglichen, die diesen Patienten eine angemessene ambulante Pflege sichern könnte - ein Eindruck, der durch den folgenden Interviewauszug untermauert wird:

„(...) Wir haben einmal eine Aids-Pflege gehabt, also in meiner Zeit hier der einzige. Da ist alles sehr unglücklich gelaufen, auch der Übergang vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich, das war echt das Allerletzte. Da hatten wir alles soweit organisiert, daß der Patient eine 24-Stunden-Pflege für zu Hause kriegen würde. Zusammen mit einem ambulanten Pflegedienst hatten wir uns zusammengetan und diesen Patienten im Krankenhaus besucht, einen Dienstplan erstellt, so das decken wir ab, das macht ihr, die Finanzierung eigentlich so weit geregelt mit dem Sozialamt auch nach dem Paragraph von der Krankenkasse vergütet (...). Aber leider ist es dann nicht mehr zu der 24-Stunden-Pflege gekommen, weil das ist (...), das ist die Bürokratie, der ganze Aufwand, das so weit vorzubereiten, die Finanzierung abzuklären, alle Leute soweit zu kriegen - da ist der Patient im Krankenhaus drüber verstorben, ganz hart alles (...)“ (Inter 14 ANP, 7).

Einer der Problematik der Patienten angemessenen Pflege steht zum einen der erhebliche organisatorische Aufwand, der mit einer Schwerstkranken-

kenpflege verbunden ist, entgegen. Der hohe Regelungsbedarf, der sich über die Zuständigkeitsbereiche unterschiedlicher Institutionen hinweg erstreckt, erfordert von den ambulanten Pflegediensten fundierte System- und Sozialrechtskenntnisse. Ist die Zahl der betreuten Patienten gering, müssen diese Kenntnisse in jedem Fall neu erworben oder zumindest aufgefrischt werden und binden damit vorhandene Kapazitäten des Dienstes. Zum anderen stößt die Vielzahl der zum Aids-Komplex gehörenden Krankheitsbilder auf Probleme und schließlich stellt das ständige Auf- und Ab im Krankheitsverlauf und der Wechsel von akuten und remittierenden Phasen eine große Herausforderung in der Pflege von Aids-Patienten dar:

„Als wir ihn übernommen haben, war er auch Pflegestufe II oder eigentlich III. Inzwischen, wenn morgens jemand kann, um ihn aus dem Bett zu holen und zu waschen, da stand er draußen und schippte Schnee. Das war ein Tag vor der Begutachtung. Das war natürlich (...), aber bei der Begutachtung hat er dann den sterbenden Schwan gemacht und dann ging das wieder (...)" (Inter 4 ANP, 2).

Der wechselhafte Krankheitsverlauf erfordert eine systematische und äußerst flexible Pflegeplanung sowie eine ständige Neuorganisation und Anpassung der Pflege an die aktuell eingetretene Situation. Der Wandel wird zum Normalfall, nötigt die Beteiligten immer wieder zu kreativen und individuellen Problemlösungen und erfordert dazu, herkömmliche Routinen zu durchbrechen. Um den hohen Bedarf an medizinisch-technischen und pharmakotherapeutischen Pflegeleistungen (z.B. Infusionstherapien) adäquat zu begegnen sind darüber hinaus hohe Fachkompetenz und -expertise erforderlich und ebenso fortlaufende Anstrengungen, um auf dem aktuellen Wissensstand zu sein. Mit diesen, mit einer Schwerstkrankenpflege einhergehenden Anforderungen, kommen die befragten Dienste der ambulanten Regelversorgung bislang nur schwer zurecht.

Hinzu gesellt sich, daß die bereits Schwellenpatienten attestierte Anspruchshaltung bei Aids-Patienten noch deutlicher ausgeprägt ist, weshalb sie gemeinhin als „schwierig“ gelten. Eine Interviewpartnerin formuliert ihre Erfahrungen drastisch:

„(...) daß die sauschwierig sind, persönlich, menschlich (...). Die beiden, die wir hatten, die sind beide einfach unheimlich schwer im Umgang gewesen, verständlicherweise irgendwie, weil sie (...) na gut, der eine, völlig vereinsamt und zurückgezogen von der Welt, und eben sehr fordernd dann auch wieder, also (...) der hatte dann auch schon zwei oder drei Pflegeeinrichtungen durch, als der zu uns kam (...) Als er dann mit uns durch war, ist er irgendwo ins Pflegeheim gegangen (...) ja und da ist er auch gestorben, zwei Wochen später. Ja, aber der hatte es sich wirklich mit allen verdorben. Die einzigen, die noch widerwillig zu ihm hingingen waren die Mitarbeiter von der Aids-Hilfe - ja und das war's (...). Eigentlich 'nen netter junger Mann, aber dann fing er plötzlich an, die Leute gegeneinander auszuspielen und irgendwie war alles falsch und alles war Scheiße. Die ganze Welt war schuld, daß er nun sterben sollte und das war sehr schwierig mit ihm (...)" (Inter 4 ANP, 2f.).

Der Umgang mit dem Patienten und seinem sozialen Umfeld setzt bei den Pflegekräften ein hohes Maß an Interaktions- und Kommunikationskompetenz voraus. Die Ausbildung sozialer und kommunikativer Kompe-

tenzen nimmt in der Pflegeausbildung und auch im späteren Berufsleben allerdings nur wenig Raum ein. Es ist daher nicht verwunderlich, daß die Pflegekräfte in Konfliktsituationen schnell an ihre Grenzen kommen. Als Lösung bleibt den ambulanten Diensten oft nur die aus anderen Bereichen der Krankenversorgung bekannte Strategie der Externalisierung (Schaeffer 1989): Indem problematische Patienten an andere Versorgungseinrichtungen weitergeleitet werden, können auch als belastend erlebte Defizite und Kompetenzschwächen zumindest kurzzeitig wegdelegiert werden.

Häufig reagieren ambulante Pflegedienste auf Aids-Patienten und ihre spezielle Problematik dergestalt, daß - wie auch in dem o.g. Interview - durchweg auf die Persönlichkeit und den zumeist normabweichenden Lebensstil der Patienten verwiesen wird. Nicht der komplexe Pflegebedarf der Patienten wird als schwierig wahrgenommen, vielmehr gilt der Patient selbst als problematisch womit ein Tatbestand hergestellt ist, dem die Pflege verständlicherweise nicht begegnen kann und der sie folglich vom Versorgungsauftrag suspendiert. Mit dem Krankheitsverlauf oder den sich daraus ergebenden Belastungen und Bedürfnissen werden die Herausforderungen, die die Pflege von Aids-Erkrankten aufwirft, nur ausnahmsweise in Verbindung gebracht, vielmehr werden diese personalisiert und dem Patienten zugeschrieben. Dieses Phänomen verleitet möglicherweise zu der Annahme, als wären für die zu beobachtenden Abwehrtendenzen gegenüber Aids-Patienten vorrangig Vorurteilsstrukturen des medizinisch-pflegerischen Personals ursächlich (vgl. auch Zuber/Werner 1994). Tatsächlich aber haben die Abwehrreaktionen ihre Ursache weniger in ethischen Konfliktsituationen. Vielmehr sind sie als Versuch der Überdeckung organisatorischer und personeller Überforderung zu verstehen (Schaeffer/Moers 1995).

In Korrespondenz dazu wird auch Homosexualität (entgegen den Ergebnissen vorliegender Studien, vgl. Zuber/Werner 1994) in der Pflegepraxis nur selten als problematisch und damit als Anlaß für Konflikte empfunden. Die zumeist zur Mittelschicht gehörenden schwulen Aids-Patienten, die eher auf Autonomie und Unabhängigkeit bedacht sind und ambulante Pflege in der Mehrzahl der Fälle eher verhalten in Anspruch nehmen, werden von den Pflegediensten zumeist als „pflegeleicht“ empfunden. Hingegen gelten Drogengebraucher als außerordentlich schwierig und ganz in Einklang damit wirft die Pflege i.v. drogengebrauchender Aids-Patienten profunde Probleme für die befragten Dienste auf. In der Tat ist die Situation dieser Patienten durch eine schwierige Problemkumulation charakterisiert; neben der HIV-Infektion müssen zugleich die Suchtproblematik und damit häufig einhergehende soziale Probleme wie z.B. Obdachlosigkeit und Verwahrlosung bearbeitet werden befragten (Ewers/Weicht 1995, Schaeffer/Moers 1995). Folglich lassen sich diese Patienten mit den üblichen Routinen der Pflegedienste nur schwerlich in Einklang bringen:

„Wir müssen erstmal im wahrsten Sinne des Wortes die Kisten wegräumen, damit wir die Person überhaupt sehen. Und das sind halt Dinge, mit denen wir konfrontiert werden und die wir auch immer noch versuchen zu leisten. Und das heißt die Kisten tatsächlich wegzuschaffen, um 'ne Pflege zu machen. So ohne warmes Wasser zum Beispiel, wo dann der Kessel aufgesetzt werden muß (...) und es gibt keinen Schlüssel zu

der Wohnung, es gibt keinen Hausarzt (...) - also dieses Riesenpaket" (Inter 11 ANP, 2).

Obendrein sind Drogengebraucher aufgrund ihres spezifischen Erfahrungshintergrunds extrem fordernd, installieren häufig personengebundene Abhängigkeitsverhältnisse und bringen massive und für die ambulanten Pflegedienste eher ungewöhnliche Versorgungsprobleme mit sich:

„(...) die Unzuverlässigkeit, absolut link sein, die Leute auszutricksen, auszuspielen, und dann sind sie halt oft - das ist zumindest in XY-Stadt so - halt viele Drogenleute und da kommt einfach die Drogenproblematik dazu, also dort fällt es ganz besonders auf. Aber da ist es ja einfach auch normal, denk ich, die Leute haben eine andere Geschichte hinter sich, da ist das Problem die Sucht und nicht Aids zu haben (...)“ (Inter 12 AST, 15).

Die konzeptionellen Herausforderungen, die mit der Pflege von i.v. drogengebrauchenden Patienten verbunden sind (vgl. Ewers/Weicht 1995), wurden von keinem der von uns befragten Pflegedienste aufgegriffen und durch entsprechende Pflegestrategien beantwortet.

Doch nicht alle Ausnahmepatienten sind mit solchen Abwehrtendenzen wie drogengebrauchende Menschen mit HIV/Aids belegt. Basierend auf berufsethischen Verpflichtungen oder spezifische Trägerideale erfahren Patienten, die sich aufgrund ihres Krankheitsverlaufs von einem Schwellen- zu einem Ausnahmepatienten entwickelt haben, nicht selten auch Ausnahmebehandlungen - vor allem dann, wenn sie bereits seit längerer Zeit von dem ambulanten Pflegedienst betreut wurden. Viele der befragten Pflegedienste bieten in diesem Fall alle vorhandenen Möglichkeiten auf und gehen über organisatorische und personelle Grenzen hinaus, um dem außergewöhnlichen Pflegebedarf ihrer Patienten gerecht werden zu können. So berichtet z.B. ein Pflegedienst von einer Ausnahmepatientin, die sich aufgrund eines Gehirntumors offenbar nur noch schriftlich mitteilen konnte und dem Pflegedienst eine extrem aufwendige Vorgehensweise abverlangte:

„Und wir haben wirklich (...), ich könnt's Ihnen zeigen (...) in der Akte Sachen, die sie uns mitgeteilt hat, die drei, vier DIN A-4 Seiten und mehr umfassen - bei einem Besuch!“ (Inter 7 AWP, 3)

Auch für Aids-Patienten werden von den ambulanten Pflegediensten gelegentlich phantasievolle und kreative Problemlösungen entwickelt, wie z.B. der folgenden Schilderung zu entnehmen ist:

„Der Patient, den ich da versorgt habe mit HIV-Infektion, der war Asylanter aus Afrika. Und der hatte niemanden hier in Deutschland, der war völlig auf sich gestellt. Der hat sich auch immer gefreut, wie ein kleines Kind, wenn ich dann gekommen bin und so (...). Der Mann war in einer Asylunterkunft für insgesamt mehr als 150 Menschen untergebracht (...). Da gibt es weder Namens- noch Türschilder, die Leute kennen sich untereinander auch überhaupt nicht. Der Patient sprach so gut wie kein Deutsch und nur sehr schlecht Englisch. Die Schwestern haben fast die ganzen vier Wochen gebraucht, um ihm zu erklären, welche Medikamente er wann nehmen muß. Und am Ende hatten sie dann gemeinsam mit ihm ein Wandposter als Collage aus Medikamentenverpackungen,

Symbolen für die Tageszeiten und die Mahlzeiten und aufgeklebten Mustertabellen zusammengebastelt. Das fand ich toll, was die da auf die Beine gestellt haben.“ (Inter 11 ANP, 2)

Exemplarisch zeigt dieses Beispiel, daß einige ambulante Pflegedienste durchaus um kreative Problemlösungen bemüht sind, um Ausnahmepatienten zu „halten“ und ihnen eine ihrer Problemsituation angemessene Pflege zukommen lassen zu können. Solche Bemühungen sind jedoch häufig vom „good will“ des Pflegedienstes wie auch der Pflegebereitschaft und der Kompetenz der vor Ort eingesetzten Mitarbeiter abhängig. Durchgängig verweisen die Interviewpartner auf die Komplexität der Problemlage dieser Patienten und betonen die Sonder- und Ausnahmesituation, die für die Dienste mit der Pflege dieser Patienten verbunden ist (z.B. Inter 7 AWP). Die Ausnahme zur Regel zu erheben, ist den befragten ambulanten Pflegediensten angesichts der gegenwärtig gegebenen Rahmenbedingungen kaum vorstellbar.

4. Das Leistungsprofil ambulanter Pflege

Nachdem wir in den zurückliegenden Ausführungen einen Eindruck von den Patienten ambulanter Pflege sowie deren Pflegebedarf aus Sicht der befragten Pflegedienste gewonnen haben, fragen wir nun, mit welchem Leistungsangebot die in unsere Studie einbezogenen Einrichtungen auf die unterschiedlichen Bedarfs- und Problemlagen ihrer Klientel reagieren und inwieweit sie sich in der Lage sehen, mit ihren vorhandenen Möglichkeiten, die Selbstversorgungsdefizite bei den beschriebenen Patientengruppen abzudecken. Dabei wenden wir uns zunächst dem gesetzlich definierten pflegerischen Leistungskatalog zu, fragen dann, wie dieser von den befragten Diensten derzeit umgesetzt wird und widmen uns anschließend dem realen Leistungsvermögen im Alltag ambulanter Pflege.

4.1 Formaler Leistungskatalog

Der formale Leistungskatalog ambulanter Pflege setzt sich nach derzeitiger Rechtslage aus drei unterschiedlichen Leistungsarten zusammen:

- *Grundpflegerische Leistungen*, d.h. Hilfen „bei der Befriedigung von körperlichen, seelischen oder geistigen Grundbedürfnissen (Grundbedarf)“ (BSG vom 30.09.1993 - 3 RK 1/92 - NZS 1994, S. 130, 133). Verrichtungen, die in diesem Rahmen erbracht werden, sind z.B. „Krankenbeobachtung, Körperpflege, Betten und Lagern, vorbeugende Maßnahmen, Mobilisation, Hilfen bei der Nahrungsaufnahme, Hilfen bei Ausscheidungen, Körpertemperatur messen, Tag- und Nachtwachen, Überwachung der regelmäßigen Medikamenteneinnahme, Hilfe und Aktivierung zur Einübung elementarer Fähigkeiten, bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen und zur Orientierung im Alltag, Vorbeugen bei Suizidgefährdung, Anleitung der pflegenden Bezugsperson oder ihre Unterstützung z.B. als Mutter eines schwerpflegebedürftigen Kindes“ (Igl 1995a, 13).
- *Hauspflegerische bzw. hauswirtschaftliche Leistungen*, d.h. „die auf die Versorgung des Versicherten gerichteten Tätigkeiten, insbesondere Vor- und Zubereitung von Mahlzeiten, Spülen und Putzen, Herrichten der Wäsche, Einkäufe“ (ebd., 14).
- *Behandlungspflegerische Leistungen*, d.h. Leistungen, die der Erreichung des medizinischen Zwecks der Heilbehandlung oder der Linderung einer Krankheit im therapieresistenten Stadium dienen (Eicher 1990). Da eine einheitliche Definition der behandlungspflegerischen Leistungen nicht existiert, wird zumeist eine beispielhafte Aufzählung von Verrichtungen vorgenommen. „Genannt werden im Einzelnen insbesondere Injektionen, Verbandwechsel, Katheterisierung, Einläufe, Spülungen, Einreibungen, Dekubitusversorgung, Krisenintervention, Feststellung und Beobachtung des jeweiligen Krankenstandes und der Krankentwicklung, Sicherung notwendiger Arztbesuche und des Patientenbeitrags zur Therapie, Verabreichung von Medikamenten und Kontrolle ihrer Wirkungen und Nebenwirkungen und Vorbeugen bei Suizidgefährdung psychisch Kranker“ (Igl 1995a, 17).

Alle drei Leistungsarten werden von öffentlich-rechtlichen Kostenträgern (Gesetzliche Kranken- und Pflegekassen, aber auch Sozialhilfeträger) aufgrund einschlägiger normativer Bestimmungen - wenngleich auch in unterschiedlichem inhaltlichen und zeitlichen Umfang - finanziert. Aus der Perspektive der Legislative und Administration wird den pflegerischen Leistungen durch die Aufteilung in Leistungsarten und inhaltlich weitgehend definierte Leistungskataloge eine abstrakte Regelmäßigkeit verliehen, die primär der sozialrechtlichen Verankerung und Refinanzierung der von den Pflegediensten erbrachten Leistungen dient. Als zentrales Kriterium für die Berücksichtigung einer pflegerischen Maßnahme in einem Leistungskatalog gilt, ob die Leistungen nach Ansicht des verordnenden Arztes oder des Medizinischen Dienstes der Kranken- und Pflegekassen (MDK) als *medizinisch* notwendig angesehen werden (vgl. § 37 Abs. 1 SGB V) und ob sie *wirksam und wirtschaftlich* erbracht werden können (vgl. § 4 Abs. 3 SGB XI).

Von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierte Leistungen sind nach Form und Inhalt einem klar definierten Ziel verpflichtet. In der Häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V), wird von einem verhältnismäßig engen und medizindominierten Pflegeverständnis ausgegangen, das den beteiligten Akteuren nur wenig Handlungsspielraum bei der Reaktion auf beobachteten Pflegebedarf erlaubt. Pflegerische Leistungen dienen demnach dazu, *Krankenhausaufenthalte zu vermeiden bzw. zu verkürzen* (§ 37,1 SGB V) oder die *ärztliche Behandlung* sicherzustellen (§ 37 Abs. 2 SGB V). Dem Charakter dieser gesetzlichen Vorgaben entsprechend sind die von der Krankenversicherung finanzierten Leistungen ambulanter Pflege in der Regel auf akute Krankheitsbilder und kurzfristige Interventionen ausgerichtet. Für einen Zeitraum von längstens vier Wochen werden alle drei pflegerischen Leistungsarten mehr oder weniger umfassend abgedeckt (Grund- und Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Leistungen). Innerhalb, spätestens jedoch nach Ablauf der gesetzlichen Vier-Wochen-Frist reduzieren sich die Leistungen dann zumeist auf die therapeutischen und vorwiegend medizinisch-technischen Leistungen der Behandlungspflege.³²

Seit Einführung der Pflegeversicherung wird der Bedarf von langfristig pflegebedürftigen Patienten vorwiegend über dieses neue Leistungsgesetz (SGB XI) abgesichert. Im Gegensatz zur Häuslichen Krankenpflege wird dabei nicht unmittelbar eine Krankheit als Ursache der Pflegebedürftigkeit vorausgesetzt, vielmehr können auch Behinderungen oder altersbedingte Funktionseinschränkungen für die Pflegebedürftigkeit verantwortlich sein.

³² Unsere Gesprächspartner berichten davon, daß die Vier-Wochen-Frist von den Kassen in jüngster Zeit strikter eingehalten wird als früher und bis dato durchaus übliche Verlängerungen der Krankenhausvermeidungspflege im Zuge der Kostendämpfungsmaßnahmen nur noch selten genehmigt werden. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht ist hier anzumerken, daß es sich bei dieser Zeitgrenze um ein konstruiertes Datum handelt, das jeder empirischen Grundlage entbehrt. Derzeit liegen keine Erkenntnisse vor, nach denen verifiziert oder falsifiziert werden könnte, ob das damit verbundene Ziel (Vermeidung bzw. Verkürzung von stationären Aufenthalten) in diesem Zeitraum tatsächlich erreichbar ist. Auch bei welchen Krankheitsbildern eine solche Maßnahme angezeigt ist oder bei welchen Verläufen die Beschränkung auf vier Wochen eher konträre Wirkungen erzielt, ist aus wissenschaftlicher Sicht offen. Zweifel an der Angemessenheit dieser Regelung dürften zumindest im Hinblick auf die Stammklientel der ambulanten Pflege, die alten und chronisch kranken Patienten, angebracht sein. Bei ihnen ist in diesem Zeitraum allenfalls eine kurzfristige Stabilisierung zu erreichen, die ohne eine systematische und auf die Länge des Krankheitsverlaufs abgestimmte pflegerische Verfolgung vermutlich schnell wieder zu einem Rückfall und damit neuerlichen Systemeintritt - zumeist im Rahmen der stationären Versorgung - führt.

Sach- und Geldleistungen sollen „den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht“ (§ 2 Abs. 1 SGB XI). Die Sachleistungen der Pflegeversicherung werden im wesentlichen in Form von grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Diensten gewährt und sind ihrem Charakter nach auf langfristige Unterstützung angelegt. Im Unterschied zur Häuslichen Krankenpflege nach SGB V werden die Leistungen - sofern ein entsprechender Hilfebedarf besteht - zeitlich unbefristet gewährt. Leistungen der Pflegeversicherung unterliegen allerdings einer Deckelung durch das vorgegebene Budget und sind von ihrem Ansatz her nicht dafür vorgesehen, eine vollständige Bedarfsdeckung zu erzielen. Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers stellen die Leistungen der Pflegeversicherung lediglich eine *Ergänzung* natürlicher Hilfpotentiale dar (§ 4 Abs. 2 SGB XI). Kritisiert wird auch hier, daß der in § 14 SGB XI zugrunde gelegte Begriff der Pflegebedürftigkeit nicht dem aktuellen Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse entspricht (Udsching 1996, 271). Die Pflege muß sich durch das neue Leistungsgesetz mit „einer zumindest teilweise neuen, nämlich strikt subsidiären Rolle gegenüber anderen Pflegepersonen vertraut machen, leistungsrechtliche Begrenzungen und Budgetierungen akzeptieren und soll dabei ihre Qualitätsstandards - in Form einer aktivierenden und die Selbstbestimmung fördernden Pflege - nicht aus den Augen verlieren“ (Steppe 1997, 34). Bei alledem zielt das SGB XI auf eine zielgerichtete Erweiterung des pflegerischen Leistungsangebots um bislang kaum berücksichtigte Leistungskomplexe, wie z.B. Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI), Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) sowie Angehörigenschulung und -beratung (§ 45 SGB XI).

Ist der Bedarf pflegebedürftiger Patienten - insbesondere der hier interessierenden schwerstkranken und sterbenden Menschen - durch die beschriebenen Versicherungsleistungen oder eigenes Vermögen nicht hinreichend gesichert, können ambulante Hilfen auch über das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) und damit von den (über-)örtlichen Sozialhilfeträgern gewährt werden. Auch das BSHG orientiert sich an den zuvor genannten drei pflegerischen Leistungsarten (§§ 68 ff. BSHG), ergänzt diese allerdings um beratende und betreuende Hilfen (§§ 27 ff. BSHG): Die Sozialhilfe gewährt im Einzelfall Unterstützungsleistungen, die dem Pflegebedürftigen die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ermöglichen sollen (z.B. Begleitung bei Kinobesuchen) und seiner Freizeitgestaltung dienen (z.B. Vorlesen), aber auch die Beaufsichtigung z.B. bei geistig behinderten oder hirnanorganisch veränderten Patienten beinhalten. Ambulante pflegerische und psychosoziale Leistungen, die über die Sozialhilfeträger finanziert werden, orientieren sie sich an der individuellen Bedürftigkeit des Hilfesuchenden und unterliegen keiner zeitlichen Beschränkung oder einem gesetzlich definierten Budget. In der Novellierung des § 3a BSHG vom 23. Juli 1996 (BGBl I, S. 1088) wurde jedoch in gewissem Widerspruch zu dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 3a Satz 1 BSHG) festgehalten, daß die zu gewährenden ambulanten Hilfen nicht mit „unverhältnismäßigen Mehrkosten“ für die Sozialhilfeträger verbunden sein dürfen und gegebenenfalls - sofern zumutbar - durch eine geeignete stationäre Unterbringung des Pflegebedürftigen ersetzt werden können (§ 3a Satz 2 BSHG).³³

³³ Vgl. hierzu den anhängigen Rechtsstreit zwischen einer Pflegebedürftigen und dem für sie zuständigen Sozialhilfeträger (Az.: 2 B 2216/97 - Verwaltungsgericht Göttingen).

Die mit dem sozialrechtlich definierten Leistungskatalog verbundene Trennung in grund- und behandlungspflegerische sowie hauswirtschaftliche und komplementäre psychosoziale Leistungen wirft im Alltag ambulanter Pflege zahlreiche Probleme auf. In der Pflegepraxis haben sich die künstlich geschaffenen Grenzen zwischen den Leistungsarten vielfach als „theoretisches Konstrukt“ erwiesen (Garms-Homolová/Schaeffer 1992, 53). Aus pflegerischer Sicht sind sie außerordentlich schwer zu legitimieren (vgl. z.B. Schwarzmann 1999). Sie provozieren zahlreiche Definitionsprobleme, wie allein an der seit Einführung der Pflegeversicherung zyklisch aufflammenden Diskussion um den sogenannten Abgrenzungskatalog (vgl. Igl 1995a) deutlich wird.³⁴ Viele der ausgetauschten Argumente für oder wider die Zuordnung einzelner Pflegeleistungen zu einer bestimmten Leistungsart (z.B. Grund- oder Behandlungspflege) sind aus pflegewissenschaftlicher Sicht nur unzureichend belegt, lassen sich empirisch kaum legitimieren und scheinen vorwiegend administrativen, sozialrechtlichen oder berufspolitischen Motiven geschuldet zu sein.³⁵

Wesentlich erscheint uns an dieser Stelle auch der Hinweis auf die konzeptionellen und qualifikatorischen Dimensionen dieser Debatte: Der Konflikt um den Abgrenzungskatalog³⁶ deckt auf, daß sich die ambulante Pflege bei der Definition ihres Leistungsprofils gegenüber den anderen Akteuren in Erklärungsnotstand befindet. Aufgrund des Entwicklungsrückstandes der bundesdeutschen Pflege und ihrer geringen Definitions- und Legitimationskompetenz bezogen auf ihren eigenen Arbeits- und Gegenstandsbe- reich ist derzeit kaum möglich, aus der Perspektive der eigenen Disziplin heraus begründet zu definieren, welche Leistungsbestandteile Pflege im einzelnen umfaßt oder welche sie angesichts der Bedarfslage der Patienten umfassen sollte. Ebenso fehlen die Grundlagen dafür, fundiert zu belegen, warum bestimmte pflegerische Leistungen - möglicherweise auch über einen längeren Zeitraum hinweg - erbracht werden müssen oder wann und unter welchen Konditionen pflegerische Tätigkeiten von einer professionellen Fachkraft, einer Hilfskraft, einem Angehörigen oder vielleicht sogar vom Patienten selbst durchgeführt werden sollten. Hier eine Veränderung herbeizuführen und entsprechende pflegewissenschaftliche Forschung zu initiieren ist eine wichtige Aufgabe der Zukunft.

³⁴ Vgl. hierzu auch das sogenannte „Mucoviscidose-Urteil“ des Bundessozialgerichts vom 17. April 1996 (Az.: 3 RK 28/95 - Bundessozialgericht).

³⁵ Bei der Neuordnung des § 37, die im 2. GKV-Neuordnungsgesetz beschlossen wurde und zwischen den Vertragspartnern in Form eines Konsensverfahrens erreicht werden soll, steht in erster Linie der Leistungskatalog und damit die Zuordnung einzelner Leistungen zum Grund- oder Behandlungspflegekatalog zur Disposition. Leistungen der Grundpflege werden von den Krankenkassen in der Regel nur für einen kurzen Zeitraum gewährt und bei langfristigem Pflegebedarf im Rahmen der Pflegeversicherung lediglich pauschal vergütet (Budgetprinzip). Leistungen der Behandlungspflege folgen dagegen dem Bedarfsprinzip und werden zumeist ohne zeitliche Beschränkung von den Krankenkassen erstattet. Hinzu kommt, daß Leistungen der Behandlungspflege ausschließlich von examinierten Kräften durchgeführt werden, während grundpflegerische Leistungen auch von minderqualifiziertem Personal durchgeführt werden können. Die Umkategorisierung von behandlungs- zu grundpflegerischen Leistungen, wie sie im Rahmen des neuen Leistungskatalogs beabsichtigt ist, ist für die Krankenkassen folglich mit ökonomischen Vorteilen verbunden, ohne daß sie das Budget der Pflegekassen belastet. Zugleich bedeutet sie aus Sicht der Pflege jedoch eine erneute Dequalifizierung und Einschränkung ihres Handlungsspielraums.

³⁶ Vgl. hierzu: Entwurf der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Abs. 7 SGB V (Stand: 27.08.1998)

4.2 Leistungsangebot der befragten Dienste

Wenden wir uns der Frage zu, wie sich der gesetzlich definierte Leistungskatalog auf das Angebot ambulanter Pflegedienste auswirkt und wie die befragten Einrichtungen die gesetzlichen Vorgaben im Alltag umsetzen, so fällt zunächst auf, daß sich die Interviewpartner bei der Beschreibung ihres Leistungsangebots im wesentlichen an den zuvor dargestellten Leistungsarten (Grund- und Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Versorgung) orientieren. Dabei berichten sie häufiger von dem, was sie nicht (mehr) leisten können als von dem, was sie tatsächlich an Leistungen anbieten. Die Darstellung des Leistungsangebots ambulanter Pflege wird in den Interviews vielfach durch die Beschreibung der aus Sicht der Pflegedienste restriktiven finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen überlagert. Die engen finanziellen und organisatorischen Spielräume begrenzen die Gestaltungsmöglichkeiten und konterkarieren - so die Pflegedienste - die eigenen Ansprüche an die Arbeit. Die Abrechenbarkeit pflegerischer Leistungen ist somit aus Sicht der Pflegedienste bestimmendes Kriterium bei der Gestaltung des pflegerischen Angebots. Auf diese Dominanz ökonomischer Kriterien wurde bereits an anderer Stelle ausführlich hingewiesen, weshalb dieser Aspekt bei den folgenden Erörterungen vernachlässigt wird. Statt dessen wird sich die Aufmerksamkeit bei den nachstehenden Ausführungen auf konzeptionelle und qualifikatorische Aspekte richten.

Nicht alle der befragten Dienste halten mit ihrem Angebot den gesamten gesetzlich definierten Leistungskatalog vor. Im Pflegealltag wird dieser sowohl unter- als auch überschritten: Wie der nachstehenden Tabelle (Tab. 7) zu entnehmen ist, bieten vier der befragten Pflegeeinrichtungen nur Teile des formalen Leistungskatalogs an, andere halten ein darüber hinausgehendes Angebot vor.

Code	Grund- und Behandlungs- pflege	Hauswirt- schaftliche Leistungen	Sozialpfle- gerische Dienste	Komplemen- täre Leistungen
1 AWT	+	+	∅	∅
2 ASP	+	+	+	∅
4 ANP	+	+	+	∅
5 ANP	+	+	∅	∅
6 ASP	+	+	∅	∅
7 AWP	+	+	+	+
8 AWP	+	∅	∅	∅
9 ASP	+/∅	+	+	+
10 ASP	+	+	+	+
11 ANP	+	+	∅	+
13 ASP	+	∅	+	∅
14 ANP	+	+	+	+
15 AOP	+	+	+	+
16 AOP	+	+	+	+
17 ASP	+	∅	+	+
20 AWP	+	+	∅	∅

Tabelle 7: Leistungsangebot der befragten Dienste

Drei der befragten Pflegedienste beschränken sich darauf, Leistungen der Grund- und Behandlungspflege vorzuhalten.³⁷ Bei Bedarf an hauswirtschaftlichen Diensten verweisen sie auf andere Anbieter. Ein weiterer Pflegedienst bietet - lediglich vorübergehend, wie er versichert - keine behandlungspflegerischen Leistungen an und beschränkt sein Angebot auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Leistungen (Inter 9 ASP).

Zehn der befragten ambulanten Dienste beschäftigen sozialarbeiterische Fachkräfte und offerieren den Patienten neben grund-, behandlungs- und hauspflegerischen Leistungen auch sozialpflegerische Dienste. Der Tätigkeitsschwerpunkt der Sozialarbeiter und -pädagogen liegt vorwiegend im sozialrechtlichen und sozialadministrativen Bereich. Sie stellen Kontakte zu den Kostenträgern her, erledigen die bei der Organisation einer Pflege und ergänzenden sozialen Diensten anfallenden administrativen Arbeiten, sichern die Refinanzierung der von der Pflege erbrachten Leistungen und übernehmen die soziale, rechtliche und versorgungsorganisatorische Beratung der Patienten. Eine Pflegedienstleiterin betont, daß sich der Arbeitsschwerpunkt der Sozialarbeiter aufgrund der veränderten Finanzierungsgrundlagen in der jüngeren Vergangenheit deutlich in Richtung Versorgungsorganisation und -administration verschoben hat (Inter 16 AOP, 3). Ebenfalls unter der Verantwortung von Sozialarbeitern oder anderer (Fach-) Hochschulabsolventen bieten acht der befragten Einrichtungen ihren Patienten ein komplementäres Dienstleistungsangebot, das z.B. Mahlzeitendienste, Notrufdienste, Pflegewohnungen oder betreutes Wohnen umfaßt und vielfach auch Kommunikationshilfen vorsieht.

Zusammenfassend bleibt zum Leistungsangebot der befragten Einrichtungen festzuhalten, daß die meisten ambulanten Pflegedienste die zuvor beschriebenen gesetzlich definierten Leistungsarten vorhalten oder aber sicherzustellen bemüht sind. Sie machen damit den Kern ihres pflegerischen Leistungsangebots aus. Unter formalen Gesichtspunkten betrachtet ist damit eine flächendeckende Angebotsstruktur geschaffen, mit der Defizite der Selbstversorgung bei jenem Personenkreis ausgeglichen werden könnten, dessen Funktionsfähigkeit - sei es aus krankheits- oder altersbedingten Gründen - eingeschränkt ist, und die Unterstützung bei der Aufrechterhaltung der alltäglichen Lebensführung benötigen.

³⁷ An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, daß zumindest die Einrichtungen, die keine hauswirtschaftlichen Leistungen anbieten, aber einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen nach SGB XI geschlossen haben, gesetzlich dazu verpflichtet sind, einen Kooperationsvertrag mit Einrichtungen einzugehen, die hauswirtschaftliche Leistungen offerieren. Ein Pflegedienst berichtet in diesem Zusammenhang von einem Verfahren, das ungewöhnlich ist und daher kurz erwähnt werden soll: Weil die Einrichtung keine hauswirtschaftlichen Leistungen anbietet, werden die finanziellen Forderungen gegenüber den Patienten um 30 % reduziert. Von der Differenz zu der Kostenerstattung der Pflegeversicherung muß der Patient seine hauswirtschaftliche Versorgung eigenständig organisieren (Inter 8 AWP). Allerdings bezieht der Pflegedienst diese Leistung in seine Maßnahmen zur Qualitätssicherung ein. Unser Gesprächspartner führt aus:

„(...) es gibt ja auch Leute, die kommen da hin und machen wischiwishi. Das hab ich von Anfang an gesagt, wenn es von uns vermittelt wird, dann schauen wir mit drauf, wir sind ja tagtäglich da (...)“ (Inter 8 AWP, 5)

Wiewohl durch dieses Vorgehen garantiert sein mag, daß Qualitätsdefizite bei der hauswirtschaftlichen Versorgung vermieden werden, handelt es sich doch um ein fragwürdiges Verfahren, zumal Teile der Versorgungsorganisation hier dem in seiner Autonomie eingeschränkten Patienten aufgebürdet und Versorgungslasten auf ihn umverlagert werden.

Gleichwohl ist der Alltag ambulanter Pflege oftmals dadurch geprägt, daß die Dienste mit ihrem Angebot bei der Patientenversorgung rasch an Grenzen stoßen und ihre realen Leistungsmöglichkeiten vielfach beschränkt sind (vgl. Kap. 3) - eine Problematik, die mittlerweile auch seitens der Gesundheitspolitik Gehör fand und speziell mit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes eine grundlegende Kurskorrektur erfahren sollte.

Im folgenden Abschnitt interessiert daher, wie sich das reale Leistungsvermögen ambulanter Pflegedienste unmittelbar nach Einführung dieses neuen Leistungsgesetzes darstellt, wobei weniger die neuerlich vorgehaltenen Angebotsarten, als vielmehr die Reichweite des *realen Leistungsvermögens* und der Dienstangebote ambulanter Pflege bei den unterschiedlichen Patientengruppen sowie die sich bei der Leistungserbringung stellenden Probleme im Mittelpunkt stehen. Aus diesem Grund folgt die Betrachtung der zuvor vorgenommenen Klassifizierung in Regel-, Schwellen- und Ausnahmepatienten.

4.3 Reales Leistungsvermögen

Wird das Leistungspotential ambulanter Pflege unter dem Gesichtspunkt der Patientenversorgung in den Blick genommen, zeigt sich, daß die Dienste nach wie vor dort am effektivsten arbeiten, wo der Bedarf hinsichtlich des Umfangs und der Qualität limitiert ist und mit Standardleistungen abgedeckt werden kann (Garms-Homolová/Schaeffer 1992). Dies gilt für einen Großteil jener Patienten, die zuvor als *Regel- oder Stammklientel* bezeichnet wurden und die ambulante Pflegeleistungen zahlenmäßig am häufigsten in Anspruch nehmen. Ist also ambulante Pflege erforderlich, um nur wenige und in ihrer Art übersichtliche Selbstversorgungsdefizite zu kompensieren, erweisen sich die Leistungsmöglichkeiten als hinreichend - wenngleich aus der Sicht der befragten Dienste nicht unbedingt als befriedigend. Weist die Bedarfssituation der Patienten indes individuelle Besonderheiten auf oder verlangt nach speziellen Lösungen, die aus dem Rahmen fallen, können rasch Probleme entstehen.

Das für die Pflege von Regelpatienten zur Verfügung stehende Zeitvolumen pro Einsatz wird von den Diensten im Mittel mit ungefähr einer halben Stunde beziffert, unabhängig von der erbrachten Leistungsart. Aus Sicht der Pflege ermöglichen diese Rahmenbedingungen bestenfalls eine "schnelle Pflege" (Inter 10 ASP, 5). Selbst im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung erhalten die zumeist alten und hochbetagten Pflegebedürftigen - so die Dienste - selten mehr als das unbedingt Notwendige. Ein anderer Interviewpartner macht neben der zeitlichen Beschränkung des Leistungsangebots auch auf eine inhaltliche Schwerpunktsetzung aufmerksam, indem er die ambulante Pflege kurzerhand als „Flitz-und-Spritz-Pflege“ (Inter 9 ASP, 1) charakterisiert.³⁸

³⁸ Hinter dieser im Zusammenhang mit der ambulanten Pflege häufig gebrauchten Bezeichnung verbirgt sich die Erfahrung, daß Regelpatienten zumindest bis zur Einführung der Pflegeversicherung vorwiegend pflegetherapeutische Leistungen (z.B. Insulin-Vergabe) erhalten haben, die sich problemlos mit den Kostenträgern abrechnen ließen. Wie bereits angemerkt scheint sich hier im Zusammenhang mit der Debatte über den Abgrenzungskatalog eine Änderung abzuzeichnen. Pflegetherapeutische Leistungen, die regelmäßig durchgeführt werden müssen und als „erlernbar“ eingestuft werden, sollen von den Patienten künftig eigenständig durchgeführt werden. Der somit

Aufgrund der Vertrautheit der Hilfe- und Krankheitssituation und eines über weite Strecken stabilen Hilfebedarfs ist die Pflege der Stammklientel ambulanter Pflege mit einer Reihe wiederkehrender, vornehmlich pflegetherapeutischer Verrichtungen verbunden, deren zeitlicher Umfang relativ konstant ist und die von den Pflegediensten durchweg zu geregelten Zeiten erbracht werden können. Die Pflegeeinsätze sind damit für die Anbieter inhaltlich vorhersehbar, zeitlich planbar und lediglich mit einem geringem organisatorischen Aufwand verbunden. Regelpatienten stoßen daher bei den ambulanten Pflegediensten auf Handlungsrouninen, die sich relativ problemlos mit dem vorhandenen Stammpersonal bewältigen lassen und bei Bedarf zugleich den Einsatz von angelegerten Hilfskräften oder Honorarmitarbeitern erlauben.

Gleichwohl ist die Pflege der Stammklientel aus Sicht der befragten Einrichtungen aber gelegentlich auch mit Schwierigkeiten verbunden. An erster Stelle sind hier die Komplikationen anzuführen, die aus der *Finanzierungsstruktur* ambulanter Pflege erwachsen. Liegt der Pflegebedarf eines Regelpatienten ausschließlich im hauswirtschaftlichen Bereich, scheitert die Pflege oftmals bereits an den mangelnden Finanzierungsmöglichkeiten. Hauswirtschaftliche Hilfen werden von den Kostenträgern in der Regel lediglich im Verbund mit einer der beiden anderen Leistungsarten, d.h. grund- und/oder behandlungspflegerischen Diensten gewährt. Während für die Krankenkassen zumeist ein behandlungspflegerischer Bedarf und damit Krankenbehandlung als leistungsauslösendes Kriterium gegeben sein muß, verfährt die Pflegekasse strikt subsidiär: Grundpflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen sind erst für Patienten mit erheblicher Pflegebedürftigkeit vorgesehen und selbst in diesen Fällen muß der grundpflegerische gegenüber dem hauswirtschaftlichen Bedarf überwiegen. Die Einfädelung von Patienten mit einem geringeren, vorwiegend hauswirtschaftlichen Pflegebedarf³⁹ ist für die Pflegedienste folglich mit Hindernissen verbunden.

Gelingt es ihnen dennoch, die Finanzierung der Pflege auf die eine oder andere Art sicherzustellen (sei es durch die Genehmigung einer Krankenhausersatzpflege im Anschluß an einen Klinikaufenthalt, durch Eigenmittel des Patienten oder durch Mittel des Sozialhilfeträgers), wird die Kontaktaufnahme und die kontinuierliche Beziehungsgestaltung bei Patienten mit geringem Pflegebedarf - nicht zuletzt aufgrund der nach Ansicht der Pflegedienste zu geringen Leistungsentgelte - vorwiegend von un- oder angelegerten Mitarbeitern wahrgenommen (Garms-Homolová/Schaeffer 1992). Selbst wenn sich der Bedarf des Patienten im weiteren Verlauf der Pflege ausweitet, bleiben Hauswirtschafts- oder Pflegehilfskräfte erfahrungsgemäß vorrangige Bezugsperson. Sie verbringen deutlich mehr Zeit bei und mit den Regelpatienten als die Pflegefachkräfte, die zumeist auf pfe-

entstehende Bedarf im Bereich der Patientenanleitung und -edukation wird derzeit aber weder von den Kostenträgern noch von den Pflegediensten wahrgenommen oder konzeptionell umgesetzt.

³⁹ Für einen derartigen Pflegebedarf wird neuerdings der Begriff „Pfleigestufe 0“ verwendet. Damit soll verdeutlicht werden, daß die betreffende Patient aufgrund seines Hilfebedarfs durchaus als pflegebedürftig einzustufen ist, daß er jedoch nach dem Gesetz keine Anspruch auf Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz hat, da diese erst ab Pfleigestufe 1 (= erheblich pflegebedürftig) gewährt werden.

getherapeutische Leistungen und damit die bereits erwähnte „Flitz-und-Spritz-Pflege“ abonniert sind.

Die geringe Qualifikation und die schwach ausgeprägten kommunikativen Kompetenzen der Hauswirtschafts- und Pflegehilfskräfte ziehen zahlreiche Probleme bei der *Interaktionsgestaltung* nach sich, z.B. die an anderer Stelle bereits skizzierte Rollendiffusion. Sie mündet im Pflegealltag nicht selten in eine „Hausfrauisierung“ oder „Famialisierung“ der Pflege und bewirkt unter Umständen eine schleichende Dauerbelastung der Helfer oder provoziert Konflikte mit den pflegenden Angehörigen.

Damit ist ein weiteres Dilemma bei der Pflege von Regelpatienten angesprochen: Angehörige stellen zwar eine wichtige Ressource bei der Bewältigung der sich aus der Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit ergebenden Belastungen dar. Die notwendige *Unterstützung und Begleitung von Angehörigen* bei der Bewältigung ihrer zahlreichen Aufgaben in der ambulanten Pflege stößt aus Sicht der befragten Einrichtungen allerdings schnell an Grenzen:

„Gespräche mit den Angehörigen, das wird natürlich nicht bezahlt, das ist reinster Service (...)“ (Inter 20 AWO, 6).

Weder können die Pflegedienste sich den Angehörigen in der Weise widmen, wie es angesichts ihrer zentralen Rolle für die Ermöglichung ambulanter Pflege bzw. häuslicher Versorgung notwendig wäre, noch sehen sie sich in der Lage, die Aufgabe der Angehörigenbetreuung professionell anzugehen und dauerhaft in ihr Leistungsangebot zu integrieren (Schaeffer 1992, v. Ferber 1993). Als Ursache hierfür können neben den unzureichenden Finanzierungsmöglichkeiten für derartige Leistungen nicht zuletzt auch qualifikatorische Defizite identifiziert werden, zählt doch die Anleitung, Begleitung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen oder informellen Helfern bislang kaum zu den Inhalten der Pflegeausbildung. Die wenigsten Pflegekräfte haben während ihrer Ausbildung oder ihrer späteren Berufstätigkeit gelernt, Angehörige als Teil des Patientensystems wahrzunehmen, in den Pflegeprozeß zu integrieren oder sie bei der Pflege und Versorgung gezielt anzuleiten und zu unterstützen. „Speziell die letztgenannte, im anglo-amerikanischen als 'caring for the carers' bekannte Aufgabe, ist hierzulande noch längst nicht hinreichend angedacht.“ (Schaeffer 1997, 87). Es ist folglich nicht verwunderlich, wenn lediglich einer der befragten Pflegedienste die Betreuung und Begleitung von Angehörigen als wichtige pflegerische Aufgabe versteht und - ungeachtet der unzureichenden Refinanzierungsmöglichkeiten - in sein Leistungsprofil konzeptionell integriert hat (Inter 11 ANP, 2). Zwar scheint mit Einführung der Pflegeversicherung in diesem Bereich ein Umdenken einzusetzen und die Rolle der Pflege gegenüber den Laienpflegepersonen einer Neudefinition unterzogen zu werden (Steppe 1997). Bis zum Zeitpunkt unserer Erhebung konzentrierten sich die Aktivitäten aber vorwiegend auf die im Gesetz vorgesehenen Schulungen für Angehörige und informelle Helfer (§ 45 SGB XI), wohingegen der kontinuierlichen Begleitung und Unterstützung von Laienpflegepersonen im Pflegealltag bis dato kaum Beachtung geschenkt wurde (Badura 1993, Schaeffer 1997).

Ein weiteres potentielles Konfliktfeld bei der Pflege von Regelpatienten besteht für die ambulanten Pflegedienste in der *Kooperation* mit anderen Leistungsanbietern, sei es ambulanten oder auch stationären Einrichtungen und den in ihnen tätigen Berufsgruppen (Garms-Homolová/Schaeffer 1998). Bemerkenswert ist zunächst, daß dieser Problembereich von den befragten Einrichtungen nur selten explizit angesprochen und als pflegerische Herausforderung wahrgenommen wird. Dabei ist Kooperation in hochdifferenzierten und arbeitsteiligen Gesundheitssystemen wie dem bundesdeutschen eine notwendige Voraussetzung zur Herstellung von Kontinuität und Integration. Diese wiederum gelten in Expertenkreisen als Garant für eine auf den Bedarf der Patienten abgestimmte und damit qualitativ hochwertige Krankenversorgung (WHO 1981). Bereits bei einem niedrigen und kontinuierlichen Pflegebedarf, wie er für die meisten Regelpatienten typisch ist, müssen Kooperationsleistungen regelmäßig erbracht werden, um die diversen Schnittstellen im Gesundheitssystem zu überwinden, Gefahren für die Gesundheit der Patienten zu vermeiden und die Qualität der Versorgung insgesamt zu sichern (Badura 1994, Domscheit/Wingefeld 1996, Ewers 1996, Garms-Homolová/Schaeffer 1998).

Die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten ist vor diesem Hintergrund für die ambulante Pflege gleich in mehrfacher Hinsicht von zentraler Bedeutung. Nicht nur, daß Leistungsumfang und -art der Häuslichen Krankenpflege und Hilfsmittelversorgung im wesentlichen durch Dritte, d.h. insbesondere die Indikationsmacht der Ärzte, maßgeblich bestimmt werden. Auch bei der Leistungserbringung ist eine enge Abstimmung zwischen Medizin und Pflege unverzichtbar, um auf diese Weise die Qualität der Pflege sichern oder besser noch, fördern zu können (Schaeffer/Ewers 1997). In der Pflegepraxis aber erweist sich das Kooperationsverhältnis zwischen den beiden Berufsgruppen bekanntlich als schwierig (Schaeffer 1998, Garms-Homolová/Schaeffer 1998), wie die folgende Aussage aus unserem Interviewmaterial unterstreicht:

„(...) bei Ärzten muß man prinzipiell sehr diplomatisch sein, in die eine oder andere Richtung. Es ist schlecht, wenn man zum Arzt sagt, ich will das und das von Ihnen und das will ich auch noch, weil der Arzt muß uns ja alles verordnen. Wir können ja nicht sagen, daß ist notwendig. Aber wir können sagen, wir sind da eingeschaltet worden und das und das haben wir vorgefunden und ja, (...) würden sie uns zustimmen, daß (...) - so halt.“ (Inter 17 ASP, 8)

Wie dieses Beispiel zeigt, nötigt die eingeschränkte berufliche Autonomie und die damit verbundene Nachrangigkeit der Pflege gegenüber der Medizin die Dienste gegenüber den Ärzten vielfach zu strategischem Handeln, um die aus ihrer Sicht notwendigen pflegerischen Leistungen durchzuführen und ihren professionellen Aktionsradius erweitern zu können. Das Verhältnis zwischen beiden Berufsgruppen ist als eine Folge der Statusunterschiede von gegenseitigem Mißtrauen belastet. Dies wird auch an den vorliegenden Interviews deutlich, die mit Pflegekräften aus der ehemaligen DDR geführt wurden. Die Kooperationsbeziehung zwischen Medizin und Pflege hat nach der Wende und der damit verbundenen Übertragung des bundesdeutschen Gesundheitssystems auf die fünf neuen Länder eine deutliche Modifikation erfahren:

„Es hat sich schnell ein Standesdünkel in der Ärzteschaft entwickelt und die Pflegekräfte waren vorher hierarchisch gleich. Und das verkraften sie heute nicht, daß sie nun Bittsteller sind, um die Versorgungssituation für die Patienten zu sichern. (...) Andererseits aber sind sie der Meinung, sie müßten doch beide aber das gleiche Interesse am Wohl des Patienten haben. Das ist aber nicht unbedingt so.“ (Inter 3 AOP, 2)

Die Pflegekräfte sehen sich von den Medizinerinnen in die Rolle von Handlangern und Bittstellern gedrängt und nur in Ausnahmefällen als gleichberechtigter Partner akzeptiert. Die für eine qualifizierte Krankenversorgung notwendige Kooperation zwischen Medizin und Pflege und die Sicherstellung einer fallorientierten Zusammenführung unterschiedlicher Sichtweisen auf das Leistungsgeschehen wird durch das strukturelle Ungleichgewicht im Verhältnis beider Berufe zueinander nachhaltig behindert (Garms-Homolová 1994, Schaeffer 1998). Die Frage, ob die Zusammenarbeit mit den Ärzten bei der Versorgung von Regelpatienten unter diesen Umständen gelingen kann oder nicht, hängt nach Aussage der befragten Pflegedienste im wesentlichen von der Beziehung der beteiligten Personen zueinander und weniger von organisatorischen Zielen, konzeptionellen Erwägungen oder gar dem Bedarf der Patienten ab. Eine Interviewpartnerin bemerkt hierzu:

„(...) Ist das Verhältnis nicht positiv, dann kann man fest damit rechnen, daß einer dem anderen ins Kreuz fällt und dann sind wir sowieso aufgeschmissen. (...) Wir ärgern uns zwar, wir machen die Faust in der Tasche (...), aber im großen und ganzen, denk ich mal, regelmäßige Anrufe finden mit Sicherheit statt, wenn man irgendwas braucht oder so. In vielen Fällen, bei vielen Patienten machen wir es, wenn wir Medikamente oder Verbandsmaterial und alles bestellen müssen, dann findet sowieso ein Kontakt statt und dann redet man gleichzeitig auch mal über den Patienten (...)“ (Inter 1 AWT, 24).

Vielfach regulieren die Pflegedienste die Kooperationskonflikte dadurch, daß sie - wie in diesem Beispiel - die Kontakte zu den niedergelassenen Ärzten auf das Maß des unbedingt Notwendigen reduzieren. Gemildert werden die Kooperationschwierigkeiten bei der Stammklientel ambulanter Pflege aber auch dadurch, daß sich die beteiligten Parteien - Ärzte, Patienten und Pflegedienste - meist über einen längeren Zeitraum hinweg kennen, sich auf die eine oder andere Art und Weise miteinander arrangiert haben und Konflikte im Alltag so weit wie möglich zu vermeiden suchen.

Ungeachtet der von den befragten Einrichtungen im Pflegealltag praktizierten Lösungsmöglichkeiten bei Kooperationsproblemen ist vor dem Hintergrund unseres Datenmaterials zu konstatieren, daß sich die ambulanten Pflegedienste der zentralen Bedeutung von Kooperation und ihrer besonderen Verantwortung bei der Herstellung stabiler professions- und institutionenübergreifender Beziehungen in der Versorgung chronisch und langzeitkranker Menschen kaum bewußt sind. Zwar unterhalten sie regelmäßige Kontakte zu Arztpraxen, Kliniken, Pflegeheimen oder anderen Versorgungseinrichtungen und sie vermitteln hilfeschuchende Patienten an Ärzte, Physiotherapeuten oder komplementäre Dienste. Ihre Aktivitäten zur Verknüpfung der unterschiedlichen Angebote oder ihre Bemühungen um tragfähige Arbeitsbeziehungen zu anderen Leistungserbringern tragen

jedoch häufig zufälligen und bedingten Charakter (z.B. Inter 5 ANP, 3). Kooperationsleistungen werden zumeist nebenbei erledigt, sind abhängig von äußeren Anlässen und verlaufen weitgehend unsystematisch. Aus Sicht der Pflegedienste entstehen funktionierende Kooperationsbeziehungen mehr oder minder naturwüchsig - sie ergeben sich oder eben nicht. Darüber hinaus sind sie oftmals durch personale Abhängigkeit gekennzeichnet, wie an der Kooperation mit den Ärzten veranschaulicht wurde. Exemplarisch zeigt dies der Sicht der Pflegedienste zufolge, daß ihre Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten bei der Herstellung und Aufrechterhaltung tragfähiger Kooperationsbeziehungen begrenzt sind (siehe auch Weidner 1995, Schaeffer/Ewers 1997).

Korrespondierend hierzu beklagen die befragten Dienste bei der Pflege der Stammklientel vor allem fehlende oder unzureichende Verordnungen der Ärzte aber auch unvorbereitete und ungeplante Klinikentlassungen. Die ambulanten Pflegedienste sehen sich als letztes und schwächstes Glied der Versorgungskette, weshalb ihnen nur die Möglichkeit bleibt, auf das Versorgungshandeln der anderen Leistungserbringer zu reagieren und

„(...) die Wochenendgeschenke, die Christkinder, die Ostereier, die Pfingst-ochsen (...)“ (Inter 1 AWT, 33)

zurückzuweisen. Die Interviews zeigen, daß institutionalisierte Formen der Kooperation, die auf der Leitungsebene beschlossen und auf der Ebene der MitarbeiterInnen mit dem Ziel umgesetzt wird, derartige Probleme bei der Versorgungsgestaltung durch gezielte Absprachen zu vermeiden, eher die Ausnahme denn die Regel bilden: lediglich vier der befragten Einrichtungen unterhalten eine institutionalisierte Kooperation mit anderen Anbietern gesundheitsrelevanter Dienstleistungen.⁴⁰ In allen anderen Fällen wird die Kooperation informell gestaltet und ist - wie deutlich wurde - selbst bei der Pflege der Stammklientel immer wieder Problemen und Belastungsproben ausgesetzt, deren Folgen zumeist die Patienten zu tragen haben. Sie können nicht unbedingt davon ausgehen, daß der Informationsaustausch und die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen zu ihrer Betreuung notwendigen Versorgungsinstanzen gelingt, was sich für sie in Qualitätseinbußen und Diskontinuitäterscheinungen bemerkbar macht.

Erweist sich das reale Leistungsprofil ambulanter Pflege bei der Stammklientel noch als ausreichend, so treffen **Schwellenpatienten** bei den befragten Pflegediensten bereits spürbar an Grenzen. Der Pflege- und Betreuungsbedarf dieser zumeist jüngeren und anspruchsvolleren Patienten, zu denen analog der zuvor vorgenommenen Klassifizierung u.a. Patienten mit Karzinom- oder Infektionserkrankungen sowie Patienten mit Altersdemenzen, psychiatrischen Auffälligkeiten und hirnorganischen Veränderungen gehören, übersteigt tendenziell das reale Leistungsangebot ambulanter Pflege sowohl in seinen quantitativen als auch in seinen qualitativen Dimensionen. Bei den einen ist es der durch krisenhafte Verschlechterung oder kurzfristige Remission im Krankheitsverlauf verursachte plötzliche Wechsel des pflegerischen Leistungsumfangs, der den Pflegediensten eine

⁴⁰ Diese sind dadurch entstanden, daß in einigen Bundesländern (z.B. Baden-Württemberg, Hessen, NRW) mittlerweile die Verpflichtung der Träger besteht, sich in regionalen Arbeitskreisen zu organisieren.

ungewohnte Flexibilität bei der Leistungsorganisation abverlangt. In anderen Fällen ist es eher die ungewohnte und allmählich zunehmende Intensität der Pflegebeziehung, die sich für die Dienste als Problem darstellt. Angestammte Routinen, wie sie für das Pflegehandeln bei den Regelpatienten charakteristisch sind, erweisen sich bei der Pflege von Schwellenpatienten zunehmend als untauglich. An ihre Stelle muß eine Individualisierung der pflegerischen Leistungserbringung treten. Die Pflege von Schwellenpatienten stellt damit sowohl an das Management der Pflegedienste als auch an die direkte Leistungserbringung besondere Ansprüche, die den befragten Einrichtungen im Alltag allerdings erhebliche Probleme bereiten und nur schwer zu bewältigen sind.

Erste Herausforderungen ergeben sich für die Pflegedienste bereits bei der *Finanzierung* der Pflegeleistungen. Der komplexe Pflegebedarf von Schwellenpatienten läßt sich mit der abstrakten Regelmäßigkeit der Leistungsarten sowie den starren Grenzen zwischen den unterschiedlichen Kostenträgern nur schwerlich in Einklang bringen und verlangt nach einem komplizierten Finanzierungsmix: Die Versicherungsleistungen von Kranken- und Pflegekassen müssen mit den Eigenleistungen der Patienten oder den auf dem Bedürftigkeitsprinzip basierenden Zuschüssen des Sozialhilfeträgers verrechnet und gemäß der Logik der Gesetze subsidiär beantragt und eingesetzt werden. Unterschiedliche Anforderungen und Relevanzkriterien der jeweiligen Kostenträger nötigen das Management zu einer an den Besonderheiten des Einzelfalls orientierten Abwicklung des Verfahrens. Dadurch werden von den Pflegediensten entwickelte Routinen bei der Refinanzierung und Organisation von Pflegeleistungen durchbrochen und zugleich höhere Anforderungen an die Begründungs- und Legitimationskompetenz der verantwortlichen Pflegefachkräfte gestellt. Doch trotz der vielfach geleisteten Anstrengungen des Managements kommt es vor, daß Pflegediensten durch die Betreuung von Schwellenpatienten empfindliche Finanzierungslücken entstehen. Wird ein bereits seit längerem betreuter Patient z.B. zunehmend verwirrt oder orientierungslos und erreicht der Pflegeaufwand dadurch eine qualitative Dimension, die den verstärkten Einsatz von qualifizierten und damit kostenintensiven Mitarbeitern verlangt, steht für den damit verbundenen Mehraufwand in der Regel kein Kostenträger zur Verfügung. In besonders schwierigen Fällen erklären die Pflegedienste diese Pflege dann als ambulant nicht mehr durchführbar, weshalb dem Patienten zur Deckung seines Pflegebedarfs nur der Rückgriff auf die stationäre Versorgung bleibt (Inter 1 AWT).

Vor allem der mit der Pflege von Schwellenpatienten einhergehende und gegenüber der Stammklientel *erhöhte Interaktions- und Kommunikationsbedarf* erweist sich für die Pflegedienste im Alltag als Handikap. Auch die mit der Betreuung von Schwellenpatienten einhergehende Intensivierung der Leistungserbringung kann mit den Routinen ambulanter Pflege nicht gewährleistet werden. Hierzu ein Auszug aus unserem Interviewmaterial:

„Sie können eine vernünftige Pflege in einer halben Stunde durchziehen und dann kommt entweder noch Blutdruckmessen - das ist ja dann Behandlungspflege - oder 'ne Heparin-Spritze oder Insulin-Spritze dazu. Gut, sie müssen aber auch in der ambulanten Pflege die Seele mitstrei-

fen, sie müssen mal hinterfragen, wie geht's ihnen überhaupt. Wenn sie so in der Pflege mit involviert sind, dann kommt nach 'ner gewissen Zeit rüber, ich fühle mich da schlecht, ich brauch' da noch ein bißchen Unterstützung oder Hilfe und wenn man merkt, hier ist ein Spannungsfeld, dann muß man ein bißchen langsamer pflegen, dann muß man da mal hinterfragen, hinterhören. Und wenn sie merken, gut, es ist alles in Ordnung, dann können sie ihr Programm in 'ner halben Stunde durchziehen. (...) Sehn Sie mal, wenn da ein Verband zusätzlich noch gewechselt werden muß, drehen sie rum, drei, vier mal, dann sitzt der Verband und dann darf man den Patienten doch nicht sofort allein lassen. Dann wird ja die Seele mal ein bißchen gefordert, da mal wirklich ein paar Sätze mit den Angehörigen reden, auch mit dem Patienten. Auch wenn man den Waschvorgang morgens tätigt, da muß man auch mit dem Patienten reden." (Inter 8 AWP, 7)

Auf die hier beschriebene Notwendigkeit, „langsamer zu pflegen“, d.h. die individuellen Bedürfnisse und den subjektiven Bedarf der Schwellenpatienten in ihren sozialen Settings sorgfältig wahrzunehmen und bei der Pflegeplanung und -gestaltung zu berücksichtigen, sind die befragten Einrichtungen weder konzeptionell noch qualifikatorisch hinreichend vorbereitet (Schaeffer 1992). Zudem übersteigt eine solche Vorgehensweise in der Regel das ihnen zur Verfügung stehende Zeit- bzw. Finanzbudget. Dies wirkt sich auf die Leistungserbringung aus: Aus Sicht der Pflegedienstleitungen werden Schwellenpatienten mit ihrem unvorhersehbaren zeitlichen Mehrbedarf zu einer potentiellen Störquelle für den geregelten Betriebsablauf. Sie verlangen eine flexible Einsatzplanung und einen gezielten Personaleinsatz, da die Patienten mit ihrem erhöhten Kommunikations- und Interaktionsbedarf vor allem bei den angelernten Mitarbeitern oftmals Überforderungserscheinungen hervorrufen. Diese Schwierigkeiten werden neuerdings durch die im Pflegeversicherungsgesetz verankerte Forderung nach einer aktivierenden und rehabilitativ ausgerichteten ambulanten Pflege noch verschärft:

„(...) die Pflegeintensität bei denen, die wir jetzt haben. Ja das Motivieren, dieses Überzeugen, daß man jetzt aufstehen soll, (...) oder wenn jetzt jemand - wir haben zwei mit Muskelerkrankung - bis die mal laufen (...). Natürlich kann man die auch in Rollstuhl setzen und ab von einem Ort zum andern fahren. Aber das ist das, was auch Zeit kostet und dann einfach, daß der Tag jetzt anfängt, die Überzeugungsarbeit zu leisten, so wie jetzt gerade meine Kollegin da angerufen hat und gehört hat, ich steh jetzt nicht auf (...)" (Inter 17 ASP, 6).

Das Ansinnen, den Patienten im Rahmen seiner Möglichkeiten aktiv an der Planung und Durchführung pflegerischer Maßnahmen zu beteiligen, erhöht den ohnehin vorhandenen Kommunikations- und Interaktionsbedarf in der ambulanten Pflege. Aus der Perspektive der befragten Dienste ist die Leistungserbringung „mit den Patienten“ dadurch oftmals anstrengender und zeitintensiver als die traditionelle Form der Leistungserbringung „an dem Patienten“. Insbesondere psychiatrisch auffällige, demente und altersverwirrte Patienten erweisen sich diesbezüglich für die ambulanten Dienste als heikel. Die Interaktion und Kommunikation mit den als schwierig empfundenen Patienten deckt bei den Mitarbeitern neben den bereits erwähnten Defiziten im Bereich sozialer Kompetenzen vielfach auch Belastungsgrenzen auf, die in vielen Fällen für das Scheitern einer ambulanten Pflege verantwortlich zu machen sind (Inter 13 ASP).

Vor diesem Hintergrund gestaltet sich auch das Verhältnis zu den *Angehörigen* von Schwellenpatienten für die befragten Dienste problematischer als bei den Regelpatienten. Kompliziert wird es für die Pflegedienste z.B. immer dann,

„(...) wenn es jemand gibt, der sich für alles verantwortlich fühlt, immer wieder anruft und sagt, wieso ist das nicht gemacht, wurde das vergessen. Ich hab gesehn, daß der Kaffee nur halb getrunken war, war die Schwester nicht lange genug dabei, um das noch zu Ende trinken zu lassen? Wieso habe ich da unten noch 'ne halbe Tablette gefunden, ist da irgendwas 'runtergefallen? Was ist denn los, die Rechnung ist so hoch?“ (Inter 13 ASP, 3)

Als eine der Folgen der mit der Pflegeversicherung einsetzenden marktformigen Umgestaltung der Pflege verhält sich nach Ansicht der befragten Pflegedienste das soziale Umfeld der zu „Kunden“ deklarierten Patienten tendenziell anspruchsvoller (Inter 12 AST). Angehörige von Schwellenpatienten formulieren mittlerweile eigene Ansprüche an die Leistungserbringung, bestehen teilweise darauf, als gleichberechtigter Partner der Pflege betrachtet zu werden oder verstehen sich als Kontrollinstanz, die im Interesse der Gepflegten die Pflegeleistungen überprüft. Aus Sicht der befragten Pflegedienste sind die Leistungsmöglichkeiten des Dienstes damit deutlich überstrapaziert (Inter 17 ASP, 2). Vielfach gelten Angehörige daher als Störfaktor, die die „eigentliche Pflege“ behindern und das Belastungsniveau erhöhen:

„Manchmal hat man das Bedürfnis, den Angehörigen aus der Tür zu schicken, damit man in Ruhe pflegen kann.“ (Inter 15 AOP, 3)

Ein befragter Pflegedienst geht soweit, Besuche von pflegenden Angehörigen in der Sozialstation zu kontingentieren: Gespräche mit der Pflegedienstleitung sind den Angehörigen lediglich einmal pro Monat zu festgelegten Zeiten gestattet (Inter 2 ASP). Sind damit auch Extrembeispiele im Umgang mit dem sozialen Umfeld von Schwellenpatienten benannt, so unterstreicht diese Vorgehensweise doch eine bereits bei der Pflege von Regelpatienten angesprochene Schwäche ambulanter Pflege: professionelle Hilfe so zu implementieren, daß vorhandene Hilfpotentiale nicht geschwächt oder gar zerstört, sondern konstruktiv einbezogen werden (Schaeffer 1997), gelingt im Alltag ambulanter Pflege nur selten. Welche Ergebnisse sich dagegen durch eine gezielte Angehörigenintegration erzielen lassen, wird an dem folgenden Beispiel nachvollziehbar. Die Ehefrau des von einem der befragten Pflegedienste betreuten Karzinompatienten sah sich zunächst nicht in der Lage, die nach der Krankenhausentlassung notwendige Pflege für ihren Mann zu leisten. Die Pflegedienstleitung erläutert dann, wie dieser Konflikt gelöst wurde:

„(...) und da kamen wir dann da hin und die fragten uns, wie sollen wir das jetzt bloß machen. Am liebsten hätten die Angehörigen gehört, daß wir sagen, das geht nicht zu Hause. Haben wir aber nicht gemacht. Wir haben da eine Schwester hingeschickt, die ihn drei Tage im Krankenhaus mit seiner Frau zusammen versorgt hat. Und dann merkte sie, wenn sie eine Hilfe dabei hat, daß sie vieles kann, was sie sich vorher nicht zugetraut hat. So, und der Patient wird jetzt seit zweieinhalb Wo-

chen zu Hause betreut - und das geht wunderbar. Es geht ihm zwar schlechter, aber die Frau kommt wunderbar damit zurecht. Sie ist inzwischen froh, daß wir gesagt haben, das kriegen wir hin. Das ist nicht bei jedem so, aber sie ist inzwischen froh, daß es so ist." (Inter 4 ANP, 3)

Nicht nur, daß der Pflegedienst in diesem Fall bereits im Krankenhaus Kontakt mit dem Patienten und seinen Angehörigen aufgenommen hat und damit die normalerweise schwierige Überleitung des Pflegebedürftigen vom stationären in den ambulanten Pflegebereich aktiv gestaltet hat (Schaeffer 1994, Domscheit/Wingenfeld 1996). Auch daß die Pflege die Rolle eines „Sicherheitsnetzes“ übernimmt und dem Patienten und seinen Angehörigen die notwendige Unterstützung und Begleitung im Pflegealltag vermittelt, unterscheidet dieses Vorgehen des Pflegedienstes von der üblichen Pflegepraxis. Die meisten der befragten Einrichtungen vernachlässigen bei Schwellenpatienten die vorhandenen informellen Hilfpotentiale, wodurch es ihnen im Alltag nur schwerlich gelingt, den im Verlauf der Krankheit zunehmend komplexer werdenden Patientenproblematiken gerecht zu werden (z.B. Inter 1 AWT).

Die ambulante Pflege von Schwellenpatienten ist zudem mit einem erhöhten Kooperationsbedarf verbunden - sei es in Richtung der niedergelassenen Ärzte, der stationären Versorgung oder komplementärer Angebote wie z.B. den sozialpsychiatrischen Diensten. Dabei gewinnen die bereits bei den Regelpatienten aufscheinenden Schwierigkeiten in der *Kooperation* mit anderen Leistungserbringern zusätzlich an Bedeutung. Da die ambulante Betreuung von Schwellenpatienten wie z.B. Karzinom-Patienten eine enge Zusammenarbeit von Medizin und Pflege verlangt, entwickeln sich bei diesen Patienten die Kooperationsprobleme mit den Ärzten zu einem Dauerthema für die Pflegedienste.

Insgesamt beschreiben die befragten Dienste ihre Erfahrungen mit den niedergelassenen Ärzten als „sehr unterschiedlich“ (Inter 17 ASP, 7): Während die einen Dienste den Ärzten die Verordnungen quasi „in die Feder diktieren können“ (Inter 14 ANP) und keine Probleme in der Zusammenarbeit sehen, betonen andere, daß es insbesondere bei Schwellenpatienten immer wieder zu äußerst gespannten Beziehungen kommt. Dazu ein drastisches Beispiel aus unserem Interviewmaterial:

„(...) ... manchmal hab' ich das Gefühl, ich bin halt da der Harry, der die Scheiße wischt und dann guckt, daß der gute Mann sich nicht wundliegt. (...) Einmal ging's zum Beispiel darum, wann der Arzt denn kommt und sich den Patienten anguckt. Weil man ihn dann ja vorher sauber machen müßte, denn der ist früh und mittag und abends nur am kacken, der gute Mann. Und dann hab ich gemeint, ich bin zu den und den Zeiten da und er soll halt schauen. Ja, das kann man 'nem Arzt natürlich nicht zumuten - er kommt dann und dann. Na und da hab ich gesagt, dann tut's mir leid, dann muß er die Kacke eben selber sauber machen. Das Ende vom Lied war halt, daß da die Scheiße im Bett rumgeschwommen ist, wie sonst nur was. Der Herr Doktor hat sich aber trotzdem am Schnidelwurz zu schaffen gemacht, was natürlich sehr hygienisch war, aber das ist halt so, er ist halt der Doktor (...).“ (Inter 11 ANP, 4)

Wie dieses Beispiel zeigt, sind die befragten Pflegedienste bei der Versorgung von Schwellenpatienten oft mehr mit den Ärzten und den Auswirkungen der aus dem „Doktor-Schwester-Spiel“ erwachsenden Kooperationsprobleme als mit der Bedarfslage der Patienten befaßt. Welche Leistungen den Patienten angeboten und vor allem, wie diese erbracht werden, entwickelt sich darüber zu einer von der Beziehungsqualität zwischen dem Arzt und der Pflegekraft abhängigen Größe und ist folglich starken individuellen Schwankungen unterworfen. Der Patient wird durch den schwelenden Konflikt zwischen den beiden Gesundheitsberufen in den Hintergrund gedrängt und die Pflege droht in weiten Teilen „patientenignorierend“ (Wittneben 1991) zu verlaufen. Zwar versuchen die hier berücksichtigten Pflegedienste - ähnlich wie bei den Regelpatienten - Konflikte mit den Ärzten im Alltag zu vermeiden: z.B. dadurch, daß sie die Häufigkeit der Kontakte zu den niedergelassenen Ärzten reduzieren oder die Koordination an die Patienten delegieren. Doch trotz solcher Vermeidungsstrategien werden die Pflegedienste im Alltag immer wieder von Kooperationsproblemen eingeholt, die sowohl auf Kosten der Pflegequalität und damit letztendlich der Patienten gehen, als auch das Belastungsniveau der Dienste erhöhen:

„(...) Und dann kommt er in das Pflegeheim und wir haben jemand zwei Jahr betreut und wissen nichts davon. Das sind alles so Geschichten, wo über unseren Kopf entschieden wird, denke ich. Wir sind da praktisch nur ausübende Kraft und werden irgendwie nicht anerkannt (...).“ (Inter 13 ASP, 3)

Angesichts ihrer statusschwachen Position sowie fehlender Anerkennung ihrer Leistungen und der daraus erwachsenden Begrenztheit ihrer Handlungsmöglichkeiten, gelingt es den Pflegediensten oft nicht, derartige Vorkommnisse zu verhindern. Immer wieder werden sie in eine passive und ausführende Rolle gedrängt, auf die Erbringung von Grund- und Behandlungspflege reduziert und von Entscheidungen über die Pflege ihrer Patienten ausgeschlossen. Als Reaktion auf diese Erfahrung schwanken sie häufig zwischen Aggression und Resignation hin und her, wobei zuweilen vorhandene Gestaltungsspielräume z.T. als enger angesehen werden, als sie es tatsächlich sind - ein Manko, das nicht zuletzt auf qualifikatorische und konzeptionelle Shortcomings zurückgeführt werden kann.

Sofern es sich um schwerstkranke und sterbende Patienten handelt, genießen **Ausnahmepatienten** in den Augen der befragten Pflegedienste besonderen Status. Sie gelten als „Juwelen“ (Inter 1 AWT, 2) der Pflege und haben hohe Bedeutung für das berufliche Selbstverständnis, wie die folgende Äußerung exemplarisch zeigt:

„(...) Normal ist der Schwerkranke, ich würde fast sagen, eine freudige Erfüllung. Das klingt jetzt ein bißchen makaber, (...) aber der ist eine pflegerische, menschliche, ja pflegerische Herausforderung. Das ist eine stimmige Pflege für das Ideal einer Krankenschwester (...).“ (Inter 1 AWT, 2)

Die alle Leistungsarten umfassende Sterbebegleitung wird nahezu durchgängig als „ureigenste Aufgabe“ ambulanter Pflege (Inter 12 AST, 22) definiert. Insbesondere bei kirchlichen und freigemeinnützigen Trägern gilt

die Pflege schwerstkranker und sterbender Patienten als traditioneller Bestandteil des Leistungsangebots ambulanter Pflege:

„(...) Kirchliche Gemeindepflege hat von ihrem Ansatz her in jahrzehntelanger Tradition immer ein 24 Stunden Angebot vorgehalten, d.h. wenn jemand schwerkrank, sterbend und sonst irgendwie ist, wird entweder am Bett gesessen oder man sagt halt, rufen sie mich an und wir kommen. Das geht heute eigentlich auch noch so (...)“ (Inter 14 ANP, 6).

In eigentümlichem Widerspruch zu Äußerungen dieser Art steht, daß schwerkranke und sterbende Patienten unseren Beobachtungen zufolge nach wie vor eine Ausnahmeerscheinung in der ambulanten Pflege darstellen. Primärer Pflege- und Sterbeort in Deutschland ist der stationäre Versorgungssektor und nicht das eigene Zuhause (Hotze 1991, Rest 1992, Zielinski/Ewers 1997). Wie bereits im Zusammenhang mit dem Patientenprofil ambulanter Pflege dargelegt wurde, versorgen lediglich zwei Einrichtungen unseres Samples regelmäßig schwerstkranke Patienten, von denen wiederum einer als Spezialpflegedienst einzuordnen ist. Erfahrungsgemäß werden diese Patienten nur dann von ambulanten Pflegediensten versorgt, wenn sie zur Stammklientel zählen, bereits über längere Zeit betreut wurden und der Dienst sich gegenüber dem Patienten oder seinen Angehörigen verpflichtet fühlt. Vor diesem Hintergrund sind Aussagen, nach denen schwerstkranke und sterbende Patienten als „Juwelen“ (Inter 1 AWT, 2) ambulanter Pflege gelten, einerseits Hinweis auf die ethische Bedeutung, die der Sterbebegleitung von Seiten der befragten Pflegedienste beigegeben wird. Andererseits können sie aber auch als Hinweis auf den Seltenheitswert dieser Leistung im Alltag ambulanter Pflege interpretiert werden.⁴¹

De facto sehen sich die befragten Dienste kaum in der Lage, angemessen auf das komplexe Bedarfsprofil der Ausnahmepatienten zu reagieren. Der Bedarf jüngerer Aids-Patienten übersteigt das Möglichkeitsspektrum ambulanter Pflege genauso wie der von alleinlebenden, drogenkonsumierenden, wohnungslosen, psychiatrisch auffälligen, suizidalen oder aggressiven Pflegebedürftigen. Aber auch Patienten mit anspruchsvollem medizinisch-technischen und pflegetherapeutischen Unterstützungsbedarf sowie solche mit als fremd empfundenen Lebensstilen und aus schwierigen sozialen Settings (z.B. Migranten) sprengen das reale Leistungsvermögen. Das gleiche gilt für sterbende Patienten - sie benötigen ein Leistungsangebot, dessen Umfang, Vielfalt und Intensität die Möglichkeiten ambulanter Pflegeeinrichtungen zumeist sowohl quantitativ als auch qualitativ übersteigt. Insofern rufen Ausnahmepatienten im Pflegealltag vergleichbare Probleme hervor, wie sie bereits bei der Betreuung von Regel- und Schwellenpatienten zu beobachten waren. Bei Ausnahmepatienten kumulieren die Schwierigkeiten allerdings in einer Weise, daß sie für die Dienste zu einer kaum zu kalkulierenden Belastung werden.

⁴¹ Während zu Beginn dieses Jahrhunderts noch 80-90 % der Menschen in ihrer privaten häuslichen Umgebung starben, hat sich das Verhältnis mittlerweile nahezu umgekehrt: Knapp 90 % der städtischen und immerhin noch 60 % der ländlichen Bevölkerung versterben mittlerweile in Institutionen wie Krankenhäusern, Alten- oder Pflegeheimen. Das Sterben zuhause ist damit aufgrund vielfältiger gesellschaftlicher Entwicklungen von der Regel- zur Ausnahmesituation geworden (Hotze 1991, Kraus/Czef 1993).

Betrachten wir auch hier zunächst Kostengesichtspunkte. Allein aus der *Finanzierungsstruktur* ambulanter Pflege erwachsen zahlreiche Komplikationen bei der Pflege dieser Klientel. Der von den Patienten benötigte Leistungsumfang übersteigt häufig sowohl die von der Pflegeversicherung gewährten Pauschalen als auch die üblicherweise in den Rahmenverträgen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern vereinbarten Pflegesätze und Kostenerstattungen. Ein Pflegedienstmitarbeiter berichtet z.B., daß laut einer Rahmenvereinbarung zwischen den Kostenträgern und Leistungsanbietern in seiner Region die Ganzkörperwäsche selbst bei sterbenden Patienten auf 35 Minuten begrenzt wurde (Inter 7 AWP, 2). Er resümiert, daß die Pflege Sterbender unter diesen Konditionen kaum bedarfsgerecht geleistet werden kann.

Im Sozialgesetzbuch ist die zeit- und personalintensive ambulante Schwerstkrankenpflege und Sterbebegleitung bislang nicht verankert.⁴² In der Regel können ambulante Dienste den Kostenträgern die bei der Betreuung von Ausnahmepatienten erbrachten Mehrleistungen daher nicht in Rechnung stellen. Immerhin gelingt es einigen Einrichtungen, ihr Leistungsangebot durch einzelfallbezogene Finanzierungsverhandlungen mit den Kostenträgern auf bis zu sechs Stunden täglich auszuweiten. Ein befragter Pflegedienst konnte über Sonderverhandlungen sogar eine Genehmigung für sieben Einsätze täglich erwirken (Inter 11 ANP, 5). Doch selbst durch die Möglichkeit zur einzelfallbezogenen Ausweitung des Leistungsumfangs sind nicht alle Probleme gelöst. Ähnlich wie bei den Schwellenpatienten stellt auch bei der Sonderklientel der durch die Vielfalt unterschiedlicher Leistungen notwendige Finanzierungsmix eine Hürde für das Management der Dienste dar. Einzelne, bislang dem Krankenhaus vorbehaltene technikintensive pflegetherapeutische Leistungen (z.B. künstliche Dauerbeatmung, Infusionstherapie) sind im formalen Leistungsangebot ambulanter Pflege nicht vorgesehen. Sie werden von den Kassen nur in Ausnahmefällen oder nach Abschluß von Sonderverträgen honoriert. Bei Patientengruppen wie z.B. Drogengebern, Wohnungslosen oder Migranten, müssen sich die Einrichtungen zur Refinanzierung ihrer Leistungen zudem regelmäßig mit den Sozialbehörden auseinandersetzen, wobei sie nicht selten in Zuständigkeitskonflikte geraten und mit Zahlungsverzug rechnen müssen.

Die Ausweitung des formalen Leistungskatalogs und die Überwindung finanzieller, sozialrechtlicher und administrativer Barrieren verlangt von den Pflegediensten den Einsatz qualifizierter Leitungskräfte, die über den pflegerischen Bedarf des Patienten jederzeit sorgfältig informiert sind, diesen in sozialrechtliche Nomenklatur übersetzen und den Mehrbedarf für die Kostenträger nachvollziehbar darlegen können. Gefordert sind Lei-

⁴² Hier ist noch einmal auf die Neufassung des § 39 a SGB V im 2. GKV-Neuordnungsgesetz (Juni 1997) hinzuweisen. Danach ist es den Krankenkassen zukünftig gestattet, Zuschüsse für die stationäre Hospizversorgung zu gewähren und die von den Pflegekassen gezahlten Entgelte für stationäre Pflege zu ergänzen. Wiewohl damit sicherlich ein erster Schritt in Richtung auf eine bessere Absicherung der Pflege schwerstkranker und sterbender Patienten eingeleitet wurde, so hat der Gesetzgeber auf diese Weise zugleich eine einseitige Schwerpunktsetzung für die stationäre Sterbebegleitung vorgenommen. Nicht nur, daß die Versorgungsform der stationären Hospize lediglich für eine bestimmte Klientel offen stehen wird, auch die Tatsache, daß ein vergleichbarer Zuschuß für die ambulante Pflege schwerkranker und sterbender Patienten bislang nicht existiert, sollte hierbei nachdenklich stimmen.

tungskräfte mit Erfahrung im Umgang mit Kassen und Behörden sowie mit profunden pflegerischen, administrativen und sozialrechtlichen Kenntnissen und Kompetenzen, die im Einzelfall plausible Argumentationsketten aufbauen und den Kostenträgern die Notwendigkeit einer Leistungsausweitung fachlich fundiert begründen können. Wie unsere Ausführungen zum Personalprofil ambulanter Pflege gezeigt haben, sind diese qualifikatorischen Voraussetzungen in den befragten Diensten nicht durchgängig gegeben. Es ist daher kaum verwunderlich, wenn die Dienste das mit der Pflege von Ausnahmepatienten einhergehende finanzielle Risiko scheuen und nach Möglichkeiten suchen, um diese Klientel möglichst abzuweisen.

Qualifikatorische Schwächen erschweren auch eine angemessene Reaktion auf die *organisatorischen Herausforderungen*, die mit der Betreuung von Ausnahmepatienten verbunden sind. Als problematisch erweist sich für die Dienste vor allem der Umgang mit chronisch-progredienten und extrem wechselhaften Krankheitsverläufen (z.B. bei Aids-Patienten). Ad hoc müssen umfangreiche Betreuungen gewährleistet, Dienst- und Einsatzpläne umorganisiert, die vorhandenen Mitarbeiter neu eingesetzt oder zusätzliche Helfer angeworben werden, um dem Mehrbedarf der Ausnahmepatienten jederzeit gerecht werden zu können. Bei schwerkranken und sterbenden Patienten ist den Diensten weder eine langsame Einfädelerung noch die Erbringung von Teilleistungen (z.B. Behandlungspflege) möglich. Vielmehr müssen sie mit Aufnahme der Pflege ihr gesamtes Leistungsspektrum einsetzen und nicht selten zusätzliche Ressourcen für Kriseneinsätze in Bereitschaft halten ohne durch diese Aktionen den normalen Pflegebetrieb gefährden zu dürfen. Genauso schnell wie die Pflege begonnen hat, kann sie durch einen unerwarteten Krankenhausaufenthalt oder den plötzlichen Tod des Patienten aber auch wieder beendet sein. Der kurzen Dauer einer Schwerstkrankenpflege steht damit aus Sicht der befragten Pflegedienste oft ein erheblicher Organisationsaufwand gegenüber:

„(...) Man muß mehr organisieren in kurzer Zeit. Die Lebensspanne ist nicht mehr so groß (...)“ (Inter 2 ASP, 2)

Eine Schwerstkrankenpflege oder Sterbebegleitung bietet den Diensten nur geringe Planungssicherheit, nötigt zu hoher Flexibilität und geht mit einem intensiven Abstimmungs- und Kooperationsbedarf einher, der mit den angestammten Routinen kollidiert. Angesichts der hohen ethischen Bedeutung, die der Sterbebegleitung beigemessen wird, nehmen die befragten Dienste diesen außergewöhnlichen organisatorischen Aufwand gelegentlich auf sich, wie folgender Textauszug bezeugt:

„(...) wenn hier jemand stirbt, dann hat der Menschen auch oberste Priorität, dann wird sich hier auf den Kopf gestellt, um zu gewährleisten, daß der Mensch nicht allein ist (...).“ (Inter 10 ASP, 2)

Trotz ihrer Anstrengungen stoßen die Dienste bei der Pflege Sterbender aber immer wieder an Grenzen, zu denen nicht zuletzt auch *Kapazitätsengpässe* zählen (siehe auch Schaeffer/Moers 1995, Schaeffer 1992). Personalintensive Dienstleistungen wie Sterbebegleitungen oder Kriseninterventionen erfordern die Vorhaltung eines Personalpools, mit dem die Leistung dauerhaft sichergestellt und auf den in Spitzenzeiten unkompliziert zurückgegriffen werden kann. Einsatz- und Bereitschaftszeiten der Mitar-

beiter müssen flexibilisiert und auf den schwankenden, schwer kalkulierbaren zumeist aber umfangreichen Bedarf der schwerkranken und sterbenden Patienten abgestimmt werden. Einige Dienste aus unserem Sample versuchen diese Hürde durch den Rückgriff auf Honorarkräfte zu überwinden:

„(...) Ohne daß wir Stunden und schon mal gar nicht Nächte dableiben, gehe ich davon aus, daß unser Sterbebeistand, daß unsere Kranken auf Nichts zu verzichten haben. Wir haben dann noch die Möglichkeit, Leute zu vermitteln, die dann auch wirklich vor Ort bleiben. Wir haben da noch examinierte, pensionierte Krankenschwestern oder es gibt immer noch welche in unserem Säckelchen, die wir dann greifen (...).“ (Inter 1 AWT, 3)

Doch nicht alle Pflegedienste verfügen über derartige Ressourcen, um ihren Personalbestand dem Mehrbedarf der Ausnahmepatienten flexibel anpassen zu können. Zudem provoziert die Akquise und Einbindung der Helfer zusätzlichen organisatorischen Aufwand, wodurch es mitunter zu paradoxen Konstruktionen kommt: Ein Pflegedienst aus unserem Sample bietet seinen Patienten Sterbegleitung an, weist aber zugleich darauf hin, daß er dafür weder genügend noch ausreichend qualifiziertes Personal vorhält und daher nur das formale Leistungsangebot unterbreiten kann. Immerhin kann er den Patienten und ihren Angehörigen bei Bedarf studentische Hilfskräfte vermitteln, deren Einsatz sie jedoch selbst organisieren müssen (Inter 6 ASP). Ob den Patienten mit diesem Verfahren geholfen ist, erscheint fraglich.

Eine Ausrichtung der Pflege am tatsächlichen Bedarf der Patienten kann nach Ansicht der befragten Pflegedienste angesichts finanzieller, organisatorischer und personeller Restriktionen nur in Ausnahmefällen ermöglicht werden. Infolgedessen versuchen einige Einrichtungen schon im Vorfeld, ihr Leistungsangebot für Ausnahmepatienten unabhängig von deren tatsächlichen Bedarf zeitlich zu beschränken, im Hinblick auf die Leistungsarten zu standardisieren und auf diese Weise ihren begrenzten Möglichkeiten anzupassen. In diese Richtung weist die folgende Aussage:

„Umfangreiche Schwerstkrankenpflege bedeutet grundsätzlich maximal 3-4 Einsätze á 45 Minuten pro Tag pflegerische Versorgung zuzüglich hauswirtschaftliche Leistungen“ (Inter 14 ANP, 2)

Im Pflegealltag erweist sich dieses Standardangebot angesichts der komplexen und vielschichtigen Problematik von Ausnahmepatienten allerdings schnell als nur bedingt tragfähig. Wie eng das Möglichkeitsspektrum ist, zeigt sich auch daran, daß die Pflegedienste selbst bei solchermaßen standardisierten Angebot nur wenige Patienten mit hohem und komplexen Betreuungsbedarf verkraften können:

„Bei drei Patienten mit Rund-um-die-Uhr Pflege ist für uns die Grenze (...).“ (Inter 5 ANP, 2).

Um die Tragweite dieser Aussage zu verstehen, sei erwähnt, daß dieser Dienst insgesamt über 500 Patienten betreut, annähernd 240 Mitarbeiter beschäftigt und die Bezeichnung „Rund-um-die-Uhr-Pflege“ von ihm mit einem Leistungsumfang von maximal 6-7 Stunden spezifiziert wurde. Für

die Mehrzahl der ambulanten Dienste kann bereits *ein* schwerstkranker oder sterbender Patient zu einer außergewöhnlichen Belastung werden. Mit diesen limitierten Leistungsmöglichkeiten können die ambulanten Dienste bestenfalls sporadisch den Pflegebedarf der in ihrem Einzugsbereich lebenden Ausnahmepatienten abdecken. Häufig kommt es deshalb zu Deckungslücken bei der Betreuung dieser Klientel: Schwerkranke und Sterbende müssen sich genauso wie andere Patienten mit komplexem Bedarfsprofil zumeist mit bedarfsinadäquaten und qualitativ oft fragwürdigen Leistungen zufrieden geben oder sind nolens volens auf stationäre Versorgungsformen verwiesen.

Problematisch erweist sich die Pflege von Ausnahmepatienten für die befragten Dienste aber auch aus anderen als den bisher angeführten Gründen. Ähnlich wie bei den Schwellenpatienten stellt auch bei dieser Klientel die *Interaktions- und Kommunikationsgestaltung* für die in der direkten Pflege tätigen Mitarbeiter eine große Herausforderung dar. Die bei den Schwellenpatienten bereits sichtbaren qualifikatorischen und konzeptionellen Schwächen werden bei den Ausnahmepatienten dadurch verstärkt, daß sie häufig aus Lebenswelten stammen, die den meisten Mitarbeitern ambulanter Pflege unvertraut sind und deren Wertesysteme sie unter Umständen sogar ablehnen. Dies gilt in besonderer Weise für homosexuelle und i.v. drogengebrauchende Aids-Patienten (Ewers/Weicht 1995), die gelegentlich sogar als „sauschwierig“ (Inter 4 ANP, 2) bezeichnet werden, ist jedoch auch für andere Patientengruppen relevant (z.B. Migranten, Wohnungslose). Im Alltag ist diese Fremdheit von Lebenswelten und -stilen Ursache zahlreicher Verständigungsprobleme. Sie behindert eine reibungslose Leistungserbringung und hat zumeist konfliktträchtige Betreuungsverläufe zur Folge. Nur in Einzelfällen gelingt es den befragten Diensten, die „Lebensweltbarriere“ zu überwinden und den Patienten eine ihrer Problematik entsprechende Betreuung zu unterbreiten (Inter 11 ANP).

Über all das hinaus ist die Interaktion mit Ausnahmepatienten dadurch erschwert, daß die Pflegebeziehung oft nur von kurzer Dauer ist und von der parallel zum Krankheitsverlauf notwendigerweise ständigen Umstellung von Interaktionsroutinen überschattet wird. Die bei Ausnahmepatienten häufig anzutreffende Kumulation sozialer Probleme (z.B. der i.v. drogenkonsumierende wohnungslose an Aids-erkrankte Patient) ist dann oft nur noch der sprichwörtliche „Tropfen, der das Faß zum Überlaufen bringt“ und das Möglichkeitsspektrum der befragten Pflegedienste sprengt. Kann die Übernahme eines solchen Ausnahmepatienten nicht bereits im Vorfeld - hauptsächlich unter Verweis auf die geringen Kapazitäten - abgewehrt werden, so trägt die Pflege durchweg krisenhafte Züge und endet gewöhnlich binnen Kürze mit dem einseitigen Abbruch der Betreuung oder einer vermeidbaren Klinikeinweisung. Um eine bedarfs- und patientenorientierte Pflege von Ausnahmepatienten leisten und solche Qualitätsdefizite verhindern zu können, ist es daher erforderlich, die sozialen, kommunikativen und interaktiven Kompetenzen ambulant tätiger Pflegekräfte zu fördern, Verständnis der Lebenswelten und -stile der jeweiligen Patientengruppen zu vermitteln und damit eine Revision von Vorurteilen zu ermöglichen.

Ein weiteres Problem ergibt sich für die Pflegedienste aus der Notwendigkeit zur *Einbindung von Laienhelfern in die ambulante Schwerstkranken-*

pflege. Waren es bei den Regel- und Schwellenpatienten die geringen Kapazitäten für die Betreuung von pflegenden Angehörigen oder die im Kontakt mit ihnen auftretenden Konflikte, so erweist sich bei den Ausnahmepatienten das Fehlen von Angehörigen als ein weitaus gravierendes Problem für die befragten Einrichtungen. Das reale Angebot der ambulanten Dienste ist durchgängig als „familienergänzende Leistung“ konzipiert und damit auf das Vorhandensein familialer oder zumindest enger nachbarschaftlicher Hilfenetze ausgerichtet. Fallen diese aus oder sind sie - wie bei den Ausnahmepatienten häufig der Fall - konfliktträchtig und damit nur bedingt tragfähig, kommt es zu empfindlichen Deckungslücken im Leistungsangebot ambulanter Pflege. Hierauf macht die folgende Aussage aufmerksam:

„(...) Gut, dann hat sie ihren Hausnotruf. Aber nachts ist halt auch keiner da, das kann man nicht verhindern. Ich denke, das sind ja auch immer die Preise, die man für eine ambulante Betreuung bezahlen muß. Gerade, wenn jemand alleine lebt. Daß dann auch was passieren kann, in der Zeit, wo keiner da ist (...) wie sowieso, wenn jemand alleine lebt und dort 'ne extreme Eigengefährdung da ist. Ich denke, daß das auch eine Grenze ist, dann wird es immer Löcher geben in der Betreuung, wenn jemand allein lebt.“ (Inter 17 ASP, 3)

Handelt es sich um alleinlebende Patienten, die zudem noch spezifische Problematiken mit sich bringen, wie Orientierungslosigkeit, Selbst- und Fremdgefährdung, Suizidalität etc., erweisen sich die Leistungsmöglichkeiten ambulanter Pflege trotz aller Anstrengungen sowohl in ihren quantitativen als auch in ihren qualitativen Dimensionen allzu oft als unzureichend. Das Mittel der Wahl stellt in diesen Fällen der Rückgriff auf stationäre Versorgungsformen wie Krankenhäuser, Pflegeheime oder neuerdings auch Hospize dar (Inter 20 AWO). Es ist aber auffällig, daß die Pflegedienste selbst in leichteren Fällen darauf verzichten, die bei Alleinlebenden drohenden „Löcher in der Betreuung“ durch die aktive Einbindung informeller Helfer zu kompensieren. Die möglicherweise vorhandene (schwule) Wahlfamilie eines Aids-Patienten, nachbarschaftliche Ressourcen älterer Menschen oder ehrenamtliche Helfer von Selbsthilfegruppen oder karitativen Organisationen bleiben zumeist ungenutzt - ein Aspekt, auf den im Zusammenhang mit dem Personalprofil ambulanter Pflege bereits hingewiesen wurde. Ursächlich dafür sind - wie vorliegende Studien gezeigt haben (Schaeffer/Moers 1995) - Qualifikations- und Konzeptdefizite: Aufbau und Arbeit mit informellen Hilfenetzen und -ressourcen nimmt in Aus-, Fort- und Weiterbildungen durchgängig zu wenig Raum ein. Das gilt auch für die mit der Einbindung informeller Helfer einhergehende Notwendigkeit zur Individualisierung und Flexibilisierung der Leistungserbringung: Berufstätige Mitglieder von Wahlfamilien oder Selbsthilfegruppen können im allgemeinen nicht in dem Umfang in die Pflege eingebunden werden, wie es bei Familienmitgliedern der Fall ist. Im Aids-Bereich sind Lebenspartner oder Wahlverwandte gelegentlich selbst HIV-infiziert und nur begrenzt belastbar. Um die vorhandenen Hilferessourcen nutzen zu können, sind die Pflegedienste aufgefordert, ihre Leistungen auf die Möglichkeiten der Helfer abzustimmen. Für die Dienste erwächst daraus ein erheblicher organisatorischer Mehraufwand vor allem in den Fällen, in denen mehrere Helfer in die Betreuung eingebunden werden müssen. Die nicht zuletzt auch mit dem Pflegeversicherungsgesetz

intendierte Verschränkung professioneller Pflege mit informellen Hilferesourcen verlangt von Diensten darüber hinaus die Wahrnehmung anleitender und edukativer, d.h. indirekter pflegerischer Aufgaben. Für die Bewältigung dieser zahlreichen mit der Einbindung von Laienhelfern verbundenen Herausforderungen, fehlt es jedoch ebenfalls an strukturellen Spielräumen und an notwendigen qualifikatorischen und konzeptionellen Voraussetzungen.

Maßnahmen der Pflegedienste, mit denen auf diese Schwächen reagiert und das Leistungsprofil am spezifischen Bedarf der Ausnahmepatienten ausgerichtet wird, sind in unserem Sample die Ausnahme. Zwar arbeiten einige Dienste gelegentlich mit Hospizinitiativen zusammen, aber konzeptionelle Ansätze für die Pflege von schwerkranken und sterbenden Patienten, wie sie in den anglo-amerikanischen Ländern z.B. unter den Bezeichnungen „Palliative-Care“ oder „Hospice-Care“ firmieren, sind in der bundesdeutschen ambulanten Pflege - abgesehen von den Sondereinrichtungen - bislang ausgesprochen selten zu finden. So wird auch lediglich von einem der befragten Dienste bekundet, daß sich Charakter und Inhalt der Pflege während der Abwärtsentwicklung von der Krankenbetreuung zur „Wohlfühlpflege“ wandeln. Was gemeint ist, wird in dem folgenden Interviewauszug deutlich:

„(...) daß also jemand nicht in einer nassen Pampers liegt, aber der wird nicht mehr gebadet oder so. Nur daß man ihm das Gesicht wäscht, weil er halt stark verschwitzt ist oder auch mal 'nen frischen Schlafanzug anzieht (...) einfach so, daß er sich in seiner Situation wohlfühlt.“ (Inter 17 ASP, 7)

Diese Anpassungsstrategie an die Besonderheiten des Sterbeprozesses - motiviert durch die Intention, dem Aspekt der Lebensqualität des Patienten, einer wesentlichen Dimension der Palliativpflege, Rechnung zu tragen - ist indes von den umfassenden Konzepten, die sich mit den Begriffen der Palliativ- oder Hospiz-Pflege verbinden (Aulbert/ Zech 1997, Ewers 1998) noch weit entfernt.

Geht es um den Pflegebedarf von Ausnahmepatienten fällt auch die mangelnde Berücksichtigung technikintensiver *pflegetherapeutischer* Leistungen im realen Angebot der befragten Dienste auf. Leistungen, wie z.B. die Pflege beatmungspflichtiger Patienten oder die Durchführung von Dauerinfusionstherapien, haben durch die rasanten Fortschritte der Medizintechnik und Pharmakologie bei der Betreuung schwerkranker und sterbender Patienten an Bedeutung gewonnen und werden in Ländern mit langjähriger professioneller Tradition auch im ambulanten Pflegebereich offeriert.⁴³ Auf Seiten der ausführenden Pflegekräfte setzt die Erbringung dieser Leistungen ein hohes Maß an medizinisch-pflegerischem Wissen, ausgeprägte technische Fertigkeiten und vor allem gute sozial-kommu-

⁴³ Bislang existiert hierzulande keine einheitliche pflegewissenschaftliche Nomenklatur, der eine exakte Definition des Begriffs „pflegetherapeutisch“ zu entnehmen wäre. Eine erste Orientierung, was sich hinter dieser Bezeichnung verbirgt, ist jedoch dem folgenden Zitat zu entnehmen: „Pflegetherapie oder Pflegeintervention hat nichts mit Behandlungspflege zu tun, da sie von den Pflegenden selbst definiert, festgelegt und evaluiert und nicht von Ärztinnen oder Ärzten angeordnet, bestenfalls mit deren therapeutischen Anliegen abgestimmt wird. Sie ist Bestandteil der direkten Pflege und hat - im Gegensatz zu konventionellen Auffassungen von Pflege - die Förderung von Unabhängigkeit der Pflegenden zum Ziel.“ (Müller 1998, 34)

nikative Kompetenzen voraus. Letztere sind erforderlich, um angesichts der Technikdominanz während des Pflegeprozesses den Patienten mit seiner spezifischen Bedarfssituation nicht aus den Augen zu verlieren und ihm oder seinen Angehörigen die notwendige Sicherheit im Umgang mit den möglicherweise beängstigenden therapeutischen Maßnahmen zu vermitteln.

Patienten mit technikintensivem pflegetherapeutischen Pflegebedarf suchen auch hierzulande in der ambulanten Pflege vermehrt nach Unterstützung, und in Einzelfällen kann ihnen dort auch angemessen geholfen werden. Dies belegen nicht nur die langjährigen Erfahrungen der ambulanten Aids-Spezialpflegedienste oder anderer Sonderpflegereinrichtungen (z.B. Inter 12 AST). Auch das erwähnte Beispiel einer Patientin mit Dauerbeatmungsbedarf, die von einem privaten Pflegedienst aus unserem Sample bereits seit längerem betreut wird (Inter 20 AWO), kann als Beleg für die prinzipiell vorhandenen Möglichkeiten ambulanter Pflege gewertet werden. Die Realisierung dessen setzt neben entsprechenden pflegetherapeutischen Kenntnissen und Kompetenzen indes die Bereitschaft voraus, den Handlungsbereich ambulanter Pflege zu erweitern und die damit verbundene Verantwortung für die Versorgung der Patienten im Pflegealltag zu übernehmen. Letzteres stellt eine entscheidende Hürde dar, wie die langjährige Diskussion über die eigenständige Durchführung von Infusionstherapien durch Pflegekräfte in der ambulanten Schwerstkrankenpflege belegt (Böhme 1990, Schaeffer/Moers 1995).⁴⁴

Infusionstherapien finden im Rahmen von kurativen, palliativ-therapeutischen und palliativ-medizinischen Therapiekonzepten Anwendung und bedürfen einer adäquaten medizinischen und pflegerischen Begleitung. Vielfach können sich die Patienten trotz der aufwendigen, intensiven und oft lebenslangen Therapie durch gute pflegerische Betreuung und Anleitung im Umgang mit den Systemen ein hohes Maß an Lebensqualität und Unabhängigkeit bewahren.

An der Frage der Beteiligung von Pflegekräften bei i.v. Injektionen/Infusionen hat sich hierzulande allerdings ein schon lange währender berufspolitischer und juristischer Streit entflammt, der die Durchführung dieser Maßnahme in der ambulanten Pflege bis zum heutigen Tag erheblich behindert (Böhme 1990, Klie 1995) und entscheidend dazu beigetragen hat, daß der Anpassung ambulanter Pflege in Deutschland an HIV und Aids nur begrenzter Erfolg beschieden war (Schaeffer/Moers 1995). Ohne auf diese Problematik näher einzugehen, ist festzuhalten, daß die Infusionstherapie in der medizinischen Betreuung und in der medizinnahen Pflege im Krankenhaus seit langem zum Standard gehört, in der ambulanten Pflege aber - von Spezialpflegediensten abgesehen⁴⁵ - noch immer den Charakter einer Ausnahmeleistung inne hat (Ewers 1999).

⁴⁴ Nicht unerwähnt bleiben sollte an dieser Stelle, daß auch die Finanzierung aufwendiger pflegetherapeutischer Leistungen nach wie vor ein erhebliches Problem für die Pflegedienste darstellt. Leistungen, wie z.B. die ambulant dauerhaft durchgeführte intravasale Infusionstherapie, können bislang nur über den Weg von aufwendigen Sondervereinbarungen mit den Krankenkassen abgerechnet werden und sind aus dem Behandlungspflegekatalog nach SGB V weitgehend ausgeklammert.

⁴⁵ In Ländern mit langjährig professionalisierter Pflegetradition wie z.B. den USA haben sich inzwischen sowohl einzelne Pflegekräfte (Clinical Nurse Specialist) als auch ganze Pflegedienste auf die

Auch die meisten von uns befragten Pflegedienste lehnen die Erbringung dieser für die Betreuung von schwerkranken und sterbenden Patienten wichtigen pflegetherapeutischen Leistung unter Bezugnahme auf die damit verbundenen Rechtsunsicherheiten ab. Nur sechs Pflegedienste erklären sich notfalls zur Durchführung einer ambulanten Infusionstherapie bereit. Sie argumentieren zumeist folgendermaßen:

„(...) Der Umgang mit i.v. Injektionen in der ambulanten Pflege ist ja mit viel Unsicherheiten behaftet. Aber es darf doch nicht daran scheitern, daß ich ablehne eine i.v. Injektion zu tätigen, oder?“ (Inter 5 ANP, 11).

Durch den vorwiegend von außen an die ambulante Pflege herangetragenen Anspruch, ihr Leistungsprofil um Maßnahmen wie Infusionstherapien an den pflegetherapeutischen Bedarf schwerkranker Patienten anzupassen, sehen sich die Dienste unter moralischen Druck gesetzt und reagieren deshalb mit Abwehr. Ein befragter Pflegedienst lehnt beispielsweise die ambulante Durchführung von intravenösen Zytostatikatherapien grundsätzlich ab und beruft sich dabei auf die fehlende Strukturqualität im ambulanten Versorgungssektor: Die Kostenträger verweigern die zur Durchführung der Therapie notwendigen Perfusoren und Infusomaten. Um ihre Therapie zu erhalten, müssen die an Krebs leidenden Patienten daher täglich das Krankenhaus aufsuchen. Der Pflegedienst erklärt sich lediglich zur Betreuung vor und nach der Therapie bereit (Inter 7 AWP, 4). Für die Patienten erwachsen aus dieser Haltung weitreichende Konsequenzen: ihnen wird eine adäquate ambulante Pflege vorenthalten und zudem erfährt ihre Lebensqualität empfindliche Einbußen.

Andere Pflegedienste aus unserem Sample lehnen die Pflege von Patienten mit implantierten Systemen und Infusionstherapiebedarf zwar nicht prinzipiell ab, versuchen aber, solche Pflegen zu umgehen:

„Wobei ich (...) immer versuche, das abzubügeln, wenn zentrale Eingänge nach Hause kommen, also wenn zentrale Infusionen kommen. Ich denke, da sind wir schon überfordert. Erstens, weil eigentlich die Infusion 24 Stunden laufen sollte und wir können uns ja nicht 24 Stunden neben das Infusionsgerät setzen - das geht nicht. Die Hausärzte sind nicht willig, irgend welche Infusomaten oder so zur Verfügung zu stellen oder zu verschreiben oder zu organisieren. Ich denke, dann ist es schon schwieriger, weil Infusionen abstöpseln und am nächsten Tag wieder anstöpseln ohne Heparisierung, denke ich, das geht nicht, da muß der Doktor auch da sein. Und auch mit der Heparisierung entspricht das weder dem medizinischen noch dem pflegerischen Standard und von daher denke ich, daß zentralvenöse Zugänge ein echtes Problem sind. Sie sind es grundsätzlich nicht, was die Fähigkeiten der Pflegekräfte angeht, sondern ange-

Durchführung von Infusionstherapien und die damit verbundenen fachlichen Anforderungen spezialisiert und eine eigenständige Expertise ausgebildet. Diese Herangehensweise hat auch in Deutschland schon vereinzelt Nachahmer gefunden: Einige international agierende Unternehmen aus dem medizinisch/pharmazeutisch-industriellen Komplex bieten Patienten mit Infusionstherapiebedarf unter weitgehender Umgehung ambulanter Pflegedienste aber mit Beteiligung von Pflegekräften mit spezieller Expertise bereits im Krankenhaus ihre Unterstützung an. Sie schulen die Patienten im Umgang mit den Systemen, bereiten sie auf ihre Entlassung systematisch vor und betreuen sie auch ambulant weiter. Diese Firmen gehören hierzulande zu ernsthaften Bewerbern um ein in Zukunft vermutlich an Bedeutung gewinnendes pflegerisches Arbeitsfeld, daß die bundesdeutsche Pflege bislang überwiegend brach liegen läßt.

sichts dessen, was wir an Risiko tragen müssen und was Ärzte da einfach ablagern (...)." (Inter 14 ANP, 6)

Dieser Textauszug macht gleich auf mehrere Problemfelder aufmerksam: Zum einen deutet der gewählte Sprachgebrauch (Patient = zentraler Zugang) auf die im Zusammenhang mit Mensch-Technik-Schnittstellen häufig zu beobachtende Depersonalisierung von Patienten (Feuerstein 1994). Zum anderen wird die ambivalente Haltung des Pflegedienstes gegenüber der Infusionstherapie und deren Konfliktrichtigkeit ebenso erkennbar wie der Versuch, die mit der Erweiterung der beruflichen Autonomie und der Durchführung von pflegetherapeutischen Leistungen einhergehende Verantwortung abzuwehren und sich statt dessen auf die vermeintlich sichere Position des „ärztlichen Assistenzberufs“ zurückzuziehen. Nicht zuletzt ist diesem Interviewauszug zu entnehmen, daß die auf der Schnittfläche zwischen dem medizinischen und pflegerischen Verantwortungsbereich angesiedelte Infusionstherapie für die befragten Dienste auch ein Kooperationsproblem darstellt. Angesichts des angespannten Verhältnisses zwischen Medizin und Pflege - auf das im folgenden noch ausführlicher einzugehen sein wird - fühlen sich die Pflegedienste den Ansprüchen, die an sie im Zusammenhang mit technikintensiven pflegetherapeutischen Leistungen gestellt werden, nur selten gewachsen. Eine Strategie zur Lösung dieses Konflikts wird in dem folgenden Textauszug deutlich:

„(...) Wenn das gut begleitet ist, dann kann das auch mit einem zentralen Zugang gehen, dann kann das auch mit Beatmungen passen, dann ist das alles kein Problem. Aber da muß angemessene ärztliche Begleitung vor Ort sein. Ich denke, die Pflegenden können das nicht leisten, schließlich leisten sie das nicht im stationären Bereich und im ambulanten können sie es auch nicht (...)" (Inter 14 ANP, 6).

Angesichts der pflegerischen Herausforderungen durch die Ausnahmepatienten rekurren sich die befragten Dienste zumeist auf die während ihrer Ausbildung im stationären Pflegebereich erlernten Handlungskompetenzen und die dort üblich Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege. Dadurch bleiben aber nicht nur die anderen Bedingungen in der ambulanten Versorgung außer Acht, sondern auch die durchaus vorhandenen Chancen zur Erweiterung des pflegerischen Aktions- und Einflußradius ungenutzt. Statt Ausbau von Potentialen und Anpassung an das gewandelte Anforderungs- und Aufgabenprofil praktizieren die ambulanten Dienste Unterlaufungsstrategien und stoßen allein deshalb mit ihrem Verhaltensrepertoire bei der Pflege von Ausnahmepatienten immer wieder an Grenzen.

Wie bereits angedeutet, ist das schwierige Verhältnis zwischen Medizin und Pflege ein wesentliches Hindernis bei der ambulanten Betreuung von Ausnahmepatienten. Aus Sicht der befragten Dienste erweist sich der mangelnde Kenntnisstand der Ärzte über die Möglichkeiten und Kompetenzen der Pflege als besonders problematisch:

„(...) die wenigsten Ärzte haben überhaupt eine Vorstellung davon, was in der ambulanten Krankenpflege möglich ist (...)" (Inter 13 ASP, 4).

Das „freundliche Desinteresse der Ärzte an der Pflege“ (Garms-Homolová 1994) hat im Alltag vielfach eine Verschärfung der ohnehin vorhandenen *Kooperationsprobleme* von Pflege und Medizin zur Folge. Zwar wird gerade bei der Betreuung von schwerkranken und sterbenden Patienten eine enge Vernetzung der beteiligten Versorgungsinstanzen als wesentliches Kriterium für die Entwicklung und Sicherung von Pflegequalität angesehen (Schaeffer 1998, Ewers 1998). Für die befragten Einrichtungen erweist sich die Herstellung dessen im Pflegealltag aber mehr und mehr als belastend und führt fast immer zu einer Neuauflage bereits bekannter Konflikte:

„(...) Dann ist dieser Neurologe mitten in der Stadt. Der Patient kann da nicht hingehen. Der kriegt aber soviel Medikamente und in der Packung sind nun mal nur hundert Stück drin. So heißt das, alle zehn Tage braucht der diese Tabletten. Nun ist dieser Arzt nicht bereit, das Rezept an die Apotheke nach X-Stadt zu schicken. Dazu ist der nur bereit, wenn der Patient vorher das Porto bezahlt. Das führt im Extremfall dazu, daß wenn die Angehörigen - das sind auch noch Rußlanddeutsche, die sind nicht so, das geht da nicht alles gut - daß wenn die das vergessen (...) dann heißt das, wir fahren da hin, suchen uns 'nen Parkplatz, latschen durch die ganze Stadt zu diesem mistigen Arzt, um dieses Rezept abzuholen. Da geht 'ne halbe, dreiviertel Stunde drauf und das macht dann eben die Krankenschwester, die da tätig ist. Und die kostet mich (...) über 30 Mark die Stunde, dann kommt da noch zwei Mark Parkhausgebühren hinzu - das ist echt für'n Arsch.“ (Inter 4 ANP, 4)

Wird die Pflege - wie in diesem Beispiel - von den Ärzten noch mit eigentlich ärztlichen Aufgaben oder sogar „dirty work“ belastet, ist das Verhältnis meist vollständig zerrüttet und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit im Interesse des Patienten unmöglich. Durch die Häufung solcher Negativerfahrungen kommt es auf Seiten ambulanter Pflegedienste mitunter zu einer problematischen Reaktion: In dem berechtigten Bestreben, die „dirty work“ zurückzuweisen, unterlassen die Pflegedienste auch andere für die Patientenversorgung notwendige Kooperations- und Koordinationsleistungen. Obwohl sie für die Überwindung der Schnittstellen zwischen den Professionen und Versorgungsinstanzen im ambulanten Versorgungssektor von großer Bedeutung sind, gelten sie in den Augen der befragten Dienste häufig als berufsfremde Tätigkeiten, die die „eigentliche“ Pflege behindern, die Arbeitsabläufe in der Krankenversorgung stören und zusätzliche Anstrengungen erfordern (Inter 11 ANP, 4).

Die schwierige Kooperation mit den Ärzten und damit einhergehenden Verstrickungen gefährden die ambulante Pflege von Ausnahmepatienten vor allem in Phasen krisenhafter Zuspitzungen: sei es, daß ein Drogengebraucher rückfällig oder aggressiv wird, ein Patient in die finale Phase seiner Krankheit eintritt oder ein pflegender Angehöriger bei einer Sterbebegleitung ausfällt. Um den Patienten oder ihrem sozialen Umfeld in solchen Krisensituationen angemessen helfen zu können, ist ein multidisziplinärer Zugriff und eine enge Abstimmung aller Beteiligten Akteure (Pflege, Medizin, Sozialarbeit, etc.) genauso erforderlich wie ein hohes Maß an professioneller Expertise im Bereich der Krisenprophylaxe und -intervention. Viele Pflegedienste sind jedoch weder in der engen, fallbezogenen Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen geübt, noch verfügen sie über eine entsprechende Qualifikation, um in jedem Fall ein adä-

quates Krisenmanagement gewährleisten zu können (Ribbe 1998). Zwangsläufig fühlen sie sich deshalb den Krisenpatienten oft nicht gewachsen. Einige Interviewpartner schildern, daß Ausnahmepatienten oft noch kurz vor ihrem Tod in stationäre Einrichtungen verlegt werden, um einer drohenden Überschreitung personeller und organisatorischer Grenzen vorzubeugen (z.B. Inter 2 ASP, 4 oder Inter 4 ANP, 3). Andere Pflegedienste sehen sich in solchen Situationen erneut in eine passive Position gedrängt und von Seiten der Ärzte oder Angehörigen nur noch vor vollendete Tatsachen gestellt, d.h. es erfolgt „(...) ein Anruf, daß der Patient weg ist“ (Inter 5 ANP, 3). Die schwerkranken und sterbenden Patienten werden zumeist per Noteinweisung in das nächstbeste Krankenhaus verlegt, wo sie dann meist kurze Zeit später versterben.⁴⁶ Die Hauptverantwortung für diesen Umgang mit den Patienten ist aus Sicht der Dienste erneut auf das mangelnde Zutrauen der Ärzte in die Leistungsfähigkeit ambulanter Pflege zurückzuführen:

„(...) Die sagen dann sehr oft zu den Angehörigen, also jetzt ist der Zeitpunkt, wo man die Patienten normal ins Krankenhaus tun müßte. Überlegen sie sich, ob sie das daheim machen können. Das sagen die aber nicht nur einmal, das sagen die dann dreimal (...) und dann sind die Leute 'nen halben Tag im Krankenhaus und dann sind sie gestorben (...)“ (Inter 20 AWO, 7).

Solche Situationen durch eine enge Kooperation mit Ärzten und Angehörigen zu verhindern, d.h. gemeinsame Zielvorstellungen für die Pflege zu entwickeln, das jeweilige Handeln planvoll aufeinander abzustimmen, ist im Alltag ambulanter Versorgung noch immer eher die Ausnahme als die Regel. Statt dessen dominieren die erwähnten „Doktor-Schwestern-Spiele“, die bei der Pflege von Ausnahmepatienten oft unversehens in einem *circulus vitiosus* enden: Alle latent schwelenden Konfliktstoffe werden virulent, gewinnen an Eigendynamik und haben zur Folge, daß die an der Patientenbetreuung beteiligten Gesundheitsprofessionen zusehends mit sich und den Komplikationen der Kooperation befaßt sind und der Patient im Zuge dessen tendenziell ins Hintertreffen gerät. Seine mißliche Situation wird von den Pflegediensten zwar gesehen. Angesichts des bestehenden Macht- und Hierarchiegefälles zwischen Medizin und Pflege glauben sie sich jedoch machtlos und fühlen sich nicht in der Lage, anwaltschaftlich für den Patienten zu agieren und im Interesse der Krisenbewältigung bzw. der Sicherung der Patientenversorgung funktionale Kooperationsmodi herzustellen.

Zugleich scheuen sie sich vielfach aus Angst vor Überforderung, vorhandene Spielräume auszuschöpfen, Kooperations- und Koordinationsaufgaben offensiv anzugehen und gezielt zu gestalten sowie insgesamt ein höheres Maß an Verantwortung für die Betreuung ihrer Patienten für sich reklamieren und zu übernehmen. Bei den befragten Einrichtungen

⁴⁶ Diese Befunde werden durch eine bislang unveröffentlichte Studie zum Thema „Ambulante Onkologie - Die Versorgungssituation terminal kranker Tumorpatienten in Berlin“ des dortigen PH-Forschungsverbundes untermauert. Demnach versterben 50 % der ambulant betreuten Krebspatienten im stationären Bereich. Hauptpflegeort dieser Patienten ist aber nicht das Krankenhaus sondern der ambulante Pflegebereich. Als Einweisungsgründe werden von den Hausärzten zu 49 % medizinische Komplikationen, zu 43 % Überlastung der Angehörigen und zu 29 % der Wunsch der Patienten nach Abbruch der ambulanten Versorgung angeführt (PH-Forschungsverbund Berlin 1997 - unveröffentlichtes Manuskript).

herrscht mit Blick auf Ausnahmepatienten und ihren Pflegebedarf deshalb eine resignative Haltung vor: Die Pflege dieser als „Sonderfälle“ deklarierten Patienten übersteigt den Diensten zufolge die vorhandenen Möglichkeiten, kann allenfalls in Ausnahmefällen erbracht werden und ist in kritischen Phasen in der Regel zum Scheitern verurteilt.

Als *Fazit* unserer Ausführungen bleibt festzuhalten, daß sowohl das Leistungsangebot als auch die Leistungsmöglichkeiten ambulanter Pflegedienste auch heute noch - trotz aller Ausweitungen und aller Korrekturversuche - nur einem Teil der Hilfe- und Pflegebedürftigen eine hinreichend zufriedenstellende und tragfähige häusliche Versorgung zu gewähren vermögen. Dem Pflegebedarf der Stammklientel kann mit den gegebenen Möglichkeiten im Großen und Ganzen entsprochen werden, aber bereits bei der Betreuung von Schwellenpatienten zeigen sich empfindliche Grenzen. Ein zu enges und unflexibles Leistungsprofil sowie mangelnde Kooperation und Vernetzung erweisen sich bei der Pflege dieser Patienten als entscheidendes Handikap. Vor allem aber bei der Pflege von den hier als Ausnahmepatienten deklarierten Patientengruppen übersteigen die quantitativen und qualitativen Dimensionen des Pflegebedarfs und die schwierigen Kooperationsverhältnisse in der ambulanten Versorgung die Möglichkeiten der Dienste; sie provozieren zum Teil massive Überforderungsercheinungen und Abwehrreaktionen oder gehen mit empfindlichen Qualitätsdefiziten einher. Die bei Ausnahme- und Schwellenpatienten erforderlichen und in Einzelfällen auch erbrachten Sonderleistungen zum Regelanangebot zu erheben und damit für die als „Sonderfälle“ geltenden Patientengruppen eine adäquate ambulante Pflege zu ermöglichen, halten die meisten der befragten Pflegedienste deshalb für nur schwerlich realisierbar. Verstärkt wird ihre zögerliche Haltung durch die ohnehin turbulente Umbruchsituation in der ambulanten Pflege, angesichts derer sie sich gegenwärtig genötigt sehen, sich zunächst einmal um ein mit ihren Ressourcen in Übereinstimmung stehendes Leistungsangebot für ihre Stammklientel zu bemühen.

Die damit erneut sichtbar werdenden Grenzen des Möglichkeitsspektrums dürfen angesichts des Entwicklungsrückstands in der bundesdeutschen Pflege nicht verwundern. Zugleich drohen sie jedem Teilgebiet der Versorgung, wenn - wie an der ambulanten Pflege exemplarisch zu beobachten - Bedarfsgesichtspunkten zu wenig Beachtung geschenkt wird. In Ländern mit professioneller Pflegetradition gibt es deshalb seit einigen Jahren intensive Bemühungen, systematisch auf den quantitativen und qualitativen Bedarf einzelner Patientengruppen abgestimmte Versorgungsangebote zu schaffen, die auf die Besonderheiten der regionalen Sozial- und Versicherungsstruktur abgestimmt sind (needs-led-approach)⁴⁷, statt darauf zu vertrauen, daß Patienten, die auf Hilfe und Pflege angewiesen sind, ihren Bedarf den Diensten und deren Möglichkeitsspektrum anpassen (service-led-approach).

⁴⁷ Um dies noch einmal an ein Beispiel zu verdeutlichen: in Großbritannien basiert das Leistungsprofil ambulanter Pflege auf sogenannten Community-Care-Plans, d. h. systematisch erhobenen regionalen und vom existierenden Leistungsangebot unabhängigen und vorausschauenden Bedarfsanalysen (Baldock/Evers 1991, Socialstyrelsen 1993). Hierzulande ist es dagegen noch weitgehend dem Zufall überlassen, ob das Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste dem quantitativen und qualitativen Bedarfsspektrum der in ihrem Einzugsgebiet lebenden Patienten entspricht.

Derartige Kurskorrekturen bei der Gestaltung pflegerischer Leistungsangebote einzuleiten, war zwar mit der Einführung der Pflegeversicherung auch hierzulande intendiert. Wie die Ausführungen jedoch gezeigt haben sind die Effekte dieses verordneten Perspektivwechsels von der Angebots- zur Bedarfsorientierung auf den Alltag ambulanter Pflege noch sehr begrenzt.

Ursächlich dafür sind neben immer wieder betonten und unzweifelhaft bedeutsamen Finanzierungsproblemen und inflexiblen strukturellen Rahmenbedingungen auch Qualifikationsdefizite und damit einhergehend konzeptionelle Schwächen auf Seiten der Pflege. Letztere wurden in den zurückliegenden Ausführungen mit Blick auf das untersuchte Modellprojekt bewußt in den Mittelpunkt gerückt und sollen auch in dem folgenden Kapitel unserer Untersuchung im Zentrum der Betrachtung stehen.

5. Qualifizierungserfordernisse aus pflegewissenschaftlicher Sicht

Abschließend werden wir nun summarisch aus der zurückliegenden Analyse den Qualifikationsbedarf ambulanter Pflege für die Pflege schwerkranker und sterbender Menschen herausdestillieren, denn implizit sind darin bereits zahlreiche Qualifikationserfordernisse angedeutet worden, die es nunmehr explizit zu erörtern gilt. Qualifikation verstehen wir in diesem Kontext „als Handlungsfähigkeit zur Erfüllung beruflicher und gesellschaftlicher Anforderungen“ (Tragsdorf 1993, 21). Der Terminus „Qualifikation“ impliziert „erworbene und verfügbare Kenntnisse, Fertigkeiten, Fähigkeiten und Erfahrungen für den Arbeits- und sozialen Prozeß“ (Meißner/Sachse 1993, 69) und somit für die Bewältigung der Herausforderungen in einem bestimmten sozialen Kontext - in unserem Fall der ambulanten Pflege. Bei unserer Darstellung unterscheiden wir drei pflegerische Handlungsebenen, die jeweils mit unterschiedlichen qualifikatorischen Anforderungen einhergehen. Wir beginnen mit der Erläuterung des Qualifikationsbedarfs auf der Ebene des direkten Pflegehandelns (Mikro-Ebene) und wenden uns danach der organisatorischen Handlungsebene (Meso-Ebene) zu. Abschließend betrachten wir die Qualifikationserfordernisse auf der Makro-Ebene (systemgestaltendes Handeln), womit wir zugleich an den Ausgangspunkt unserer Analyse - den derzeitigen Wandel in der ambulanten Pflege - anknüpfen. Zur Sprache kommen sowohl basale, d.h. für die Durchführung einer qualifizierten ambulanten Pflege als grundlegend einzustufende Kenntnisse und Kompetenzen, als auch spezielle, d.h. solche, die auf die Patientengruppe der Schwerkranken und Sterbenden - insbesondere der Aids-Erkrankten - ausgerichtet sind.

Richten wir unsere Aufmerksamkeit zunächst auf die Ebene des *direkten, personalen Pflegehandelns (Mikro-Ebene)* und die dort in unserer Analyse erkennbaren basalen und speziellen Qualifikationserfordernisse.

- Ambulante Pflegedienste sind alltäglichen Gesundheits- und Pflegeproblemen (z.B. der Altersdiabetes) der bislang dominierenden Regelpatienten durchweg gewachsen. Werden sie jedoch mit eher untypischen Krankheitsbildern, anderen Patientengruppen und komplexen Pflegeproblemen konfrontiert, stößt ihre fachliche Kompetenz schnell an Grenzen und es droht Überforderung. Auch in kritischen Krankheitsphasen oder bei der Betreuung von Patienten mit infausten Diagnosen sowie in Sterbephasen erweist sich die Qualifikation ambulanter Pflegekräfte häufig als erweiterungsbedürftig. Notwendig sind fundiertere Fachkenntnisse über das gesamte Spektrum an Pflegeproblemen, ausgeprägtere Beobachtungs- und Diagnosefähigkeiten sowie Erfahrungen im Umgang mit patientenorientierten und die Autonomie der Patienten fördernden Interventionsstrategien (Wittneben 1994, Ewers 1998).
- Der Umgang mit chronischer Krankheit, dem oft komplexen und zuweilen wechselhaften Pflegebedarf dieser Patienten, stellt für ambulante Pflegekräfte im Alltag eine große Herausforderung dar. Um den Spezifika chronischer Krankheiten - insbesondere chronisch-progredienter Erkrankungen - künftig besser begegnen, jederzeit im Krankheitsverlauf

auftretende Veränderungen in Art und Umfang des Pflegebedarfs antizipieren, bei der Zielfindung und Planung der Pflege ausreichend berücksichtigen und damit angemessen auf die Problemlage der Erkrankten reagieren zu können, sind ambulante Pflegekräfte auf ausgeprägte Kenntnisse über typische Krankheitsverläufe und damit einhergehende Probleme angewiesen (Corbin/Strauss 1993, Garms-Homolová/Schaeffer 1992). Auch basale pflegerische Kompetenzen, wie die Fähigkeit zur Entwicklung und zielgerichteten Anwendung von Strategien zur angemessenen Beantwortung des sich im Zeitverlauf verändernden Pflegebedarfs - seien sie nun gesundheitsfördernd oder -sichernd, aktivierend oder rehabilitativ, kurativ oder palliativ (Schaeffer/Moers 1995, Ewers 1998) - erweisen sich angesichts des gewandelten Patientenprofils und der wachsenden Bedeutung chronischer und schwerwiegender Krankheit für die ambulante Pflege als elementar.

- Langfristige und zeitintensive Betreuungsverhältnisse, wie sie die ambulante Pflege zunehmend dominieren, bergen stets die Gefahr der „Intimisierung“ und „Famialisierung“ der Pflege. Stellt sich bereits die alltägliche Interaktion mit den Patienten für die Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste als belastend dar, so gilt dies umso mehr für akute Krisen- und Konfliktsituationen, wie sie auch bei den als Stammklientel bezeichneten Patienten immer wieder auftreten können. Die angemessene Beantwortung der mit der Interaktionsgestaltung in der ambulanten Pflege einhergehenden Herausforderungen setzt auf Seiten der Pflegekräfte ein klares Bewußtsein über ihre Rolle als professioneller Helfer und einen ausgeprägten Fundus an sozialen Kompetenzen voraus (Wiese 1994). Hierzu zählen u.a. kommunikative Kompetenz und Diskursfähigkeit, Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz sowie Empathie und Selbstreflexionsfähigkeit, d.h. „die Fähigkeit zur kritischen Auseinandersetzung mit uns selbst und unseren eigenen Handlungen“ (Pawlowsky 1992, 13). Diese für die ambulante Pflege als interaktionsintensive Dienstleistung fundamentalen Kompetenzen sind, ebenso wie Techniken zur Konflikt- und Krisenbewältigung, für die professionelle Beantwortung der alltäglichen Herausforderungen in der Patientenversorgung unabdingbar. Dies gilt umso mehr, soll die Pflege - wie z.B. in dem Konzept der aktivierenden Pflege gefordert - nicht lediglich *an* sondern gemeinsam *mit* dem Patienten geplant und durchgeführt werden. Folglich wird die Ausbildung eines professionellen Rollenverständnisses sowie „zunächst außerhalb des Praxisfeldes in Laborsituationen“ (Müller 1998, 34) einzuübender sozialer Kompetenzen und ihre kontinuierliche Auffrischung, z.B. in Form von berufsbegleitenden „On-the-Job-Trainings“, angesichts des Bedarfsprofils ambulanter Pflege künftig mit Priorität zu behandeln sein.
- Basale Qualifizierungserfordernisse zeigen sich auf Seiten ambulanter Pflege auch angesichts der zunehmend an Bedeutung gewinnenden Einbeziehung von Angehörigen und Laien in das Pflegegeschehen. Selbige als wichtige Unterstützung für die Patienten und nicht etwa als Störfaktor für die professionell Pflegenden wahrzunehmen und sie aktiv an der Planung, Durchführung und Evaluation zu beteiligen, verlangt von Pflegekräften neben dem grundsätzlichen Wissen um die Bedeutung informeller Hilferessourcen für die Gesundheitsförderung und -

sicherung auch ausgeprägte organisatorische und planerische Fähigkeiten: dazu gehört die Identifikation vorhandener informeller Hilfpotentiale im Umfeld des Patienten, ihre systematische Einbindung in die Pflege und die Durchführung einer kontinuierlichen Qualitätsprüfung. Um darüber hinaus auch hierzulande Konzepte zur Angehörigenbegleitung realisieren zu können, die in Ländern mit langjährig gewachsener professioneller Pflege tradition wie z.B. in den USA unter der Bezeichnung „caring for the carers“ bereits seit langem praktiziert werden, bedarf es auch entsprechender Fertigkeiten für die Anleitung und kontinuierliche Begleitung von Angehörigen und Helfern, d.h. edukativer praxisanleitender und -begleitender Kompetenzen (Schaeffer 1997, Kristel 1995). Diesen qualifikatorischen Anforderungen ist bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung von ambulanten Pflegekräften - unabhängig von der später zu betreuenden Patientengruppe - entsprechend Aufmerksamkeit zu zollen.

- Hohe Anforderungen an die Basisqualifikation ambulanter Pflegekräfte ergeben sich schließlich aus der Notwendigkeit, die verschiedenen im ambulanten Versorgungssektor tätigen Akteure miteinander vernetzen und ihr Versorgungshandeln im Interesse der Patienten eng aufeinander abstimmen zu müssen. Um Kooperations- und Koordinationsaufgaben im ambulanten Versorgungssektor wahrnehmen zu können, benötigen ambulante Pflegekräfte sowohl Kenntnisse über Aufbau, Organisation und Funktionsweise des Gesundheitssystems sowie spezifische, dem ambulanten Versorgungssektor innewohnende Problemfelder (z.B. Diskontinuität, Desintegration) als auch Kompetenzen, um diese Risiken durch die Anwendung hierfür geeigneter Verfahren (z.B. Care- und Case-Management, Überleitungspflege) überwinden und den Patienten damit integrierte und kontinuierliche Versorgungsangebote unterbreiten zu können (z.B. Scholz 1996). Sowohl die Bereitschaft als auch die Fähigkeit zur Kooperation mit anderen im ambulanten Versorgungsbereich agierenden Leistungserbringern - insbesondere den dort tätigen Ärzten - bedarf der gezielten Erweiterung. Vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen ambulanter Pflegedienste ist bereits bei der Organisation der Lernprozesse darauf zu achten, daß Kooperation und Koordination als interdisziplinäre Aufgaben erfahren werden können, die der Überwindung der Schnittstellenproblematik zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen dient, und nicht - wie heute immer noch an der Tagesordnung und von Seiten der Pflege zu Recht kritisiert - als die „einseitige Absorption einer Berufsgruppe durch die andere“ (Müller 1998, 34).

Zusätzlich zu den hier skizzierten basalen Kenntnissen und Kompetenzen erfordert die qualifizierte Pflege von Aids-Erkrankten wie auch anderer schwerkranker und sterbender Patientengruppen spezielle Qualifikationsanstrengungen:

- Die zahlreichen zum Aids-Komplex gehörenden Krankheitsbilder sowie die aufgrund des raschen medizinisch-pharmakologischen Fortschritts geringe Halbwertszeit der Kenntnisse über Behandlungsoptionen und -strategien machen es für die betreuenden Pflegekräfte unumgänglich, sich kontinuierlich über neueste Erkenntnisse und Entwicklungen in Di-

agnostik und Therapie auf dem Laufenden zu halten. Die Aneignung eines speziellen medizinischen und pflegerischen Fachwissens ist unverzichtbar, um den über ihre Krankheit und die verfügbaren Behandlungsoptionen vielfach gut informierten Patienten stets adäquate Hilfsangebote unterbreiten zu können (Ewers 1998).

- Die Betreuung schwerkranker und sterbender Patienten im ambulanten Versorgungssektor verlangt von ambulanten Diensten zuweilen intensivpflegerische und aufwendige (technikintensive) pflegetherapeutische Interventionen, die ohne eine spezielle Expertise kaum adäquat durchgeführt werden können. Der Erwerb dieser speziellen Qualifikation im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen - sei es im Bereich der Palliativ- oder Intensiv-Pflege - ist damit eine wesentliche Voraussetzung, um den Patienten eine bedarfsgerechte und qualifizierte pflegerische Versorgung anbieten zu können. Aber auch die Betreuung anderer Patientengruppen, wie z.B. psychiatrisch auffälliger und hirnorganisch veränderter Patienten oder auch von i.v. Drogenkonsumenten, verlangt von den Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste die Erweiterung ihrer Basisqualifikation (z.B. Ewers/Weicht 1995, Ferris et al. 1995).
- Spezielle Qualifikationsanforderungen ergeben sich in der ambulanten Schwerstkrankenpflege zudem aus der Konfrontation mit Lebenswelten und -stilen, die ambulanten Pflegekräften vielfach fremd und ungewohnt sind und nicht selten ethisch-moralische Konflikte aufwerfen. Dies gilt insbesondere für homosexuelle und i.v. drogenkonsumierende Patienten, aber auch für die Pflege von Migranten oder anderen in der ambulanten Pflege eher selten betreuten Patientengruppen (z.B. Obdachlose). Die Pflegekräfte sind zur Bewältigung dieser Anforderungen auf sachliche Informationen über die jeweiligen Lebenswelten und -stile angewiesen. Sie benötigen zudem Gelegenheiten für Begegnungen und Austausch mit Betroffenen, um Erfahrungen (mit)teilen, reflektieren und vorhandene Vorurteile abbauen zu können.
- Pflegekräfte werden in der ambulanten Schwerstkrankenpflege vielfach mit einer Kumulation unterschiedlicher gesundheitlicher und sozialer Problemlagen konfrontiert: sei es, daß eine alleinstehende, an Aids erkrankte und pflegebedürftige Patientin mit einem kleinen Kind von akuter Obdachlosigkeit bedroht ist oder daß ein an Krebs erkrankter und in zerrütteten Familienverhältnissen lebender Krebs-Patient mit Alkoholproblemen und starken Schmerzen zu kämpfen hat. Um diesen Patienten adäquate Pflege- und Versorgungsangebote unterbreiten und auf die Problemkumulation professionell reagieren zu können bedarf es einer spezialisierten pflegerischen Qualifikation (Schaeffer/Moers 1995). Umfassende klinische und psychosoziale Kenntnisse, Flexibilität und Kreativität zählen neben Erfahrung in der Anwendung konfliktminimierender Interventionsstrategien zu den Kompetenzen, die für die Bewältigung derartig komplexer Pflegesituationen unentbehrlich sind.
- Ambulante Schwerstkrankenpflege erfordert schließlich einen multidisziplinären Zugriff und verlangt somit von den ambulanten Pflegekräften ein besonderes Maß an Bereitschaft und Fähigkeit zur fallbezogenen Kooperation. Dies gilt sowohl in Richtung auf die medizinischen Exper-

ten im ambulanten und stationären Versorgungssektor als auch mit Blick auf die psycho-sozialen Berufe oder andere an der Betreuung des Patienten beteiligte Disziplinen und Personengruppen. „Collaborative Care“ (Zander 1995), d.h. die enge, auf die Begleitung eines Einzelfalls ausgerichtete, über institutionelle Grenzen hinausreichende systematische Zusammenarbeit unterschiedlicher Disziplinen, ist ein möglicher Ansatzpunkt zur Lösung der vielfältigen bei der ambulanten Schwerstkrankenpflege auftretenden Kooperations- und Koordinationsanforderungen (Schaeffer 1998). Vermittlung von und praktische Auseinandersetzung mit diesen und ähnlichen Verfahren zur Sicherstellung einer fallangemessenen Kooperation und Koordination sollten folglich im Zentrum spezieller, interdisziplinärer Qualifizierungsangebote für die ambulante Schwerstkrankenpflege stehen.

Neben diesen basalen und speziellen Qualifikationserfordernissen auf der Ebene des direkten Pflegehandelns hat unsere Analyse auch Qualifikationsbedarf auf der Ebene des *institutionellen bzw. organisatorischen Handelns (Meso-Ebene)* sichtbar gemacht:

- Enge und mangelnde Bedarfsgerechtigkeit kennzeichnen auch heute noch vielfach das Leistungsprofil ambulanter Pflegedienste. Um diesem Shortcoming entgegenzutreten, regionale Bedarfserhebungen durchführen und somit das Informationstableau über Art und Umfang des in ihrem Einzugsbereichs anfallenden Pflegebedarfs systematisch erhöhen zu können, benötigen leitende Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste eine erweiterte Basisqualifikation. Sie sollte Kenntnisse über geeignete Instrumente und Verfahren zur Bedarfserhebung einschließen, Kompetenzen für die Übersetzung der gewonnenen Daten und Informationen in adäquate pflegerische Dienstleistungsangebote enthalten und damit zur zielgerichteten Ausweitung des pflegerischen Leistungsangebots befähigen. Nicht zuletzt die Aufgabe der Erarbeitung und Ausgestaltung der konzeptionellen Grundlagen eines Pflegedienstes sowie die Schaffung von Leistungstransparenz gegenüber Patienten, Kooperationspartnern und Kostenträgern stellt erhöhte Anforderungen an die Basisqualifikation leitender Mitarbeiter. Soll auch hierzulande an internationale Standards angeknüpft, Funktionen wie „community assessment“ und „health planing“ (z.B. Smith/ Maurer 1995, Swanson/Albrecht 1993) von ambulanten Pflegekräften wahrgenommen und ein differenziertes und bedarfsgerechtes ambulantes Leistungsangebot vorgehalten werden, ist eine zielgerichtete Erweiterung der pflegerischen Qualifikation unabdingbar (Metcalf et al. 1998, Baldwin et al. 1998).
- Die Überführung von an Einzelpersonen gebundener Pflege in eine Form betrieblich organisierter Leistungserbringung und mehr noch die mit dem SGB XI forcierte (über-)betriebliche Diversifikation bringt es mit sich, daß die qualifikatorischen Anforderungen an leitende Pflegekräfte deutlich steigen. Schon jetzt stellt die in Klein- und Mittelbetrieben und damit auch den meisten ambulanten Pflegediensten übliche Integration unterschiedlichster Aufgaben - angefangen bei administrativen und organisatorischen über konzeptionelle und planerische bis hin zu direkten pflegerischen und patientenbezogenen Tätigkeiten - erhöhte Anforderungen an die „funktionelle Flexibilität“ (Pawlowsky

1992, 184) der mit Führungsaufgaben betrauten Mitarbeiter. Der Erwerb von Managementkompetenzen zur Ermöglichung einer anforderungssteuernden Arbeitsorganisation gewinnt vor diesem Hintergrund für das Management ambulanter Pflegedienste an Bedeutung, worauf mit entsprechenden Qualifizierungsangeboten zu reagieren ist (Broome 1997, Doppler/Lauterburg 1995, Mager 1997).

- Um sich in den neuen Finanzierungsstrukturen ambulanter Pflege bewegen zu können, benötigen ambulante Pflegedienste fundiertere sozialrechtliche, betriebswirtschaftliche und administrative Kenntnisse und Kompetenzen für die vorausschauende Steuerung der Pflegedienste sowie für die Gestaltung der betrieblichen Umweltbedingungen - Qualifikationen, die derzeit nur sehr bedingt vorhanden sind. Dies gilt umso mehr, sollen aus ökonomischer Sicht aufwendige und risikoreiche Patientenbetreuungen - wie in der ambulanten Schwerstkrankenpflege üblich - bewältigt werden, ohne Defizite zu erwirtschaften oder gar die Existenz eines Pflegedienstes zu gefährden (Junkers/Moldenhauer/Reuter 1996).
- Die unter ökonomischen Zwängen zunehmend praktizierte Einbindung von un- oder angelernten Mitarbeitern birgt spezifische Gefahren für die Qualität der Pflege und stellt erhöhte Anforderungen an die mit dem Personaleinsatz beauftragten Mitarbeiter. Dem zu begegnen, eine dem Bedarfs- und Patientenprofil entsprechende Personalstruktur vorzuhalten und die personellen Ressourcen kontinuierlich den sich wandelnden Patientenproblematiken anzupassen, stellt für ambulante Pflegedienste folglich eine grundlegende Qualifikationsherausforderung dar. Erforderlich sind Fort- und Weiterbildungsangebote, in denen notwendiges Wissen und Handwerkszeug für die Erstellung von Bildungsbedarfsanalysen⁴⁸ und die Entwicklung adäquater Personal- und Organisationsentwicklungskonzepte vermittelt wird. Auch die Anwendung von Führungsstrategien und -instrumenten für die betriebliche Arbeitsstrukturierung gilt es in ambulanten Pflegediensten zu erlernen und zu erproben (z.B. Rückle/Mutahoff/Riekehof 1994, Döring 1993, Geißler 1991a/b, Geißler 1992, Blegen/Goode/Reed 1998).
- Spezieller Qualifikationsbedarf auf der betrieblichen Meso-Ebene resultiert schließlich aus der Forderung nach einer Individualisierung und Flexibilisierung ambulanter Pflegeleistungen, wie sie nicht zuletzt mit der ambulanten Schwerstkrankenpflege verbunden ist. Die Umstellung von bislang praktizierten Arbeitsroutinen und die generelle Flexibilisierung der Leistungserbringung bereitet ambulanten Pflegediensten vielfach Schwierigkeiten. Gleichwohl stellen diese arbeitsorganisatori-

⁴⁸ Bildungsbedarfsanalysen, inner- wie überbetriebliche Fort- und Weiterbildung sind neben Karriereplanung und Mitarbeiterführung übliche Aufgabenfelder der Personalentwicklung (Strombach 1992). Personalentwicklung wird hier verstanden als eine gezielte Beeinflussung der Fähigkeiten und Fertigkeiten bzw. des Wissens und Könnens von Personen und damit verbunden die Weiterentwicklung beruflicher Qualifikationen von Mitarbeitern. Dies umfaßt ihre Einstellung, Werthaltungen und Motivationen und dient der Anpassung des Humanpotentials einer Unternehmung an gegenwärtige und zukünftige Aufgaben (Kitzmann/Zimmer 1982, Mentzel 1992). Demgegenüber zielt die Organisationsentwicklung auf die Situation in der sich diese Mitarbeiter bewegen besonders im Hinblick auf vorhandene und mögliche Handlungsvoraussetzungen, Strukturen, Regeln und Sanktionen (Grossmann/Heller 1994). Personal- und Organisationsentwicklung bedingen einander und dienen gemeinsam sowohl der Maximierung der Aufgabenerfüllung als auch der Anpassung an veränderte Umweltbedingungen (Sattelberger 1992).

schen Anpassungsmaßnahmen eine Grundvoraussetzung für die angemessene Beantwortung des schwankenden und vielgestaltigen Pflegebedarfs von schwerkranken und sterbenden Patienten dar. Pflegedienste, die sich im Bereich ambulanter Schwerstkrankenpflege engagieren, sind demnach gefordert, spezielle

- Vorgehensweisen zu entwickeln, um ihr Versorgungshandeln dem Bedarf der Patienten jederzeit anpassen zu können, ohne zugleich eine Dauer- oder sogar Überbelastung ihrer Mitarbeiter zu bewirken. Kenntnisse und Kompetenzen aus anderen Dienstleistungsbereichen können hierfür erschlossen und nach sorgfältiger Prüfung für die ambulante Pflege nutzbar gemacht werden - ebenfalls eine Aufgabe, die eine fundierte pflegewissenschaftliche Qualifikation erfordert.

Die zeitgleich mit dem hier untersuchten Modellprojekt vollzogene Einführung der Pflegeversicherung und der damit forcierte Wandel des ambulanten Pflegebereichs von der staatlich subventionierten Wohlfahrtspflege zu einer an marktwirtschaftlichen Gesetzmäßigkeiten und Wettbewerbsmechanismen orientierten Dienstleistung hat dazu geführt, daß in unserer Analyse auch ein Qualifikationsbedarf zum Vorschein kam, der die *gesellschaftlichen und systembezogenen Handlungskompetenzen (Makro-Ebene)* ambulanter Pflege berührt. Zumindest andeutungsweise soll in unseren Ausführungen auf diesen Aus-, Fort- und Weiterbildungsbedarf aufmerksam gemacht werden:

- Der weitreichende Wandel der Umweltbedingungen ambulanter Pflege wird von den Diensten zum Zeitpunkt überwiegend als Bedrohung wahrgenommen und provoziert infolgedessen zahlreiche (Abwehr-)Reaktionen. Um dem hierdurch drohenden Reformstau entgegen zu treten und längst überfällige Innovationen in der Pflege anstoßen zu können, ist ein Überdenken professioneller Werthaltungen und eine zielgerichtete Qualifikationserweiterung vonnöten. Pflegekräfte sind aufgefordert, „die zunehmende Komplexität ihrer beruflichen Umwelt zu begreifen und durch ziel- und selbstbewußtes, reflektiertes und verantwortliches Handeln zu gestalten“ (Sonntag/Schapper 1992, 187). Hierfür benötigen sie ein hohes Maß an Lern- und Gestaltungskompetenz sowie Innovationsbereitschaft und Kreativität oder wie heute vielfach formuliert - unternehmerisches Denken und Handeln (Entrepreneurship) - Schlüsselqualifikationen, die es in der Pflege künftig zu fördern und auszubauen gilt (Klimecki/Probst/Eberl 1991).
- Mit der Pflegeversicherung tritt an die Stelle der vollständigen Bedarfsdeckung ein System der Grundsicherung (Rothgang 1996). Damit erhöhen sich unweigerlich auch die Anforderungen an die pflegerische Qualifikation. Erforderlich sind Entscheidungskompetenz und Sensibilität für die mit dieser Entscheidung verbundenen sozialen und gesellschaftlichen Herausforderungen. Auftretende ethische Konflikte zwischen dem tendenziell unbegrenzten Bedarf der Patienten und dem begrenzten Budget müssen von der Pflege reguliert, die Interessen der Patienten transparent gemacht, fachlich legitimiert und gegebenenfalls auch gegen Widerstände anwaltschaftlich durchgesetzt werden. Stärker als bislang gilt es, die Pflege für die Wahrnehmung dieser schwierigen Regu-

lierungsaufgaben zu befähigen und ihr durch eine Anhebung ihrer Qualifikation zu ermöglichen, Funktionen der anwaltschaftlichen Interessenvertretung für die Patienten wahrnehmen zu können.

- Die derzeit zu beobachtende, zumeist unkritische Einführung des Kunden- anstelle des Patienten- bzw. Klientenbegriffs im Gesundheitswesen verweist auf einen weitreichenden Paradigmenwechsel, der auch die Pflege berührt. Er geht einher mit einer verstärkten Anspruchshaltung der Patienten und ihrer Angehörigen, der lauter werdenden Forderung nach Ergebnisorientierung und Qualitätssicherung sowie einer insgesamt zunehmenden Aufmerksamkeit für Fragen der Gesundheit und Krankheit. Angesichts dessen ist die Pflege gefordert, neue professionelle Rollen auszubilden, Legitimationskompetenzen zu erwerben und die Qualität ihrer Arbeit interpersonal überprüfbar und nachvollziehbar darzulegen - allesamt Aufgaben, die eine zielgerichtete Erweiterung der pflegerischen Qualifikationsbasis notwendig werden lassen.
- Die wachsende Unübersichtlichkeit moderner Gesundheitssysteme erfordert eine engere Zusammenarbeit aller im Gesundheitswesen tätigen Akteure. Die Pflege ist - wie in Ländern mit langjähriger Professionalisierungstradition studiert werden kann - in der Lage, einen bedeutenden Part bei der Förderung und Sicherung von (bedingter) Gesundheit und der Bewältigung von Krankheit leisten und als gleichberechtigter Partner an der Lösung aktueller Probleme in modernen und hochkomplexen Gesundheitssystemen mitwirken zu können. Bedingung hierfür ist freilich, daß die statusschwache Position der Pflege überwunden, dem derzeitigen Qualifikationsbedarf entsprochen und ein wissenschaftlich fundierter Ausbau der pflegerischen Qualifikationsbasis realisiert wird.

6. Schlußbetrachtung

Die Analyse der Situation ambulanter Pflegedienste nach Einführung der Pflegeversicherung hat gezeigt, 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 Innovationspotentiale 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.

Vor diesem Hintergrund wird nicht verwundern, daß auch Bestrebungen zur Verkürzung der Verweildauer in den Krankenhäusern und generell die verstärkte Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen durch schwerkranke und sterbende Patienten auf Seiten regelversorgender Einrichtungen bislang keine entsprechende Erwidern gefunden haben. Weitgehend unbeeinflusst durch die mit dem SGB XI verknüpften Bestrebungen zur Ausweitung des Leistungsprofils steht der adäquaten Pflege und Betreuung schwerkranker und sterbender Patienten nach wie vor ein relativ enges Leistungsspektrum der ambulanten Einrichtungen entgegen.⁴⁹ Die Leistungserbringung wird zudem durch zahlreiche, in unseren Ausführungen erkennbare strukturelle, finanzielle, konzeptionelle und qualifikatorische Probleme erschwert. Im Ergebnis bleibt damit auch nach Einführung der Pflegeversicherung das begrenzte Möglichkeitsspektrum ambulanter Pflege bestimmender Faktor für die Pflege von schwerkranken und sterbenden Menschen inklusive der hier besonders interessierenden Aids-Erkrankten.

Soll das mit dem SGB XI verbundene Ziel der generellen Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger auch für diese Patientengruppe langfristig realisiert werden, ist es erforderlich, nach wie vor vorhandene Strukturprobleme in der ambulanten Pflege anzugehen, der aktuellen Verunsicherung der Pflegedienste entgegenzuwirken, ihre Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit neuen Herausforderungen zu fördern und ihnen ausreichende Anreize zu bieten, damit sie den gegenwärtigen Wandel ambulanter Pflege weniger als Bedrohung denn als Chance zur Professionalisierung wahrnehmen können. Zugleich gilt es, der Beantwortung des im Laufe unserer Untersuchung sichtbar gewordenen basalen und speziellen Qualifikationsbedarfs mehr Aufmerksamkeit als bisher zu widmen und einen wissenschaftlich fundierten Ausbau der pflegerischen Qualifikationsbasis in Deutschland voranzutreiben (vgl. auch Kuhlmann 1997).

⁴⁹ Dieses Defizit wird von gesundheits- und sozialpolitischer Seite zunehmend erkannt und hat im Rahmen des Bundesmodellprogramms zur „Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger“ bereits Berücksichtigung gefunden. Zukünftig soll im Rahmen dieses Großmodells der Verbesserung der Pflege von Schwerstkranken mit begrenzter Lebenserwartung mehr Aufmerksamkeit als bislang geschenkt werden (Kapitel 1102, Titelgruppe 05, Stand: 07.11.1997)

7. Literatur

- Arnold, M./Paffrath, D. (Hg.) (1996): Krankenhaus-Report '96. Schwerpunkt: Managed Care. Stuttgart
- Asam, W.H. (Hg.) (1992): Neue Alten-Politik. Sicherung der Pflege durch Sozialplanung. Freiburg i.Br.
- Asam, W.H./Altmann, U. (1995): Geld oder Pflege. Zur Ökonomie und Reorganisation der Pflegeabsicherung. Freiburg i.B.
- Aulbert, E./Zech, D. (Hg.) (1997): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart/New York
- Badura, B. (1993): Gesundheitsförderung durch Arbeits- und Organisationsgestaltung. Die Sicht des Gesundheitswissenschaftlers. In: Pelikan, J.M./Demmer, H./Hurrelmann, K. (Hg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim/München, 20-33
- Badura, B. (1994): Patientenorientierte Systemgestaltung im Gesundheitswesen. In: Badura, B./Feuerstein, G. (Hg.): Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Weinheim/München, 255-313
- Badura, B./v. Ferber, C. (1981): Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen. München
- Baldock, J./Evers, A. (1991): Concluding Remarks on the Significance of the Innovations Reviewed - Their Implications for Social Change. In: Kraan J.R./Baldock, J. et al. (Hg.): Care for the Elderly. Frankfurt M., 186-202
- Baldwin, J.H./O'Neill Conger, C./Abegglen, J.C./Hill, E.M. (1998): Population-Focused and Community-Based Nursing - Moving toward clarification of concepts. *Public Health Nursing*, 15, Nr. 1, 12-18
- Becker, W./Meifort, B. (Hg.) (1993): Professionalisierung gesundheits- und sozialpflegerischer Berufe - Europa als Impuls? Zur Qualifikationsentwicklung in der Human-Dienstleistung. *Berichte zur beruflichen Bildung*, Heft 159. Berlin
- Blegen, M.A./Goode, C.J./Reed, L. (1998): Nurse Staffing and Patient Outcomes. *Nursing Research* 47, Nr. 1, 43-50
- Böhme, H. (1990): Eigenständigkeit der Krankenpflege - auch ein rechtliches Problem. *Die Schwester/Der Pfleger*, Nr. 29, 528-531
- Brandt, F./Göpfert-Divivier, W./Schweikart, R. (1992): Ambulante Dienste für Pflegebedürftige: Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Schriftenreihe des BMFuS Band 6.1. Stuttgart
- Brömme, N. (1999): Eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung? Über die sozialen Auswirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes. P99-106, Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Bielefeld: IPW
- Broome, A. (1997): Change Management in der Pflege. Berlin/Wiesbaden
- Burmeister, J. (1997): Die Wirkungen der Pflegeversicherung in der ambulanten Pflege - Ergebnisse einer Implementationsstudie. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 28, Nr. 3, 220-249
- Corbin, J.M./Strauss, A.L. (1993): Weiterleben lernen. Chronisch Kranke in der Familie. München
- DAH - Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (1994): Projektantrag. Modellprogramm zur Förderung der Pflegebereitschaft bei schwerkranken und sterbenden Menschen. Exemplarisch dargestellt an der Pflege von Menschen mit AIDS, 3. Fassung - September 1994, Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hg.). Berlin
- DAH - Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) (1998): Menschen mit AiDS pflegen. Curriculum für die Fortbildung von Pflegekräften zur Förderung der Pflegebereitschaft bei schwerkranken und sterbenden Menschen am Beispiel AIDS. Berlin: DAH

- Dahme, H.J./Grunow, D./Grunow-Lutter, V./Hegner, F./ Lempert, J. (1980): Die Neuorganisation der ambulanten Sozial- und Gesundheitspflege. Empirische Implementationsstudie in zwei Bundesländern. Bielefeld
- Damkowsky, W./Görres, S./Luckey, K. (1988): Sozialstationen. Konzepte und Praxis eines Modells ambulanter Versorgung. Frankfurt M.
- Döhler, M. (1990): Gesundheitspolitik nach der „Wende“. Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland. Berlin
- Domscheit, S./Wingefeld, K. (1996a): Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen. Konzeptionelle Entwicklungen, Problemfelder und Anforderungen, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
- Domscheit, S./Wingefeld, K./Grusdat, M. (1994): Gutachten zur praktischen Krankenpflegeausbildung in Berlin. Berlin
- Doppler, K./Lauterburg, C. (1995): Change Management. Den Unternehmenswandel gestalten. Frankfurt M./New York
- Döring, K.W. (1993): Schwachstellen und Potentiale betrieblicher Weiterbildung. In: Steinle, C./Bruch, H. (Hg.): Führung und Qualifizierung. Frankfurt M., 207-219
- Eicher, K. (1990): Die Schwerpflegebedürftigkeit als leistungsauslösendes Moment der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Sozialversicherung 1990, 129-132
- Eifert, B/ Rothgang, H. (1998): Die Pflegegesetze der Länder zwischen planerisch-gestaltender und ausführungsorientierter Konzeption. Fachjournal Background des Bundesverband Ambulante Dienste e.V., Nr. 4, 5-10
- Ewers, M. (1996): Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung, P96-208, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin
- Ewers, M. (1998): Pflegequalität - Arbeitsbuch für die ambulante Pflege bei Aids, Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hg.). Hannover
- Ewers, M. (1999): Implikationen therapeutisch-technischer Innovationen in der ambulanten Pflege: das Beispiel der Infusionstherapie (unveröffentlichtes Manuskript)
- Ewers, M./Schaeffer, D./Grande, G./Breyman,R. (1998): Förderung der Pflegebereitschaft bei schwerkranken und sterbenden Menschen am Beispiel der Aids-Erkrankten. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung des vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung geförderten und in Trägerschaft der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. von 1995-1997 durchgeführten Modellprojekts, Berlin/Bielefeld
- Ewers, M./Weicht, W. (1995): Menschen mit Aids pflegen: i.v. DrogengebraucherInnen. Frankfurt M.
- Ferber, C. von (1993): Pflege und Pflegebedürftigkeit - Eine Herausforderung für professionelle und ehrenamtliche Arbeit. In: Müller, H.W. (Hg.): Pflegenotstand - Not der Pflegenden und der Gepflegten - Krankenpflege im Dienst der Gesundheit, Schriftenreihe der Deutschen Zentrale für Volksgesundheit. Frankfurt M., 9-21
- Ferris, F.D./Flannery, J.S./McNeal, H.B./Morissette, M.R./Cameron, R./Bally, G.A. (Hg.) (1995): A Comprehensive Guide for the Care of Persons with HIV Disease. Toronto/Ontario, Canada
- Feuerstein, G. (1994): Schnittstellen im Gesundheitswesen. Zur (Des-)Integration medizinischer Handlungsstrukturen. In: Badura, B./Feuerstein, G. (Hg.): Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Weinheim/München, 211-53
- Frey, I./Schmid, L./Wenzel, W. (1993): Krankenpflegehilfe. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch, 9. Aufl. Stuttgart/New York
- Gabanyi, M. (1997): Ambulante Pflegedienste im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit, Qualität und Kundenorientierung. Augsburg: BASYS

- Garms-Homolová, V. (1994): Das freundliche Desinteresse der Ärzte an der Pflege. Fehlende Kooperation zwischen Medizinern und Pflegekräften blockiert die Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Forum Sozialstationen 18, Nr. 70, 18-20
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1989): Bewältigung chronischer Krankheit im institutionellen Kontext. Zeitschrift für Gerontologie und –psychiatrie 2, 126-135
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1992): Versorgung alter Menschen. Sozialstationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktionen. Freiburg i.Br.
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1997): Ältere und Alte. In: Schwartz, F.W. (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München/Wien, 536-548
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (Hg.) (1998): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Wiesbaden
- Geißler, H. (Hg.) (1991a): Neue Aspekte der Betriebspädagogik. Reihe: Betriebliche Bildung. Erfahrungen und Visionen: Band 1. Frankfurt M.
- Geißler, H. (Hg.) (1991b): Unternehmenskultur und -vision. Reihe: Betriebliche Bildung. Erfahrungen und Visionen: Band 2. Frankfurt M.
- Geißler, H. (Hg.) (1992): Neue Qualitäten betrieblichen Lernens. Reihe: Betriebliche Bildung. Erfahrungen und Visionen: Band 3. Frankfurt M.
- Gerste, B./ Rehbein, I. (1998): Der Pflegemarkt in Deutschland. Ein statistischer Überblick. WIdO Materialien Band 38, Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.), Bonn: WIdO
- Grossmann, R./Heller, A. (1994): Organisationsentwicklung im Krankenhaus: Herausforderung für leitende Pflegekräfte. Pflegemanagement, Nr. 1, 11-19
- Haug, K./ Rothgang, H. (1994): Das Ringen um die Pflegeversicherung – ein vorläufiger sozialpolitischer Rückblick. Beiträge zum Recht der Sozialen Dienste und Einrichtungen (RSDE). Nr. 24, 1-30
- Höft-Dzemski, R. (1987): Bestandsaufnahme der ambulanten sozialpflegerischen Dienste (Kranken- und Altenpflege, Haus- und Familienpflege) im Bundesgebiet, Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hg.): Schriftenreihe Band 195. Stuttgart
- Hotze, E. (1991): Sterben kommt vor dem Tod. Sterbebegleitung durch professionelle Helferinnen und Helfer im Krankenhaus. Forum Gesundheitswissenschaften 2, 89-52
- Igl, G. (1995a): Pflege im Recht. Die Leistungsinhalte der Grund- und Behandlungspflege in der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 und § 37 Abs. 2 SGB V und ihre Abgrenzung von den Leistungen der Pflegebedürftigkeit, Reihe LfK-aktuell, Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e.V. (Hg.), Ausgabe 1
- Igl, G. (1995b): Die Pflegeversicherung – Strukturelle Auswirkungen und Konsequenzen für die Kommunen, in: Igl, G./ Kühnert, S./ Naegele, G. (Hrsg.): SGB XI als Herausforderung für die Kommunen. Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie, Bd. 4, Hannover: Vincentz, 9-40
- ISO-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (1992): „Vernetzung in der Altenarbeit“ - Formen, Auswirkungen, Erfahrungen. Bericht über die Fachtagung des ISO-Instituts, 5.-7. August 1992, Saarbrücken
- ISO-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (1993): InfoBörse. Informationen für die Modellprojekte: Das Modellprogramm und seine wissenschaftliche Begleitung, Ausgabe 1, 4-5
- ISO-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (1994): „Arbeit mit verwirrten alten Menschen“ - Gerontopsychiatrische Angebote im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich. Dokumentation der Fachtagung des ISO-Instituts, 9.-11. Mai 1994. Saarbrücken
- ISO-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (1995): „Die Pflegeversicherung“ - Ein erster Erfahrungsaustausch. Erweiterte Dokumentation der Fachtagung des ISO-Instituts, 22.-24. Mai 1995. Saarbrücken

- Junkers, G./Moldenhauer, B./Reuter, U. (Hg.) (1996): Pflegeversicherung. Konsequenzen für die Reorganisation, Finanzierung und Qualitätssicherung. Management in der Altenpflege, Band 1. Stuttgart
- Kitzmann, A./Zimmer, D. (1982): Grundlagen der Personalentwicklung: Die Antwort auf die technologische, wirtschaftliche und soziale Herausforderung. Weil der Stadt
- Klie, T. (1995): Haftungsfragen bei der ambulanten enteralen und parenteralen Ernährungstherapie. Handlungsanleitung für die Praxis, unveröffentlichtes Manuskript im Auftrag und in Zusammenarbeit mit der Aktion Ensemble der B. BRAUN Melsungen AG, Sparte OPM. Melsungen
- Klie, T. (1998): Pflege im sozialen Wandel. Wirkungen der Pflegeversicherung auf die Situation Pflegebedürftiger. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 31, Nr. 6, 387-391
- Kliemke, C./Rambaek, F./Purainer, B. (1985): Untersuchung zur Häuslichen Krankenpflege der Privaten Anbieter Häuslicher Krankenpflege der Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege Berlin e.V., Forschungsbericht, Vervielf. Manuskript. Berlin
- Klimecki, R./Probst, G./Eberl, P. (1991): Systementwicklung als Managementproblem. In: Staehle, W./Sydow, J. (Hg.): Managementforschung Band 1. Berlin, 103-62
- Knäppler, A./ et al. (1992): Gutachten über die Kosten und Finanzierung von ausgewählten Sozialstationen und Mobilen Sozialen Diensten. Schlußbericht (= BSU Projekte). Stuttgart
- Knieps, F. (1998): Das Zusammenwirken von gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung – Kritische Anmerkungen zur Patientenkarriere aus der Sicht der Krankenkassen. Sozialer Fortschritt, Nr. 6, 13-138
- Kraus, M.R./Czef, H. (1993): Sterben in der Institution Krankenhaus. Fortschritte in der Medizin 1991, 11. Jahrg., 316-320
- Kristel, K. (1995): Gesundheitsbildung. Eine pflegerische Kernaufgabe. Pflege. Dokumentation 48, Nr. 11, 2-10
- Kuhlmann, E. (1997): Qualifikationsbedarfe im Gesundheitswesen. In: Public Health Forum, Nr. 17, 21
- Kühn, H. (1994): Die Zukunft der Pflege: Anmerkungen aus gesamtwirtschaftlicher Sicht. In: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.): Public Health und Pflege. Berlin, 190-220
- Kühnert, S./Naegele, G. (1996): Professionalisierung der Pflegeberufe auf dem Hintergrund veränderter Qualifikationsanforderungen und des demographischen Wandels. In: MAGS (Hg.): Neue Qualifikationen im Gesundheitswesen. Dokumentation der Expertentagung. Düsseldorf, 31-38
- Ludwig-Windthorst-Haus (Hg.) (1988). Vom Modell zum Regelfall - der Weg der Sozialstationen - Dokumentation einer Fachtagung. Hamburg
- Mager, F. (1997): IBF - ein Beitrag zur Qualitätssicherung. Veränderte Bedingungen erfordern verändertes Handeln. Der Pflegebrief 3, Nr. 28, Ausgabe 12, 6-17
- MAGS - Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (1995): Ambulante Pflegedienste in Nordrhein-Westfalen. Bestandsanalyse in typischen Regionen. Düsseldorf
- Mayring, P. (1988): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim
- Meißner, F./Sachse, E. (1993): Qualifizierung und Rahmenbedingungen der beruflichen Sozialisation der Mitarbeiter - damals und heute. In: Steinle, C./Bruch, H. (Hg.): Führung und Qualifizierung. Frankfurt M., 53-70
- Mentzel, W. (1992): Unternehmenssicherung durch Personalentwicklung: Mitarbeiter motivieren, fördern und weiterbilden, 5. Überarbeitete Auflage. Freiburg i. Br.
- Metcalfe, K.A./Langstaff J.E./Evans, S.J./Paterson, H.M./Reid, J.L. (1998): Meeting the Needs of Woman Living with HIV. Public Health Nursing 15, Nr. 1, 30-34

- Moers, M. (1994): Anforderungs- und Berufsprofil der Pflege im Wandel. In: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.): Public Health und Pflege - zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin, 159-174
- Müller, E. (1998): Pflege zwischen Tradition, Stagnation und Innovation. Dr.med.Mabuse 23, Nr. 111, 30-34
- OECD - Organisation for Economic Co-Operation and Development (1994): The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries. Paris 1994
- Pawlowsky, P. (1992): Betriebliche Qualifikationsstrategien und organisationales Lernen. In: Staehle, W.H./Conrad, P. (Hg.): Managementforschung. Band 2. Berlin/New York, 177-237
- Peters, S. (1994): Betriebswirtschaftslehre. Einführung, 6. Aufl. München/Wien
- Pfaff, M./Wassener, D. (1995): Das Krankenhaus im Gefolge des Gesundheitsstruktur-Gesetzes 1993. Finanzierung, Leistungsgeschehen, Vernetzung. Gesundheitsökonomische Beiträge Band 24. Baden-Baden
- PH-Forschungsverbund Berlin (Hg.) (1997). Projekt C 1 – Ambulante Onkologie, Unveröffentlichter Zwischenbericht. Berlin
- Quartalsbericht (I/1997): 125. Bericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut über aktuelle epidemiologische Daten. Quartalsbericht I/97. In: Jäger, H. (Hg.): AIDS - Neue Perspektiven. Therapeutische Erwartungen. Die Realität 1997. Landsberg/Lech, 69-84
- Rest, F. (1992): Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit: Studienhandbuch für die Krankenpflege, Altenpflege und andere, 2. überarb. Auflage. Stuttgart
- Ribbe, M.W. (1998): Weiterbildung für Ärzte. Voraussetzungen der Kooperation zwischen Pflege und Medizin: Curriculum für „Verpleeghuis“ Physicians. In: Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (Hg.): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Wiesbaden, 103-112
- Ristock, B./Sießegger, T. (1993): Analyse der Organisationsstruktur und Finanzstruktur von Sozialstationen in Niedersachsen. Gesamtbericht, Niedersächsisches Sozialministerium (Hg.): Berichte zur Altenpflege. Hannover
- Rosenbrock, R./Noack, H./Moers, M. (1993): Öffentliche Gesundheit und Pflege in NRW. Qualitative Abschätzung des Bedarfs an akademischen Fachkräften, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.). Neuss
- Rosewitz, B./Webber, D. (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt M./New York
- Rothgang, H. (1996): Vom Bedarfs- zum Budgetprinzip. Die Einführung der Pflegeversicherung und ihre Rückwirkung auf die Gesetzliche Krankenversicherung. In: Clausen, C. (Hg.): Gesellschaften im Umbruch. Frankfurt M./New York, 930-46
- Rothgang, H. (1997): Die Wirkungen der Pflegeversicherung. Analyse von Effekten des Pflege-Versicherungsgesetzes. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 28, Nr. 3, 191-219
- Rückle, H./Mutahoff, A./Riekehof, H. (1994): Personalentwicklung: Werte- und Zielorientierte Auswahl und Förderung von Mitarbeitern. Düsseldorf/New York
- Sattelberger, T. (1992): Lernen auf dem Weg zur lernenden Organisation - der Abschied von klassischer Personalentwicklung. In: Geißler, H. (Hg.): Neue Qualitäten betrieblichen Lernens, Betriebliche Bildung. Erfahrungen und Visionen: Band 3. Frankfurt M./Berlin, 53-79
- Schaeffer, D. (1989): Strukturelle Versorgungsprobleme und professionelle Interventionsmuster bei chronisch-kranken alten Patienten. Zeitschrift für Sozialreform 35, Nr. 11/12, 737-749
- Schaeffer, D. (1992): Grenzen ambulanter Pflege, P92-210, Paper der Arbeitsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hg.). Berlin

- Schaeffer, D. (1994): Überleitungspflege. Analyse eines Modells zur Regulation der Schnittstellenprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. Journal of Public Health 2, Nr. 1, 7-24
- Schaeffer, D. (1995): Prävention und Gesundheitsförderung chronisch Kranker als Aufgabe kurativer Institutionen. Das Gesundheitswesen 57, Nr. 3, Sonderdruck
- Schaeffer, D. (1996): Innovationsprozesse in der ambulanten Pflege - Aids als Pilotprojekt. Pflege 9, Nr. 2, 140-9
- Schaeffer, D. (1997): Patientenorientierte ambulante Pflege Schwerkranker. Erfordernisse der Konzept- und Wissenschaftsentwicklung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. Journal of Public Health 5, Nr. 1, 83-95
- Schaeffer, D. (1998): Innerprofessionelle Sicht der Kooperation. Die Perspektive der Pflege. In: Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (Hg.): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Wiesbaden, 83-102
- Schaeffer, D./Ewers, M. (1997): Aktuelle Managementherausforderungen in der ambulanten Pflege. In: ÖTV/DBfK (Hg.): Dokumentation zum 2. Berliner Pflegekongreß, 19-21. März 1997. Berlin
- Schaeffer, D./Moers, M. (1994): Präventive Potentiale kurativer Institutionen - Prävention als Aufgabe ambulanter Pflege. In: Rosenbrock, R./Kühn, H./Köhler, B. (Hg.): Präventionspolitik: Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin, 385-407
- Schaeffer, D./Moers, M. (1995): Ambulante Pflege von HIV- und Aids-Patienten, P95-201, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin
- Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (1992): Aids-Krankenversorgung zwischen Modellstatus und Übergang in die Regelversorgung. In: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.): Aids-Krankenversorgung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Band 8. Berlin, 11-25
- Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (1995): Pflege und Public Health. Public Health Forum 3, Nr.8, 4-6
- Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.) (1994): Public Health und Pflege - zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin
- Schmidt, R. (1999): Besonderheiten der Dienstleistungsproduktion von Sozialstationen im dünnbesiedelten ländlichen Raum Brandenburgs, DZA Diskussionspapiere Nr. 27, Berlin: DZA
- Schmidt, R./Klie, T. (1999): Folgen der Ökonomisierung des Sozialen - der Paradigmenwechsel am Beispiel Pflege und Altenhilfe. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Nr. 1, 14-17
- Scholz, T. (1996): Discharge Planning in Großbritannien - Pflegeüberleitung in Deutschland. Pflege. Dokumentation 49, Nr. 6, 2-12
- Schröck, R. (1989): Herausforderung und Probleme der Pflegeforschung. Pflegeforschung für professionelle Pflegepraxis. Zwölftes Arbeitsgruppentreffen und internationale Pflegeforschungskonferenz, DBfK. Frankfurt M., 107-18
- Schwarzmann, B. (1999): Grund- und Behandlungspflege - Zwei Begriffe mit weitreichenden Folgen für die berufliche Pflege. Pflege 12, Nr. 2, 118-124
- Simon, M. (1997): Das Krankenhaus im Umbruch. Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem, P97-204, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin
- Smith, C.M./Maurer, F.A. (1995): Community Assessment. In: Smith, C.M./Maurer, F.A. (Hg.): Community Health Nursing. Theory and Practice. Philadelphia/London
- Socialstyrelsen - The National Board of Health and Welfare (Hg.) (1993): Health Care and Social Services in Seven European Countries. Stockholm
- Sonntag, K./Schapper, N. (1992): Förderung beruflicher Handlungskompetenz. Personalentwicklung in Organisationen. Göttingen

- Stach, M./Wiechmann-Schröder, G./Kipp, M. (Hg.) (1995): Zur Professionalisierung der Pflege. Reihe: Hochschule und Berufliche Bildung, Band 39. Alsbach/Bergstraße
- Steppe, H. (1994): Caritas oder öffentliche Ordnung? - Zur historischen Entwicklung der Pflege. In: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin, 43-54
- Steppe, H. (1997): Versorgungsqualität - Welchen Beitrag leistet die professionelle Pflege?. In: AOK-Bundesverband (Hg.): Innovationen in der Pflege. Ein Weg aus dem Dilemma. Reihe AOK im Dialog. Bonn, 31-51
- Strombach, M. (1992): Personalentwicklung. Würzburg
- Swanson, J./Albrecht, M. (1993): Community Health Nursing. Promoting the Health of Aggregates. Philadelphia/London
- Tragsdorf, K. (1993): Problemfelder der Qualifizierung durch Nachwirkungen des „alten“ Systems. In: Steinle, C./Bruch, H. (Hg.): Führung und Qualifizierung. Frankfurt M., 21-39
- Udsching, P. (1996): Rechtsfragen bei der Bemessung des Pflegebedarfs. Vierteljahresschrift für Sozialrecht, Nr.4, 271
- Weber, A. (1992): Grenzerfahrungen bei der ambulanten Pflege von Menschen mit HIV und Aids. In: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.): Aids-Krankenversorgung. Berlin, 222-250
- Weidner, F. (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Frankfurt M.
- WHO - World Health Organization (Hg.) (1981): Appropriate Levels for Continuing Care of the Elderly (Report on a WHO Working Group, ICP/ADR 026(S), dated March 24, 1981). Genf
- Wiese, M. (1994): Schlüsselqualifikationen in den Pflegeberufen. Ein Plädoyer für mehr Reflexivität. PflegePädagogik, Nr. 4, 27-31
- Willke, H. (1998): Systemisches Wissensmanagement. Bern
- Wirth, W. (1982): Inanspruchnahme sozialer Dienste. Bedingungen und Barrieren. Frankfurt/M
- Wittneben, K. (1991): Zur Theorie der Pflege Kranker. Eine kritische Verständigung über den pflegetheoretischen Rahmen des Buches 'Krankenpflege' von Liliane Juchli. Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, Nr. 10, 742-747
- Wittneben, K. (1994): Pflegedidaktik als Integrationswissenschaft. In: Schwarz-Govaers, R. (Hg.): Standortbestimmung Pflegedidaktik. Referate zum 1. Internationalen Kongreß der Didaktik der Pflege. Aarau, 23-35
- Zander, K. (Hg.) (1995): Managing Outcomes through Collaborative Care. The Application of CareMapping and Case Management. Chicago IL
- Zielinski, W./Ewers, M. (1997): Hospize und Sterben in der modernen Gesellschaft. Eine Problemskizze. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., AGAV (Hg.). Berlin
- Zuber, J.A./Werner, J. (1994): Einstellungen von Krankenschwestern, Ärztinnen, Krankenpflegern und Ärzten gegenüber HIV-Positiven und AIDS-Kranken. Endbericht, Universität Freiburg, Abteilung für Rehabilitationspsychologie. Freiburg i.B.

8. Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildungen:

Abb. 1: Regionale Verteilung der Interviews nach Praxisregionen 7

Tabellen:

Tab. 1: Trägerstruktur 7

Tab. 2: Gesamtübersicht Interviews 8

Tab. 3: Betriebsgröße 9

Tab. 4: Mitarbeiterprofil 10

Tab. 5: Patientenprofil 10

Tab. 6: Patientenprofil ambulanter Pflege 34

Tab. 7: Leistungsangebot der befragten Dienste 53