



ENTWICKLUNG DURCH BILDUNG

Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt
E^B – Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung
Nr. 33

Rekonstruktion von Bedarflagen zur Erweiterung gemeindenaher Pflegepraxis

anhand von Expert_inneninterviews mit
pflegenden Angehörigen, Hausärzt_innen,
Vertreter_innen von Pflegeverbänden und Hochschullehrenden

Dorit Dürrschmidt, Doris Arnold

2018

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Impressum:

E^B – Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung
– Evidenzbasierte Bedarfserschließung und vernetzte Kompetenzentwicklung
Förderkennzeichen: 16OH21009

Herausgeber:

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

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

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

2018

ISSN 2364-8996

Das diesem Bericht zugrundeliegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 16OH21009 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autor_innen.

Lizenz

Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt E^B sind unter einer Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht:
Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International Lizenz.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





Zusammenfassung

Der Bericht rekonstruiert Bedarfslagen für eine erweiterte gemeindenahe Pflegepraxis anhand von Expert_inneninterviews mit pflegenden Angehörigen, Hausärzt_innen, Vertreter_innen von Pflegeverbänden und Hochschullehrenden. Es erfolgt zunächst die Darstellung des theoretischen Hintergrundes und der Methodik. Anschließend werden die Ergebnisse der qualitativen Erhebungen der genannten Befragtengruppen dargestellt und mit Blick auf deren Beitrag zur Entwicklung von Zertifikatskursen im Teilprojekt *E^B – Pflege und Gesundheit* diskutiert.

Summary

The report reconstructs requirements for an extended community-based nursing practice based on expert interviews with family caregivers, general practitioners, representatives of nursing associations, and university lecturers. First, the theoretical background and the methodology are presented. Subsequently, the results of the qualitative interviews with the mentioned groups of participants are presented and discussed with emphasis on their impact on the development of Certificates by the project *E^B – Nursing and Health*.



Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Theoretischer Hintergrund	3
3	Methodik	4
3.1	Methodische Funktion der Expert_inneninterviews im Rahmen der Bedarfserhebung	4
3.2	Ethische Überlegungen.....	5
3.3	Datenerhebung.....	5
3.4	Datenanalyse.....	6
4	Ergebnisse der Angehörigenbefragung	7
4.1	Beschreibung der Datenerhebung sowie der Lebenssituation der Interviewpartner_innen und ihrer zu pflegenden Angehörigen	7
4.2	Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe in Bezug auf pflegerische Aspekte und Versorgungsbedarfe.....	10
4.3	Herausforderungen in Bezug auf Schnittstellen zu Ärzt_innen	13
4.4	Akzeptanz erweiterter Rollen	14
5	Ergebnisse der Hausärzt_innenbefragung	16
5.1	Beschreibung der Interviewpartner_innen.....	16
5.2	Herausforderungen durch die Versorgungslage.....	17
5.3	Herausforderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit	19
5.4	Haltung zur Substitution heilkundlicher Tätigkeiten	20
5.5	Beispiele für eine Zusammenarbeit zwischen Hausärzt_innen und Pflegefachpersonen.....	23
6	Ergebnisse der Expert_inneninterviews mit Pflegevertreter_innen	26
6.1	Beschreibung der Interviewpartner_innen.....	27
6.2	Herausforderungen in der Versorgung – Tätigkeitsfelder für ANP/ APN.....	27
6.3	Qualifikationsbedarfe	30
7	Ergebnisse der Expert_inneninterviews mit Hochschullehrenden	32
7.1	Beschreibung der Interviewpartner_innen.....	33
7.2	Herausforderungen in der Versorgung und Tätigkeitsfelder für ANP/ APN.....	33
7.3	Qualifikationsbedarfe	35
8	Schlussbetrachtungen	37
8.1	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	37



8.1.1 Herausforderungen und Bedarfe in Bezug auf die gemeindenahere Gesundheitsversorgung	37
8.1.2 Tätigkeitsfelder erweiterter Pflegepraxis	38
8.1.3 Haltungen zur Substitution ärztlicher Tätigkeiten	38
8.1.4 Qualifikation für erweiterte Pflegepraxis	39
8.2 Relevanz der Ergebnisse für die Angebotsentwicklung	39
8.3 Vergleich mit Ergebnissen weiterer Bedarfsanalysen	40
8.3.1 Vergleich mit der quantitativen Befragung von Hausärzt_innen	40
8.3.2 Vergleich mit den Expert_inneninterviews mit Pflegefachpersonen, Pflegedienstleitungen und Geschäftsführungen ambulanter Pflegedienste	41
8.4 Limitationen	41
8.5 Ausblick	43
Literaturverzeichnis	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Ausgewertete Expert_inneninterviews	6
---	---

Abkürzungsverzeichnis

ANP / APN	Advanced Nursing Practice / Advanced Practice Nursing
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
CURA-Plan	Disease-Management-Programm der AOK (Allgemeine Ortskrankenkasse)
DMP	Disease-Management-Programm
ICN	International Council of Nurses
MFA	Medizinische Fachangestellte
NäPa	Nicht-ärztliche Praxisassistentin
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
VERAH®	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis



Danksagung

Die qualitative Bedarfserhebung durch das Teilprojekt *E^B – Pflege und Gesundheit* konnte nur mit Unterstützung zahlreicher Personen durchgeführt werden. Unser Dank in diesem Arbeits- und Forschungsbericht gilt insbesondere den interviewten Angehörigen pflegebedürftiger Menschen, Hausärzt_innen, Hochschullehrenden und Pflegevertreter_innen. Sie alle haben sich Zeit für Interviews mit Mitarbeiterinnen des Projektteams genommen und so vielfältige Einblicke in die Herausforderungen in der gemeindenahen Gesundheitsversorgung aus ihrer jeweiligen Perspektive gegeben. Sie haben viele wichtige Aspekte bezüglich der Bedarfe für hochschulische Bildungsangebote angesprochen, die Pflegefachpersonen für eine erweiterte Pflegepraxis qualifizieren und leisteten somit einen wertvollen Beitrag zur Entwicklung der Zertifikatskurse des Projekts.

Ein weiterer herzlicher Dank gilt zwei ehemaligen Mitarbeiterinnen des Projektes *E^B – Pflege und Gesundheit*: Dr. Alexandra Feiks führte einige der hier präsentierten Expert_inneninterviews durch; Maïke Scheipers oblag der Hauptteil der qualitativen Forschung von der Datenerhebung bis zur Datenanalyse und der Berichterstellung eines ersten Teils der Forschungsergebnisse (Scheipers und Arnold 2017).

1 Einleitung

Bedingt durch die Auswirkungen der demografischen Entwicklung und den damit verbundenen Strukturwandel, stehen ländliche Regionen, wie die Westpfalz, in den kommenden Jahren vor besonderen Herausforderungen (Bäcker & Heinze, 2013; Dahme & Wohlfahrt, 2011; Naegele, 2010). Erwartet werden ein Fortschreiten von Prozessen, wie Überalterung und Qualifikationsverlust, ein Funktionsverlust sozialer Netzwerke, eine Ausdünnung der Infrastruktur und eine mangelnde Versorgung durch die Systeme von Bildung und Gesundheit (Marks, 2015, S. 6). Das Projekt *E^B – Pflege und Gesundheit* an der Hochschule Ludwigshafen greift als Teil des Verbundprojekts¹ „*E^B: Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung – Evidenzbasierte Bedarfsermittlung und vernetzte Kompetenzentwicklung*“ zusammen mit der Hochschule Kaiserslautern und der Technischen Universität Kaiserslautern verschiedene Aspekte dieser Herausforderungen auf. Wissenschaftliche Weiterbildung ist dabei ein Ansatz, um zukünftig den Bedarf an qualifizierten Fachkräften zu decken. Dieser Problematik soll durch eine evidenzbasierte Konzeption und Entwicklung von Bildungsangeboten, die sich am Bedarf der Akteure in der Region orientieren und auf die Anforderungen und Bedürfnisse der Zielgruppen abgestimmt sind, begegnet werden.

Innerhalb des Teilprojektes *E^B - Pflege und Gesundheit* an der Hochschule Ludwigshafen wurden Expert_innen in Bezug auf Gesundheitsversorgung befragt, um aus Sicht dieser Akteure die Relevanz und Akzeptanz einer erweiterten Pflegepraxis im Sinne von Advanced Nursing Practice / Advanced Practice Nursing (ANP/ APN) (Geithner et al., 2016) für die regionale Gesundheitsversorgung zu erfassen. Das Erkenntnisinteresse richtete sich darüber hinaus auch auf die Identifikation von Bedarfen für und Anforderungen an ein wissenschaftliches Bildungsangebot zur Qualifikation von berufserfahrenen Pflegefachpersonen für erweiterte berufliche Rollen in der gemeindenahen Gesundheitsversorgung.

Anschließend an die Darstellung der Ergebnisse der Interviews mit Pflegefachkräften, Pflegedienstleitungen und Geschäftsführungen ambulanter Pflegedienste der Westpfalz (Scheipers & Arnold, 2017), fokussiert dieser Ergebnisbericht auf die Darstellung der Resultate weiterer Expert_inneninterviews mit pflegenden Angehörigen, Hausärzt_innen, Pflegevertreter_innen und Hochschullehrenden.

¹ Das Verbundprojekt *E^B: Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung – Evidenzbasierte Bedarfsermittlung und vernetzte Kompetenzentwicklung* wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBWF) im Rahmen des Wettbewerbs „Aufstieg durch Bildung: Offene Hochschulen“ gefördert.



Im vorliegenden Arbeits- und Forschungsbericht werden zunächst die Herausforderungen der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen aus der Sicht pflegender Angehöriger dargestellt. Diese Expert_innen können einen Einblick in die Lebensumstände und die tägliche Versorgung im Alltag der Patient_innen in ihrem häuslichen und familiären Umfeld geben. Weiterhin werden Einschätzungen der Versorgungssituation und Einstellungen zur Erweiterung gemeindenaher Pflegepraxis aus Sicht von Hausärzt_innen als Expert_innen der Versorgungsstrukturen im ländlichen Bereich vorgestellt. Aus den Aussagen dieser beiden Befragtengruppen werden einerseits zusätzliche Erkenntnisse zu den für das zu entwickelnde Bildungsangebot bedeutsamen Versorgungsbedarfen gewonnen. Andererseits soll daraus Wissen zur Akzeptanz von erweiterten beruflichen Rollen für wissenschaftlich qualifizierte Pflegefachpersonen in der ambulanten Gesundheitsversorgung generiert werden.

Im Anschluss erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der Befragungen von Pflegevertreter_innen und Hochschullehrenden. Diese beleuchten einerseits mögliche Handlungsfelder sowie Aufgabengebiete für eine erweiterte Pflegepraxis im Sinne von ANP / APN. Andererseits geben sie wichtige Hinweise zu den Anforderungen an das hier erforderliche Qualifikationsniveau von entsprechenden hochschulischen Bildungsangeboten.

Im Verlauf der ersten Projektphase wurden die Ergebnisse der hier präsentierten Expert_inneninterviews zu einer eng am Bedarf orientierten Konzipierung hochschulischer Bildungsangebote herangezogen. Als Zielgruppe adressiert werden in der ambulanten Pflege tätige, berufserfahrene Pflegefachpersonen, die sich auf diese Weise für die Übernahme erweiterter beruflicher Rollen in der ambulanten Pflege und Gesundheitsversorgung qualifizieren können.

Der vorliegende Arbeits- und Forschungsbericht verdeutlicht zunächst den theoretischen Hintergrund der dargestellten Untersuchung (Kapitel 2). Anschließend wird das methodische Vorgehen erläutert (Kapitel 3), um dann die Ergebnisse der Expert_inneninterviews zu präsentieren (Kapitel 4 bis 7) und diese zur Diskussion zu stellen (Kapitel 8). Abschließend wird ein Ausblick auf weitere Schritte im Projekt gegeben.

2 Theoretischer Hintergrund

Einführend werden in diesem Kapitel die Ausgangslage und der Hintergrund der Bedarfserhebung beschrieben.

In Deutschland leben laut Statistischem Bundesamt (2017) mehr als 2,8 Millionen pflegebedürftige Menschen, von denen über zwei Millionen zu Hause versorgt werden, darunter circa 1,4 Millionen ausschließlich durch Angehörige. Damit übernehmen pflegende Angehörige den Großteil (über 71%) der unbezahlten pflegerischen Versorgung (Statistisches Bundesamt, 2017, S. 132). Sie ermöglichen, dass auch pflegebedürftige alte Menschen in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben können und nicht in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege versorgt werden müssen.

In strukturschwachen ländlichen Regionen – wie der Westpfalz – sind die Auswirkungen des demografischen Wandels besonders ausgeprägt. Deutlich wird dies unter anderem an einem sehr hohen Nachbesetzungsbedarf der Hausarztpraxen, der bis zum Jahr 2020 in einigen Landkreisen der Westpfalz voraussichtlich deutlich über 50% liegen wird (Feiks, 2017, S. 16). Schon heute zeichnen sich deutliche Engpässe in der vertragsärztlichen Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Regionen ab. Ein weiterer Aspekt ist der Fachkräftemangel im Bereich der Pflegefachpersonen. Prognostiziert wird hier eine weitere Verschärfung der schon bestehenden Personalunterdeckung (Feiks, 2017, S. 14–16).

Bedingt durch eine Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität sowie eine zunehmende Überalterung der Bevölkerung, verändert sich auch der Pflegeaufwand (BMFSFJ, 2017, S. 64). Dies führt zu einem steigenden Bedarf an Unterstützungsleistungen sowie an Versorgung in komplexer werdenden Pflegesituationen. Zudem nimmt die Zahl der alleinlebenden Menschen zu, ebenso wie die der von dementiellen Prozessen betroffenen Menschen (BMFSFJ, 2017, S. 87).

Eine ausführliche Darstellung der Versorgungsstrukturen häuslicher Pflege sowie deren rechtlicher Grundlagen erfolgte im Arbeits- und Forschungsbericht von Scheipers und Arnold (Scheipers & Arnold, 2017, S. 5–11).

3 Methodik

3.1 Methodische Funktion der Expert_inneninterviews im Rahmen der Bedarfserhebung

Ziel der Befragung war die Gewinnung von Erkenntnissen zu den Bildungsbedarfen für die zu entwickelnden Bildungsangebote, sowie von Sichtweisen, Bedürfnissen und Wünschen bezüglich der Gesundheitsversorgung. Dazu wurden Personen befragt, die Expert_innenwissen durch ihre Mitarbeit und Beteiligung (Gläser & Laudel, 2010) an der ambulanten pflegerischen Versorgung in der Westpfalz erworben haben. Die im Rahmen der Bedarfserhebung interviewten Expert_innen tragen in unterschiedlicher Weise Verantwortung für „[...] den Entwurf, die Ausarbeitung, die Implementierung und/ oder Kontrolle einer Problemlösung [...] und [verfügen] damit über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen, Soziallagen, Entscheidungsprozesse, Politikfelder usw.“ (Meuser & Nagel, 2009, S. 470). Das für die Beantwortung der Forschungsfragen relevante Wissen der befragten Akteure unterscheiden Meuser und Nagel (2009, S. 470–471) in zwei Formen: Wenn das eigene Handeln der Expert_innen sowie deren Regeln und Maximen fokussiert werden, bezeichnen sie dies als Betriebswissen. Wenn die Befragten Auskunft über „[...] die Kontextbedingungen des Handelns anderer“ (ebd.) geben, bezeichnen sie dies als Kontextwissen.

Die Akteure der ambulanten Versorgung in der Westpfalz können nicht über konkrete Erfahrungen mit hochschulisch gebildeten Pflegefachpersonen berichten, da es in Deutschland noch kein definiertes Tätigkeitsfeld in diesem Bereich gibt. Um dennoch für die Entwicklung hochschulischer Bildungsangebote relevante Daten erheben zu können, wurde das Expert_innenwissen als komplementäre Informationsquelle über die eigentlich interessierende Problematik genutzt. Die interviewten pflegenden Angehörigen verfügen insbesondere über Betriebswissen über den Alltag der ambulanten pflegerischen Versorgung (Meuser & Nagel, 2009). Ähnliches gilt für die befragten Hausärzt_innen, die über die Verhältnisse und Sichtweisen in der ambulanten ärztlichen Versorgung Auskunft geben können. Die Interviews mit Hochschullehrenden und Pflegevertreter_innen liefern darüber hinaus Kontextwissen über die gemeindenahere pflegerische Versorgung und die hochschulische Bildung in der Pflege. Auch einzelne Angehörige verfügen über Kontextwissen, das sich aus ihren Erfahrungen in Selbsthilfegruppen, als Mitarbeiter_in in einem Pflegestützpunkt oder als Sozialarbeiter_in speist.

Das Ziel der Bedarfserhebung durch qualitative Expert_inneninterviews, deren Ergebnisse Gegenstand dieses Berichts sind, war die Beantwortung folgender übergeordneter Forschungsfragen:

- Wie beschreiben die relevanten Akteure der Gesundheitsversorgung eine erweiterte Pflegepraxis als Möglichkeit zur Sicherstellung des Fachkräftebedarfs und des gemeindenahen Gesundheitsversorgungsangebots, insbesondere im ländlichen Raum?
- Welche Anforderungen werden aus den unterschiedlichen Perspektiven der Expert_innen an ein hochschulisches Bildungsangebot im Rahmen des lebenslangen Lernens gestellt?

3.2 Ethische Überlegungen

Im Rahmen der Bedarfserhebung wurde vor der Durchführung der Datensammlung in den qualitativen und quantitativen Studien für das Projekt *E^B – Pflege und Gesundheit* ein Antrag zur Begutachtung des forschungsethischen Vorgehens gestellt. Dabei wurden Prinzipien und Vorgehensweisen in Bezug auf den Informed Consent, die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Gewährleistung der Anonymität und des Datenschutzes festgelegt. Am 07.03.2016 wurde dieser Ethikantrag von der Ethikgruppe des Fachbereiches Sozial- und Gesundheitswesen der Hochschule Ludwigshafen am Rhein positiv beschieden. Die dort vereinbarten Vorgehensweisen wurden auch in den Expert_inneninterviews, über die hier berichtet wird, angewendet.

3.3 Datenerhebung

Die Datenerhebung im Rahmen der Expert_inneninterviews erfolgte mittels leitfadengestützter Interviews und ist im Einzelnen im Bericht von Scheipers und Arnold (2017, S. 12–17) dargestellt.

Die Interviews wurden in der häuslichen Umgebung der pflegenden Angehörigen, bzw. in den Praxen der Hausärzt_innen geführt. Die Pflegevertreter_innen und die Hochschullehrenden wurden entweder in ihren Büroräumen oder per Telefon befragt. Mittels eines vorstrukturierten Interviewleitfadens wurden die Expert_innen angeregt, die Herausforderungen des eigenen Handlungsfeldes zu beschreiben beziehungsweise sich zu den interessierenden Fragestellungen aus ihrer jeweiligen Perspektive zu äußern. Die Leitfäden sind auf der Homepage des Projektes E^B veröffentlicht (Scheipers, Feiks & Arnold, 2017). Die Interviews wurden von einer oder von zwei Mitarbeiter_innen des Projektteams geführt, digital aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Weiterhin wurden wichtige demografische Daten in

Form von Erhebungsbögen dokumentiert und Postskripte zur jeweiligen Interviewsituation angefertigt. Die schriftliche Einverständniserklärung aller Befragten wurde vor Beginn der Interviews eingeholt.

In Tabelle 1 findet sich eine Übersicht der durchgeführten Interviews, die als Transkript vorliegen und ausgewertet wurden:

Tabelle 1 Ausgewertete Expert_inneninterviews²

Befragte Expert_innen	Anzahl
Pflegende Angehörige	7
Hausärzt_innen	4
Hochschullehrende	4
Pflegevertreter_innen	7
Gesamt	22

3.4 Datenanalyse

Die Transkription³ der Audiodateien erfolgte durch studentische Mitarbeiter_innen des Teilprojektes sowie durch ein professionelles Transkriptionsbüro. Die Auswertung der Interviewdaten erfolgte im Sinne der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) sowie in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) und mit Unterstützung der Analysesoftware MAXQDA 12. Die ausführliche Darstellung der Datenanalyse ist im Bericht von Scheipers und Arnold (2017) zu finden.

² Im Rahmen der im Vorfeld der Bedarfserhebung durchgeführten Pilotphase wurde ein weiteres Expert_inneninterview mit einem Bildungsexperten durchgeführt, dessen Aussagen wichtige Hinweise für die Vorüberlegungen zur Bedarfserhebung insbesondere unter den Hochschullehrenden und für die Erstellung der Erhebungsinstrumente lieferte.

³ Die in diesem Bericht verwendeten Zitate wurden sprachlich geglättet, indem z.B. wurden Wortwiederholungen und Füllwörter zur Verbesserung der Lesbarkeit gelöscht wurden.

4 Ergebnisse der Angehörigenbefragung

Diese Expert_inneninterviews mit pflegenden Angehörigen wurden insbesondere mit dem Ziel geführt, die Herausforderungen der Gesundheitsversorgung zu verdeutlichen, die in der Westpfalz lebende Angehörige pflegebedürftiger Menschen identifizieren. Von Interesse waren dabei Fragen nach Unterstützungs- und Entlastungsangeboten und nach der Akzeptanz hochschulisch ausgebildeter Pflegefachpersonen.

Die pflegenden Angehörigen wurden aufgefordert, ihren Pflegealltag und die Herausforderungen zu beschreiben, die durch die örtlichen Gegebenheiten und die Versorgungslage insbesondere im ambulanten Bereich entstehen. Aus den in diesen Expert_inneninterviews geschilderten Herausforderungen können darüber hinaus Bedarfe für hochschulische Bildungsangebote abgeleitet werden, die Pflegefachpersonen für die Übernahme erweiterter beruflicher Tätigkeitsfelder in der gemeindenahen Gesundheitsversorgung qualifizieren.

Folgende Forschungsfragen sollten durch die Expert_inneninterviews mit pflegenden Angehörigen beantwortet werden:

- Welche Herausforderungen formulieren die Angehörigen pflegebedürftiger Menschen in ländlichen Regionen hinsichtlich ihrer Versorgungssituation?
- Welche Bedarfe zeigen sich dadurch?
- Welche Unterstützungs- oder Entlastungsangebote wünschen sich Angehörige, um die Versorgung der Pflegebedürftigen zu verbessern?

4.1 Beschreibung der Datenerhebung sowie der Lebenssituation der Interviewpartner_innen und ihrer zu pflegenden Angehörigen

Zwischen April und September 2016 wurden sieben pflegende Angehörige mittels Expert_inneninterviews befragt. Die Interviews fanden als Einzelinterviews statt; nur eine betreute Pflegebedürftige war während der Befragung im Nebenraum anwesend, nahm allerdings nicht aktiv am Interview teil. Vier Expert_innen sind weiblichen Geschlechtes, drei männlich. Als Expert_in für die Beantwortung der Forschungsfragen galt, wer als pflegende/r Angehörige/r im ländlichen Raum der Westpfalz lebt und pflegt.

Im Folgenden werden jeweils die Lebenssituation und der individuelle Werdegang der interviewten Angehörigen beschrieben, sowie ihre pflegebedürftigen Angehörigen kurz vorgestellt.

Angehörige A01

Nach einer einjährigen Pflegephase und dem Versterben ihres Mannes engagiert sich die examinierte Krankenschwester mit langjähriger Berufserfahrung in einer Selbsthilfegruppe für Angehörige von Menschen mit Demenz.

Angehöriger A02

Angehöriger A02 arbeitete als Sozialarbeiter und war als Hochschuldozent tätig. Er pflegte seine Mutter nach deren Schlaganfall mit anschließenden Lähmungserscheinungen. Zur Zeit des Interviews unterstützt er seine Frau bei der Pflege ihrer 87-jährigen Mutter. Diese lebt allein in ihrem großen Haus in einem sehr kleinen Dorf. Sie ist Diabetikerin und nur noch eingeschränkt mobil, und wird daher vor allem durch ihre beiden Töchter unterstützt. Zusätzlich sind zeitweise wechselnde 24-Stunden-Kräfte⁴ und bei Bedarf der Sozialdienst in die Versorgung eingebunden. Eine Medizinische Fachangestellte (MFA) übernimmt regelmäßig Blutzuckerkontrollen und Wundversorgung. Der pflegende Angehörige steht im Hintergrund bereit, übernimmt handwerkliche Aufgaben und führt viele Gespräche mit seiner Schwiegermutter.

Angehöriger A03

Der pflegende Angehörige arbeitet als Heilpädagoge und ist vor einigen Jahren in sein kleines Heimatdorf zurückgezogen, um seine inzwischen 78-jährigen Eltern zu unterstützen. Die Mutter ist schon längere Zeit psychisch erkrankt und vor etwa vier Jahren wurde für sie eine Pflegestufe beantragt. Der Vater übernimmt seit vielen Jahren die Hauptlast der Pflege seiner psychisch erkrankten Ehefrau, dies fällt ihm wegen eigener altersbedingter Erkrankungen, nach körperlich schwerer Arbeit als Handwerker, zunehmend schwerer. Der pflegende Sohn wird von seiner nicht vor Ort lebenden Schwester finanziell bei der Pflege der Eltern unterstützt; Entscheidungen bezüglich der Eltern tragen beide gemeinsam. Für einen Notfall planen die Geschwister, eine 24-Stunden-Kraft für die Eltern zu organisieren. Der pflegende Sohn sieht sich zur Zeit in einer Art Warteposition, erledigt kleinere Aufgaben, wie Einkaufen und Fahrdienste.

Angehöriger A04

Als Sozialarbeiter hat der pflegende Angehörige Erfahrung mit dem Betreuungsrecht. Er pflegt und betreut seit ca. 15 Jahren Angehörige mit Demenz und nach Schlaganfall. Bei der

⁴ Die 24-Stunden-Kräfte werden auch als Live-Ins bezeichnet, siehe dazu Scheipers und Arnold (2017, S. 9) 'Live ins' ist der englische Begriff für im Haushalt des Arbeitgebers wohnende Hausangestellte, die in Deutschland heute hauptsächlich in Haushalten pflegebedürftiger Menschen anzutreffen sind (Deutscher Bundestag, 2016, S. 4).

Pflege des 89-jährigen Vaters, der nach einem Schlaganfall zum Zeitpunkt des Interviews seit einigen Wochen in einem Pflegeheim lebt, wurde er von seiner Schwester unterstützt. Bis zu dem Umzug in die stationäre Pflegeeinrichtung wurde der demente Vater morgens durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt und tagsüber von seinen drei Kindern betreut. Der pflegende Angehörige ist für die rechtliche Betreuung seines Vaters verantwortlich und übernimmt die Aufrechterhaltung der Sozialkontakte und einiger Gewohnheiten durch Fahrdienste.

Angehörige A05

Die 85-jährige Angehörige pflegt ihre 89-jährige Schwester; beide leben seit vielen Jahren gemeinsam in einem geräumigen Haus. Die Angehörige arbeitete als pädagogische Fachkraft in der Jugendpsychiatrie und in einer Schule für körperbehinderte Menschen.

Trotz eigener altersbedingter und pflegebedingter körperlicher und sozialer Einschränkungen versuche sie seit 20 Jahren, so viel wie möglich selbst zu regeln und ihre Schwester in der gewohnten Umgebung zu versorgen. Bei der morgendlichen Körperpflege helfen ihr Pflegefachpersonen der Sozialstation; eine Haushalthilfe kommt fünf mal in der Woche. Hol- und Bringdienste erledigt sie noch selbst, auch für andere Verwandte, wenn sie dafür das Haus nur kurz verlassen muss.

Angehörige A06

Diese Angehörige ist examinierte Krankenschwester, hat soziale Arbeit studiert und arbeitet seit mehr als 15 Jahren als Pflegeberaterin in einem Pflegestützpunkt. Außerdem leitet sie eine Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz und ist seit einigen Jahren als Berufsbetreuerin tätig. Sie pflegt ihre 82-jährige Mutter, die, wie viele Menschen in dem Dorf, allein in einem großen Bauernhaus lebt.

Angehörige A07

Diese Angehörige arbeitet als Lehrerin und pflegt als älteste Tochter hauptverantwortlich ihre Mutter, unterstützt von einer Tante und zwei Geschwistern sowie einer befreundeten Krankenschwester aus dem gleichen Ort. Die 79-jährige als autoritär beschriebene Mutter ist demenzkrank und lebt allein auf einem sehr großen Anwesen. Die Angehörige fühlt sich überfordert und erschöpft und vor allem allein gelassen mit der Betreuungssituation.

4.2 Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe in Bezug auf pflegerische Aspekte und Versorgungsbedarfe

Die befragten Angehörigen verbindet der Wunsch, ihren Partner_innen, Eltern oder Schwiegereltern so lange wie möglich das Leben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Sie betonen die Bedeutung des familiären und sozialen Netzes und sehen dies als eine wichtige Voraussetzung/Grundlage einer gelingenden Versorgung.

„Unser Vater liegt uns am Herzen und wir sind eigentlich alle der Meinung, dass er sich wahrscheinlich zu Hause am wohlsten fühlen würde.“ (A04)

Allen Befragten gemeinsam ist die große Bedeutung, die sie den Sozialkontakten ihrer pflegebedürftigen Angehörigen zumessen. Von mehreren Interviewten wird hervorgehoben, dass das Alleinsein ein für alle Beteiligten belastender Faktor sei.

„Die Sozialkontakte sind auch gleich Null, weil entweder alle so alt sind oder gerade nicht da sind, oder zur Arbeit sind. Der einzige Kontakt, den sie hatte und der, der gut war, war zum Friedhof.“ (A02)

Aus den Aussagen geht hervor, dass die örtliche Infrastruktur einen großen Einfluss auf die Versorgung pflegebedürftiger Menschen hat. Der ausgedünnte öffentliche Nahverkehr ist für ältere Menschen oft auch keine Option.

„Wie kommen Sie denn hin?“ [...] ‚Mit dem Zug bis [NAME, Ort], dann mit dem Bus ins Krankenhaus, das ist ja oben auf dem Berg. [...] Ich habe halt Probleme auch mit dem Laufen. [...] Das ist schon schwierig, wenn man niemanden hat. [...] Das ist schon umständlich. Ich muss es ja auch tragen. Und das können viele alte Leute ja auch nicht mehr. [...] Gott sei Dank kann ich noch Auto fahren.“ (A05)

Daher besteht eine Hauptaufgabe der Angehörigen in der Sicherstellung der Versorgung mit Nahrungs- und Verbrauchsmitteln. Oft werden die Fahrten zum Einkaufen komplett übernommen, teilweise erfolgen sie auch gemeinsam mit den Angehörigen, um ihnen so das Festhalten an alten Gewohnheiten und Sozialkontakte zu ermöglichen.

„Bei ihm hatte auch das Einkaufen eine gewisse soziale Komponente. Sich mit Leuten zu treffen, sich dort zu unterhalten. Und das wollte er halt so weiterführen. Nur da wir alle drei Kinder berufstätig sind, können wir nicht immer dann überall hinfahren. Wir haben uns dann immer so gut wie es geht abgewechselt. Und waren dann mit ihm so, was weiß ich, so zwei bis dreimal die Woche schon unterwegs kann man sagen. Obwohl das meinem Vater immer noch (lachend) zu wenig war. Aber ich denke mal schon, dass das die Bedürfnisse abgedeckt hat.“ (A04)

Die Angehörigen müssen die Pflegebedürftigen auch auf Fahrten zu Ärzt_innen, Therapeut_innen und zur Apotheke begleiten.

„Wir sind bemüht, sehr viel Hilfe für meinen Vater zu organisieren was Logopäden, Logopädie und Ergotherapie angeht.“ (A04)

Eine weitere wichtige Aufgabe, die die Angehörigen übernehmen, ist die Hilfe bei finanziellen und rechtlichen Belangen. Diese reichen von der Verwaltung der Finanzen über die Unterstützung bei der Beantragung von Sozialleistungen bis zur rechtlichen Betreuung. Ein Angehöriger beschreibt die Gesetzeslage als kompliziert, wodurch diese Tätigkeit als zeitaufwendig und belastend empfunden wird.

„Und das war auch sehr BELASTEND, diese Betreuung von meinem Onkel. Zum Schluss, wo dann alles Mögliche von einem eingefordert worden ist, wo man sich stellenweise schon wie ein Verbrecher gefühlt hat. [...] Man ist ja selber ja auch nicht perfekt. Und da wurde wirklich jeder Stein umgedreht, nur weil wir halt überprüft worden sind. Und das sind Sachen, die gehen gar nicht. [...] Und da soll man ein bisschen mehr Rücksicht aus meiner Sicht darauf nehmen.“ (A04)

Auch aus Sicht der Interviewten A03 ist eine Beratung pflegender Angehöriger in Bezug auf rechtliche Belange von besonderer Bedeutung.

„Was so eine Sache ist, so eine Beratung. [...] In Richtung Patientenverfügung und solche Sachen zum Beispiel. [...] Ich denke, da ist bei meinen Eltern auch nichts geregelt, sage ich jetzt mal. Das fände ich auch, jemand, der sagt: 'Hör mal zu, habt ihr euch schon darüber Gedanken gemacht?'“ (A03)

Die befragten Angehörigen betreuen ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder in unterschiedlicher Intensität. Diese reicht von ganztägiger Betreuung über regelmäßige Besuche oder Anrufe bis zu festgelegten Terminen für Fahrten oder im Hintergrund bereithalten und überwachen. So steht die älteste interviewte Angehörige ihrer pflegebedürftigen Schwester von 7.00 Uhr bis fast 23.00 Uhr zur Verfügung.

„Ja, ich meine, es tät mir vielleicht schon mal gut, ein paar Tage Urlaub zu machen, auszuspannen. Und ich meine, ich muss halt. Morgens um halb 7 rappelt der Wecker, mit ausschlafen ist halt nichts. Ich gehe abends... Bis sie im Bett liegt, wird es oft dreiviertel elf, elf und dann.“ (A05)

Wie im folgenden Beispiel übernehmen interviewte Angehörige auch verschiedene pflegerische Aufgaben, wie Medikamentengabe, Blutzuckerkontrolle und das Schmerzmanagement bei starken chronischen Schmerzen.

„Der medizinisch - pflegerische Aspekt, wie gesagt, der konzentriert sich darauf, dass sie [die pflegende Angehörige] auch ein bisschen guckt, dass sie [die Pflegebedürftige] nicht vergisst, ihre Spritze zu nehmen, dass das mit dem Insulin stimmt und dass die Tabletten genommen werden und so weiter und so weiter. Weil sie wird halt zunehmend vergesslicher, wie wir auch.“ (A02)

Eine Angehörige erledigt pflegerische Aufgaben ohne eine entsprechende Ausbildung zu haben. Nach anfänglicher Zurückhaltung führt sie die Stomaversorgung sowie subcutane Injektionen dennoch selbst durch.

„Also ich habe noch gesagt, bei dem Stoma, ich glaube ich kann das nicht. Ja, aber ich habe gemerkt, das kann man alles. Oder Spritzen geben z.B. [...] Sie kriegt jeden Tag eine Bauchspritze. Ja, das mache ich auch.“ (A05)

A01 weist auf die Leistungen hin, die von ambulante Pflegediensten angeboten werden.

„Dass eben die Fußpflege und Nagelpflege gemacht wird und dass meinetwegen die Strümpfe angezogen werden oder Tabletten gerichtet werden. Das sind so die Dienste. Oder dass Haare gewaschen werden. Das sind eben die Dienste, die diese Pflegedienste leisten können.“ (A01)

Für die Versorgung des Haushaltes nutzen die interviewten Angehörigen Haushalthilfen oder osteuropäische 24-Stunden-Kräfte. Diese werden von A02 als Sozialkontakt, Überwacherinnen, Notfallmelderinnen betrachtet, woraus ein gewisses Gefühl der Sicherheit resultiert.

„Die Polin ist natürlich wesentlich länger da. Die ist Tag und Nacht da, weil sie dort wohnt. Die Polin auch dann, wenn sie polnisch spricht, sind doch relativ bemüht, deutsch entweder zu lernen. Oma spricht auch schon ein paar [Worte] polnisch. Und es ist immerhin die Möglichkeit, dass, sagen wir mal, so etwas wie eine Kommunikation auch tagsüber stattfindet. [...] Aber (...) es ist ein menschliches Wesen da. Tagsüber. Während natürlich der Pflegedienst kommt und verrichtet seine Sachen. Meistens (...) medizinischer Natur. Aber für Sozialkontakte werden die nicht bezahlt. (...) Es ginge auch gar nicht. Es kann niemand sich vier Stunden dort hinsetzen, wenn die Oma in der vierten Stunde Lust hat, sich mit jemandem zu unterhalten. [...] Schwierig.“ (A02)

Schwierig wird es dieser Befragten zufolge immer dann, wenn die Pflegebedürftigen die Unterstützung durch Fremde nicht akzeptierten, die Pflegepersonen ablehnen und keinerlei Veränderungen wollen.

„Also es wäre natürlich besser, wenn mit der Sozialstation da andere Möglichkeiten möglich wären. Aber das sehe ich ganz nüchtern. Das hängt natürlich auch an ihr [der Pflegebedürftigen]. Also wir können die Sozialstation noch gar nicht ganz ausreizen sozusagen, was die an Möglichkeiten bietet oder was sie bieten würden. Weil sie da noch nicht so richtig mitzieht.“ (A02)

Die Angehörigen beschreiben die pflegerische Versorgung aus verschiedenen Gründen als problematisch, zum Beispiel, wenn diese selber erkranken, sich der gesundheitliche Zustand des Pflegebedürftigen plötzlich verschlechtert oder sich dementielle Prozesse verstärken. Im Folgenden schildert A03 welche Bedeutung es für die Versorgung hat, wenn die Mobilität stark eingeschränkt ist.

„Wenn jemand nicht alleine mehr auf die Toilette gehen kann, muss der, wenn er alleinlebend ist, in die Einrichtung.“ (A03)

Die Interviewte A01 schildert die besonderen Probleme, mit denen Angehörige konfrontiert sind, die Menschen betreuen, die von Demenz betroffen sind. Dabei kann sie auf ihre Erfahrungen aus einer Selbsthilfegruppe für Demenz zurückgreifen. Ihr zufolge sind insbesondere eine frühe Information und Begleitung der Angehörigen von Menschen mit Demenz wichtig.

„Also bei Angehörigen ist oft die Angst da. Die Angst ist vorherrschend. Angst vor der Ungewissheit. [...] Und die Leute wissen ja auch nicht, dass sich bei jedem Patienten das Krankheitsbild eben anders darstellt. [...] Dass jeder Patient anders reagiert. [...] Also

diese ganzen Vorwürfe, die kommen. Weil die Angehörigen nicht wissen, was für eine Erkrankung es ist. Und da wäre eine frühe Information sehr sehr wichtig. Ganz ganz wichtig.“ (A01)

Kenntnisse über das Krankheitsbild würden laut A01 auch helfen, mit an Demenz erkrankten Angehörigen verständnisvoll umzugehen und ihnen Sicherheit im Umgang bringen.

„Du willst mein Haus haben, du willst mein Geld haben, mir ist der Schmuck gestohlen worden, mir ist Geld gestohlen worden, du meinst es nicht gut mit mir, du bist schuld, dass ich krank bin.“ Das sind alles die Vorwürfe. Und die muss man eben besprechen, weil das eben zum Krankheitsbild gehört. Und darüber weg zu kommen ist oft sehr schwer für Angehörige.“ (A01)

Die Angehörige A07 äußert den Wunsch nach Beratung und Unterstützung, um sicherer in den Entscheidungen zu werden, die ihre von ihr betreute pflegebedürftige Mutter betreffen.

„Also, ich glaube, mir würde es echt helfen, wenn mir jemand sagen würde: ‘Das ist völlig normal, dass jemand in diesem Alter mit einer Demenz und dieser familiären Vorgeschichte oder dieser Krankheitsvorgeschichte, dass derjenige so reagiert.‘ [...] Wie lange kann man es laufen lassen und wo sollte man sagen, jetzt ist aber Zeit, was zu ändern? (...) Ich habe dann auch ein schlechtes Gewissen. So: ‘Mache ich vielleicht zu wenig? Oder mache ich zu viel? Wo liegt so das richtige Maß?’“ (A07)

In den Expert_inneninterviews mit pflegenden Angehörigen werden auch ethische Herausforderungen geschildert. So wird aus den Aussagen der Interviewten A07 deutlich, wie pflegende Angehörige durch die Überlastung durch Pflegeaufgaben einerseits und einem schlechten Gewissen andererseits schwanken, wenn sie über notwendige Entlastungsangebote nachdenken.

„Also, ich merke einfach bei mir, dass das sehr schwankt. Jetzt, nach einer Woche Urlaub, sieht das ja recht gut aus. Aber es gibt eben die Zeiten vor den Ferien, wo ich am Stock gehe. Wo andere Kollegen auch am Stock gehen, die nicht diese Zusatzbelastung haben. Also ich war schon in Situationen, wo ich schon recht verzweifelt war. Wo ich dann also nicht mehr wusste, wie ich es noch tragen kann. Kann und soll.“ (A07)

4.3 Herausforderungen in Bezug auf Schnittstellen zu Ärzt_innen

Die interviewten Angehörigen berichten über verschiedene Herausforderungen in Bezug auf die Versorgung durch Hausärzt_innen.

So wird die ärztliche Infrastruktur von mehreren Interviewten als schwierig beschrieben.

„Das ist auch noch der nächste Punkt, genau, dass wir halt ganz viele ältere Hausärzte haben, die die Praxis schließen und dann keine Nachfolge mehr angetreten wird. In (NAME, Ort) sind das, glaube ich, vier oder fünf, ganz extrem in dem (NAME, Ort). [...] Also die Ehefrau meines Kollegen, die ist auch Hausärztin in (NAME, Ort) und der hat sich auch mal ganz dort für eingesetzt halt einfach, diese Versorgung, hausärztliche Versorgungslage, propagiert, weil die einfach horrend ist, diese (...) Unterversorgung in der hausärztlichen Praxis“ (A06)

„Also, es gab keinen Nachfolger für diesen Hausarzt.“ (A07)

„Wir haben auch einen Hausarzt. Der ist aber, wie alt ist der Dr. (NAME, Person)? Ich glaube, 71 oder 72.“ (A03)

Außerdem würden nur wenige Hausärzt_innen noch regelmäßige Hausbesuche anbieten. Ein Angehöriger beschreibt, dass niemand mehr nach den Pflegebedürftigen sehen würde, wenn nicht Angehörige sie zur Hausarztpraxis fahren. Es gebe Fälle, in denen die Taxifahrt zum Arzt bzw. zur Ärztin nicht finanziert oder organisiert werden kann.

„Und Hausärzte teilweise auch keine Hausbesuche machen. Also wir haben horrende Versorgungslage, was die hausärztliche Versorgungspraxis betrifft. [...] Und wenn die dann nicht zu dem Hausarzt hingebacht werden, dann guckt halt keiner.“ (A06)

4.4 Akzeptanz erweiterter Rollen

Die befragten Angehörigen stehen der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch entsprechend ausgebildete Pflegefachpersonen sehr aufgeschlossen gegenüber. So kann sich ein Angehöriger gut vorstellen, dass auch Pflegepersonen den Gesundheitszustand der Patient_innen einschätzen können und darauf auch adäquat reagieren.

„Also ich könnte mir vorstellen, dass die in dem ganzen medizinischen Bereich, auch in der Einschätzung, was so schon in Richtung Diagnose geht. Ich würde das denen durchaus zutrauen auch dann, wenn die Ärzte das vielleicht ablehnen. Aber mindestens könnten die feststellen [...]. Trocknet die langsam aus und braucht mehr Flüssigkeit oder, oder [...] Könnte die eventuell auch dann, wenn sie Kontakt zu den Patienten hat, die Leute davon überzeugen, dass eine stationäre Aufnahme jetzt notwendig wäre und die eventuell auch einleiten. [...] Wenn das jemand zu den Alten sagen würde, die zu denen die Kontakt haben schon, dann ist das eventuell besser als der Hausarzt, der die nur einmal im Jahr sieht oder nur alle halbe Jahr.“ (A02)

„Also es gäbe dort zwischen, will ich mal sagen, medizinisch-ärztlichen Eingriffen und Handlungen und dem was eine Fachkraft im Bereich der Pflege oder so machen würde, mit Sicherheit Überschneidungen. [...] Kann natürlich sein, dass die Ärzteschaft das nicht so gerne sieht.“ (A02)

Aus Sicht der Angehörigen A03 können Pflegefachpersonen unproblematisch auch ärztliche Tätigkeiten übernehmen, weil sie regelmäßigen Kontakt zu den Patient_innen haben und dadurch ein Vertrauensverhältnis aufbauen können.

I: *„[...] Meinst du denn, dass deine Eltern das tolerieren würden, dass eine Pflegefachkraft auch ärztliche Tätigkeiten mit übernimmt?“*

B: *„Definitiv. [...] Ich glaube, die hätten da gar keine Probleme mit. Also wenn sie Vertrauen zu der Frau, dem Mann, haben. Also ich glaube, die hätten da gar keine Probleme mit. Also da liegt es jetzt nicht dran, dass das der Dr. Maier oder Müller sein muss, sondern, wenn das jemand so machen würde, bin ich mir sicher, würden die das genauso annehmen. Wenn das halt ja, wenn sie der oder demjenigen einfach vertrauen würden. Wenn so eine gewisse Basis da wäre. Wenn sie sich da gut aufgehoben fühlen würden. Bin ich mir sicher.“ (A03)*

Zusammenfassung

Ein stabiles familiäres und soziales Netz sowie finanzielle Spielräume ermöglichen es den befragten Expert_innen, ihren pflegebedürftigen Angehörigen den Wunsch nach einem Verbleib in der gewohnten häuslichen Umgebung zu erfüllen. Dafür übernehmen die Angehörigen viele der anfallenden hauswirtschaftlichen und pflegerischen Aufgaben. Zum Beispiel begleiten sie die Pflegebedürftigen auf Fahrten zum Einkaufen oder zu Gesundheitsdienstleistern und unterstützen in finanziellen und rechtlichen Fragen sowie bei der Beantragung von Pflegeleistungen.

Die von den Interviewten übernommenen pflegerischen Aufgaben reichen von der Überwachung der Medikamenteneinnahme und des Blutzuckers bis zur Stomaversorgung und subcutanen Injektionen. Obwohl sie teilweise nahezu rund um die Uhr zur Verfügung stehen und sich mit der Versorgung und Pflege übernehmen, leiden Befragte unter Schuldgefühlen. Die interviewten Angehörigen nehmen Angebote der ambulanten Gesundheitsdienstleister an und greifen auf die Unterstützung durch 24-Stunden-Kräfte zurück.

Vor besonderen Herausforderungen stehen die Angehörigen von Menschen mit Demenz. Es wird deutlich, dass diese Personengruppe frühe und umfassende Informationen über das Krankheitsbild und eine fortlaufende Begleitung benötigen.

Auch in Bezug auf rechtliche Belange wünschen sich die pflegenden Angehörigen eine gute Beratung.

Die ärztliche Infrastruktur wird von den Interviewten als schwierig beschrieben; problematisch seien vor allem die Erreichbarkeit und seltener werdende Hausbesuche.

Erweiterten Rollen für Pflegefachpersonen stehen die befragten Angehörigen positiv gegenüber. Sie akzeptieren gerne entsprechend ausgebildete Pflegefachpersonen, denen auch ärztliche Vorbehaltsaufgaben zugetraut werden.

5 Ergebnisse der Hausärzt_innenbefragung

Die Expert_inneninterviews mit in der Westpfalz praktizierenden Hausärzt_innen wurden mit dem Ziel geführt, die Herausforderungen der Gesundheitsversorgung aus deren Sichtweise zu identifizieren. Von Interesse waren dabei Fragen nach Unterstützungs- und Entlastungsangeboten und nach der Akzeptanz hochschulisch ausgebildeter Pflegefachpersonen. Außerdem sollten Erkenntnisse darüber gewonnen werden, welche Haltung Hausärzt_innen zur eigenständigen Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen im Sinne der Substitution⁵ einnehmen und wie sie die Kompetenzen von Pflegefachpersonen im Kontext der ambulanten Gesundheitsversorgung einschätzen.

Folgende Forschungsfragen sollten durch die Expert_inneninterviews mit Hausärzt_innen beantwortet werden:

- Welche Herausforderungen formulieren Hausärzt_innen hinsichtlich der Gesundheitsversorgung ländlicher Bevölkerungsanteile?
- Welche Lösungsstrategien werden deutlich?
- Was bedeuten diese für die Rolle von Pflegefachpersonen mit hochschulischer Bildung in der häuslichen Versorgung?
- Welcher Bedarf an hochschulischer Bildung lässt sich ableiten?

5.1 Beschreibung der Interviewpartner_innen

Für die Befragung ausgewählt wurden Personen, die als Allgemeinmediziner_in im ländlichen Raum, möglichst in der Region Westpfalz, praktizieren, und zur Teilnahme an einem Interview bereit waren.

Die Expert_inneninterviews wurden mit vier hausärztlich tätigen Mediziner_innen (drei weiblich, einer männlich) zwischen November 2015 und September 2016 in ihrem Arbeitsumfeld durchgeführt. Drei Hausärzt_innen sind in ländlichen Gebieten der Westpfalz tätig. Eine Hausärzt_in hat ihre Praxis in einer vergleichbaren Region in einem anderen Bundesland.

⁵ Unter Substitution wird eine Übertragung der Entscheidungsverantwortung verstanden, in Abgrenzung zur Delegation, die eine Übertragung der Durchführungsverantwortung darstellt (Gemeinsamer Bundesausschuss. (2012). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V. Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V; Gesetzesgrundlage: Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) idF vom 20.10.2011 (BGBl. 1 S. 1128), Gemäß § 63 Abs. 3c SGB V Bindung und Begrenzung der selbständigen Ausübung von Heilkunde, zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 6. März 2017 (BGBl. I S. 403).)

Die Interviewpartner_innen arbeiten als Fachärzt_innen für Allgemeinmedizin in eigener Praxis oder sind in einer Gemeinschaftspraxis angestellt. Die Einzugsbereiche der Praxen ist, durch Praxisschließungen bedingt, jeweils recht groß.

5.2 Herausforderungen durch die Versorgungslage

Als große Herausforderung beschreibt die Hausärztin HA01 die zunehmende Zahl alter Menschen, die zu Hause nur unzureichend versorgt werden. Eine Ursache sieht sie darin, dass sich einige Menschen umfassende ambulante oder stationäre Pflege aus finanziellen Gründen nicht leisten können.

„Ich denke, eine Herausforderung sind die zunehmenden alten Leute, die natürlich auch zunehmend nicht ins Altersheim gehen, sondern (...) Zuhause sind, die zum Teil alleine Zuhause leben, obwohl sie eigentlich nicht einmal mehr bis zur Haustüre kommen, um die Haustüre zu öffnen. [...] Die einfach zum Teil insuffizient Zuhause versorgt sind. (...) Wo es aber an anderen, zum Teil einfach an vielen Sachen fehlt.“ (HA01)

„Sie sind eben auch zeitig ins Heim gegangen. Auch es konnten sich die Leute früher zum halt auch noch eher leisten. Geht einfach nicht mehr, das ist einfach eine finanzielle Sache.“ (HA01)

Der Hausarzt HA02 stellt eine deutliche Verschlechterung der ärztlichen Versorgungslage fest. Die Arbeitsbelastung schätzt er als zu hoch für einen einzelnen Arzt bzw. Ärztin ein.

„Von der ärztlichen Versorgung muss man sagen, die hat sich seit meiner Niederlassung erheblich verschlechtert. [...] Und selbst bei mir in der Einzelpraxis ist die Arbeitsbelastung jetzt inzwischen so hoch geworden, dass ich halt wirklich ne Assistenzärztin anstellen musste. Das wäre so alleine nimmer mehr zu schultern gewesen“ (HA02)

Eine weitere Herausforderung stellen aus Sicht der Hausärztin HA04 Familien dar, in denen Menschen mit dementiellen Prozessen von Angehörigen versorgt werden. Sie nimmt hier insbesondere die starke Belastung durch den Anspruch von Angehörigen nach einer fast lückenlosen Betreuung der Menschen mit Demenz wahr. Zugleich problematisiert sie, dass der Kontakt zur Praxis durch Angehörige gehalten werden muss, da sie nicht so viele Hausbesuche anbieten kann.

„Solange die zuhause leben, haben die auf alle Fälle einen Angehörigen, der die rund um die Uhr betüddelt. Sage ich mal. Ich habe da so ein Ehepaar, wo die Frau (...) geht höchstens mal eine halbe Stunde weg, weil sie den Mann nicht groß allein lassen kann. Und die guckt total. Und die kommt immer mit ihm zusammen. [...] Sonst ginge das ja gar nicht zuhause. [...] Weil ich halt hier nicht so rumfahre. Das ist wahrscheinlich das Problem.“ (HA04)

Das nachlassende Angebot an Hausbesuchen sieht auch die Hausärztin HA01 als eine Ursache für einen nicht abgedeckten Bedarf an hausärztlicher Versorgung im ambulanten Bereich.

„Das ist also ein höherer Bedarf mit Sicherheit. Liegt aber halt vielleicht auch daran, dass eben viele oder manche Kollegen sagen, sie machen keine Hausbesuche!“ (HA01)

Die Hausärztin HA03 beschreibt die sich verschlechternde Mobilität älterer Menschen als besondere Herausforderung der gesundheitlichen Versorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten mit einem mangelhaften Angebot in Bezug auf öffentlichen Nahverkehr:

„Die schlechte Mobilität. Wenn ein älterer Mensch nicht mehr mobil ist mit eigenem PKW oder mit Fahrrad, dann wird es schwierig, solange keine öffentlichen Verkehrsmittel da sind. Die sind aber nicht da. [...] Aber es müsste doch möglich sein, diese Menschen, die nicht mehr so mobil sind mit einem öffentlich organisierten Verkehrsmittel zu den Fachärzten hin zu bringen, das kann doch nicht so schwer sein.“ (HA03)

HA04 beobachtet eine mangelnde Bereitschaft zu Hausbesuchen unter Hausärzt_innen, da sich dies finanziell nicht lohne. Dadurch bestehe häufig kein direkter Patientenkontakt mehr. Dieser werde dann indirekt über die Berichte von Angehörigen ersetzt, die persönlich in der Arztpraxis erscheinen können.

„Der [Kollege] wollte oder der sieht das nicht mit Hausbesuchen. Einmal, weil es ja kaum lohnt. Wir haben halt so viel zu tun in der Praxis. Das heißt, wir machen sehr wenig Hausbesuche. [...] Oft kommen die Angehörigen, erzählen halt, was los ist und dann macht man das per Ferndiagnose. Aber das ist halt, finde ich, nicht gut. (...) Man fährt halt nur hin, wenn es nicht mehr anders geht sozusagen. Weil es halt ein zeitliches Problem ist.“ (HA04)

HA01 und HA02 sehen die Erweiterung des Tätigkeitsfeldes der MFA als Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH®) oder Nicht-ärztliche Praxisassistentin (NäPa) als eine gut funktionierende Antwort auf den Hausärztemangel.

„Aber die VERAH macht schon ... die berichtet das dann halt, aber die trifft auch kleine Entscheidungen.“ (HA01)

„Was ein ganz guter Schritt ist grad um, sag ich mal, die Ärzte da ein bissl zu entlasten in der Versorgung der Patienten, sind die NäPas.“ (HA02)

Dabei übernimmt eine zur VERAH® weitergebildete MFA nach Aussagen von HA01 auch Hausbesuche und trifft nach Rücksprache eigenverantwortlich Entscheidungen.

„Gut also wir haben jetzt die Möglichkeit, dass wir unsere Helferinnen schicken, beziehungsweise unsere VERAH schicken, unsere Wundversorgerinnen. Das funktioniert gut. Beziehungsweise auch zu den Blutabnahmen, da fährt die Helferin hin, [...] die ist auch geschult. Meistens kann sie dann schon die Dosis selber bestimmen oder wir oder sie ruft dann kurz an oder schreibt ne Nachricht und dann wird das wieder zum (...) Patienten transferiert. [...] Die sind schon Dinge, die die zum Teil eigenverantwortlich in Rücksprache oder in Deckung, mit Rückendeckung so zu sagen.“ (HA01)

5.3 Herausforderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit

Auch aus Sicht der befragten Hausärzt_innen stellt die Kommunikation bzw. Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen Pflege und Medizin eine wesentliche Herausforderung im Bereich der gemeindenahen Gesundheitsversorgung dar. Beispielhaft erklärt dies der Hausarzt HA02 aus der Westpfalz:

„Und bei manchen gibt's dann halt doch schon Schwierigkeiten einfach. Ja, aber gut. Ich mein jeder Mensch ist natürlich anders, jeder packt ein Problem anders an, jeder sieht die Sachen anders, sieht sie auch mal anders als der Hausarzt und dann gibt's halt immer mal wieder Konflikte, die man dann halt beilegen muss.“ (HA02)

Er schildert typische Probleme, die durch unzureichend gestaltete Schnittstellen bzw. fehlende Kommunikationsstrukturen entstehen.

„Da sind die Schnittstellen, ja sag ich mal, doch eher so ganz locker gestrickt. Zu den ambulanten Pflegediensten. (...) Es ist immer ganz interessant, wenn... die kommen oftmals gar nicht hier her sondern nur, um irgendwas abzeichnen zu lassen. Sondern die Schnittstelle ist dann meistens so, dass ich die [Pflegefachperson] zufällig irgendwo bei einem anderen Patienten mal treffe und dann nimmt sie mich zu Seite und sagt: ‚Ah was ich noch sagen wollte, bei dem und dem ist das und das und da müsste man vielleicht mal kucken.‘ Also da ist einfach noch nicht so richtig die Struktur drin in der Kommunikation“ (HA02)

Die Trennung der Aufgabenbereiche von Pflege und Medizin beschreibt die Hausärztin HA03 folgendermaßen: Die Pflege Sorge für die psychosoziale Zuwendung insbesondere bei einsamen Patient_innen. Ihr zufolge ist Zuwendung eine „soziale Aufgabe und keine genuin-ärztliche“ und sei entsprechend auch keine Kassenleistung. Ärzt_innen seien demgegenüber eher für komplexe Krankheitsverläufe zuständig, wo sie Behandlungen und Leistungen in Bezug auf die verschiedenen Krankheiten koordinieren und den Patient_innen verständlich machen, wie sie sich verhalten sollen.

„Die Pflege ist extrem wertvoll, diese Zuwendung, da einsam, da auf dem Dorf, kein Anschluss mehr nix, das ist auch eine ganz wichtige Betätigung. Da waren die Ärzte ja auch sehr dran beteiligt nur/ das ist ja alles ganz nett, aber ich will es jetzt mal so sagen, man kann auch nicht aus Allem eine Kassenleistung machen. Das ist ja eine soziale Aufgabe und keine genuin-ärztliche. Also sagen wir mal so, wo ich die dann Aufgabe des Hausarztes sehe, das ist die immer komplexer werdenden Therapien für den Patienten so aufzubereiten, dass er versteht, was er machen soll. Die Leute haben immer mehr verschiedene Krankheiten und eben daraus resultierend auch immer mehr Behandlungen und dass alles zusammenpasst und dass das geht usw., das müssen die Ärzte immer im Blick behalten. Das kannst du auch nicht eben so auf die Schnelle lernen.“ (HA03)

Möglichkeiten der Zusammenarbeit werden von dieser Befragten aus schon bekannten Beispielen abgeleitet. Dabei sollten hochschulisch gebildete Pflegefachpersonen eher sozialtherapeutische Aufgaben übernehmen.

„Aber da gibt es ja im Prinzip auch schon diese Soziotherapie. Für psychisch sehr schräge Vögel. Die haben solche Sozialarbeiter, die mit denen arbeiten und dafür sorgen, dass

die ihre Überweisungen machen usw., also das gibt es schon. Aber das kommt aus der Psychiatrie. [...] Also da könnte ich mir sehr gut vorstellen, dass die Soziotherapie und diese Spezialkrankenschwester, Krankenpfleger auf dem Land, dass das zusammenfließt. Das könnte ich mir sehr gut vorstellen.“ (HA03)

5.4 Haltung zur Substitution heilkundlicher Tätigkeiten

Auch die Frage der Substitution heilkundlicher Tätigkeiten, bzw. deren eigenverantwortliche Übernahme durch hochschulisch gebildete Pflegefachpersonen war Gegenstand der Expert_inneninterviews mit Hausärzt_innen. Im Folgenden werden die jeweils individuellen Haltungen der vier Interviewten in Bezug auf ihre Sichtweise als Hausärzt_in auf die Zusammenarbeit mit hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen herausgearbeitet.

Auf die Frage, ob besonders erfahrene, akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen Verantwortung für die Versorgung chronisch Kranker übernehmen könnten, antwortet HA01 mit einem „eindeutigen Jaein“. Jede Form des Patient_innenkontakts durch weitere Akteure im Gesundheitswesen, der dazu führen könnte, dass die exklusive Beziehung zwischen Arzt und Patient_in in Frage gestellt und ausgehöhlt würde, lehnt sie ab. Die Behandlung der Patient_innen solle unbedingt unter der Federführung eine_r Ärzt_in stehen und der Entstehung paralleler Versorgungsangebote solle kein Vorschub geleistet werden.

„Jaein! Also eindeutig Jaein. Weil es gab von manchen Krankenkassen ja auch schon mal die Ideen zu sagen, so da sitzt jetzt eine am Telefon und die ruft im Rahmen des DMPs oder wie auch immer diese CURA-Plan oder sonst irgendwie, ruft die bei den Patienten an und sagt so sie haben doch eine Herzinsuffizienz. Wie ist ihr Gewicht heute, wie ist ihr Blutdruck und so weiter. Da sag ich eindeutig nein. Ich würde es auch nicht wollen, dass die Krankenkassen sagen, so wir haben jetzt ein Team an Krankenschwestern und schicken die Leute da hin. Nein! Sondern (...) [was] wichtig ist, dass das (...) unter der Regie des Arztes, des Hausarztes, des Internisten, wie auch immer ist. Und nicht ausgegliedert ist und eine Parallelspur ist. Dann gibt's ein Kuddelmuddel und dann ist es [...] nicht mehr in Ordnung. Das (...) ist einfach für den Patienten gut, das (...) hat, nicht vielleicht auch, mit Arzt und Arzt-Patient Beziehung und Bindung zu tun. Aber das würde ich nicht haben wollen. Und das würden auch meine Kollegen nicht haben wollen.“ (HA01)

Auch wenn die intensive Betreuung durch die Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung SAPV durch die Patienten positiv bewertet werde, stellt sich laut HA01 ein Hausarztverein gegen solche Entwicklungen, wenn zu befürchten ist, dass die Hausärzt_innen ausgeschlossen werden könnten.

„Wir haben so einen Hausarztverein in (NAME, Ort) wo solche Dinge auch besprochen werden. [...] Also unsere Patienten versorgen wir selber, dass man eigentlich (..) zum Beispiel dem SAPV, dieser ambulanten Palliativversorgung, dass wir da auch schon sagen: 'Das ist schön, dass es das gibt, dass es die Möglichkeit gibt, Palliativpatienten intensiv zu betreuen.' Aber wir wollen unseren Patienten damit auch nicht abgeben und quasi im Stich lassen. Weil es ist manchmal so, die Patienten sagen zwar dann: 'Ah ja' und 'Toll' und 'Schön', aber wir wollen da nicht ausgeschlossen sein.“ (HA01)

Eine eigenständige Rolle für akademisch gebildete Pflegefachpersonen in der ambulanten Versorgung ist auch für HA02 nur schwer vorstellbar. Ihm fehlt ein Rollenkonzept für Personen, die mit einer anderen Ausbildung in bestimmten Bereichen dieselben Aufgaben, wie ein_e Hausärzt_in übernehmen könnten. Dieser Hausarzt betont insbesondere seine Verantwortung und Weisungsbefugnis in Bezug auf therapeutische Entscheidungen und gibt auch rechtliche Fragen, v.a. in Bezug auf Haftungsaspekte, zu bedenken.

„Also ich sag mal, das ist ja immer die Frage, wie viel Kompetenz gibt man als Arzt ab. Das man sagt, okay das ist jetzt jemand der macht eigentlich dasselbe wie ich – mit einer anderen Ausbildung. Also ich denk, wenn ich der Hausarzt bleibe von dieser Patientin, wenn ich also der Hausarzt bin, dann sollte das auch so sein, dass ich weisungsbefugt wäre. Das ich dann sagen könnte: ‘Okay ich hätte das gern so und so.’ Also diese Möglichkeit [...] sollte auf jeden Fall bestehen. Ich hätte da schon ein Problem damit zu sagen: ‘Okay, ich bin jetzt der verantwortliche Hausarzt, gebe aber das Problem der der Wundversorgung beispielsweise oder Versorgung des Patienten komplett aus der Hand.’ Damit hätte ich schon im Prinzip ein Problem, ich denke das ist einfach wahrscheinlich auch ein rechtliches Problem, weil ich ja als Hausarzt im Prinzip für den Patienten verantwortlich bin. Wenn da irgendwas so läuft, wie ich’s mir nicht vorstelle oder was schief läuft, dann müssen natürlich die Verantwortlichkeiten geklärt sein“ (HA02)

Am Beispiel einer Überweisung zu ärztlichen Kolleg_innen wird deutlich, dass sich HA02 deren Qualifikationen – im Unterschied zu der Kompetenz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen – konkret vorstellen kann. Seine ambivalente Haltung in Bezug auf Substitution wird vor diesem Hintergrund verständlich.

„Also, wie wenn ich jetzt einen Patienten zum Chirurgen schicke. Da weiß ich, der ist approbiert, der hat, der weiß was er tut. Wenn ich da zum Facharzt jemand überweise, dann verlasse ich mich ja da auch komplett drauf, dass der die Versorgung des Patienten richtig übernimmt.“ (HA02)

Die Hausärztin HA03 sieht die eigene Berufsgruppe durchaus kritisch, wenn gegen eine Erweiterung des Tätigkeitsfeldes von Pflegefachpersonen argumentiert wird. Sie spricht auch von „*typisch hausärztlichem Futterneid*“ (HA03). Außerdem problematisiert sie, dass der Versorgungsauftrag durch die Hausärzt_innen in ländlichen Gebieten nicht eingelöst werde. Ihrer Ansicht nach könnte die pflegerische Berufsgruppe durchaus einen wertvollen Beitrag zur Bewältigung der Versorgungsprobleme leisten und sie kritisiert die ablehnende Haltung ihrer Berufskolleg_innen gegenüber der Öffnung des hausärztlichen Arbeitsbereichs für Pflegefachpersonen.

„Nein aber sagen wir mal so, dass die Hausärzte dann die Sorge haben, da wird ihnen Wasser abgegraben, wie alle anderen auch. Es geht aber nicht beides. Ich kann mich nicht der Aufgabe verschließen, die ländliche Bevölkerung zu versorgen und dann diese Schwestern ablehnen. Beides geht auch irgendwie nicht. Oder du musst es eben machen. Oder du musst halt mit Zweitpraxen aufs Land gehen. Wird ja auch gemacht. Die Pflege ist extrem wertvoll.“ (HA03)

HA03 hat dennoch ebenfalls keine konkreten Vorstellungen, wie Pflegefachpersonen weitgehend in die medizinische Versorgung eingebunden werden könnten. Sie befürwortet

aber die Eigenständigkeit von Pflegefachpersonen, sobald es um die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit gehe und sieht die pflegerische Kompetenz vor allem in Bezug auf die Lebenswelt und das häusliche Umfeld der Pflegebedürftigen verortet.

Also zum Beispiel, wenn eine Pflegestufe ins Spiel kommt (...) Irgendeine Pflegeorganisation geht da vor Ort und guckt die Wohnung an usw. wie es da so aussieht und da kommt doch dann im Allgemeinen immer etwas bei rum. Griffe für Toilettensitzerhöhung, Badewannenlifter usw. Also sagen wir mal so, dass die Gesamtsituation von den Menschen da deutlich besser wird. (HA03)

In Bezug auf ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen aus ambulanten Pflegediensten äußert sie sich prinzipiell positiv und ist bereit, eventuelle Probleme, etwa in Bezug auf zu viel beantragte Hilfsmittel, zu tolerieren.

„Aber sagen wir mal so, in seiner Gesamtheit wird das von den Pflegekräften sehr schön organisiert (...). Manchmal ein bisschen viel, manchmal (...) werden Hilfsmittel empfohlen, die dann nicht genutzt werden, aber lieber so als anders herum. Kann man ja zurücknehmen.“ (HA03)

Diese Hausärztin befürwortet die Erweiterung des Tätigkeitsbereichs von hochschulisch gebildeten Pflegefachpersonen mit Blick auf die Sicherung der gemeindenahen Gesundheitsversorgung auch ganz grundsätzlich.

„Also für meine Begriffe ist das echt eine Option. Wenn die Ärzte es nicht fertig kriegen diesen Bedarf zu decken und gut ausgebildetes Pflegepersonal diese ländliche Bevölkerung im Blick hat. Ihr könnt sehr gut sehen, die braucht einen Arzt und die braucht keinen. Darum geht es im Grunde.“ (HA03)

HA04 will sich zur direkten Frage nach der Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen zunächst nicht äußern, da sie aus der hausärztlichen Praxis nur die Zusammenarbeit mit MFAs kennt.

„[...] kann ich es ja nicht beurteilen in der Praxis. Ich kenne jetzt nur die Arzhelferinnen.“ (HA04)

Im weiteren Verlauf des Interviews berichtet sie jedoch über sehr gute Erfahrungen, die sie in der Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen in der Palliativversorgung gemacht habe. Deren Rat nehme sie auch gerne an und sie spricht diesen Pflegefachpersonen darüber hinaus eine höhere Kompetenz in diesem bestimmten Tätigkeitsfeld zu, als den Hausärzt_innen. Ihrer Auffassung nach könnten diese Pflegefachpersonen die Versorgung der sterbenden Patient_innen zu Haus auch unproblematisch selbstständig übernehmen.

„Also, wenn zum Beispiel jemand aus dem Krankenhaus entlassen wird, wird meistens schon über [Hospizinstitution] ... wird das dann schon/ sind die schon engagiert. Und die melden sich dann bei uns und kommen dann mit ihren Vorschlägen. Das finde ich auch immer ganz toll, ... dass die schon Ideen haben, was man noch verbessern könnte, wenn die aus dem Krankenhaus entlassen werden. Zum Beispiel Bedarfsmedikation. Und die machen das total selbstständig. Das finde ich immer faszinierend, weil das ist für uns ja schon ein schweres Thema, wenn jemand so schwer krank ist und so viel Schmerzmittel braucht, dass man da nicht jeden Tag hinfahren muss und gucken. Sondern die machen

das total selbstständig und erhöhen auch mal was und geben halt eine Rückmeldung. [...] Ja, wir müssen ... die Rezepte ausstellen und eigentlich auch absegnen. (...) Wobei ich froh bin, wenn mir jemand einen Vorschlag macht und ich das dann auch immer/ weil die kennen sich besser aus als wir.“ (HA04)

Deutlich wird hier, dass es die eigenen Erfahrungen sind, die in der ganz konkreten Zusammenarbeit mit besonders kompetenten Pflegefachpersonen gesammelt wurden, auf deren Grundlage die Hausärztin HA04 diesen eine weitreichende Eigenständigkeit in diesem Tätigkeitsfeld zuspricht.

5.5 Beispiele für eine Zusammenarbeit zwischen Hausärzt_innen und Pflegefachpersonen

In den Expert_inneninterviews wurden von den befragten Hausärzt_innen mehrere konkrete Beispiele für Tätigkeitsfelder angesprochen, in denen sie sich eine Übernahme eines Teils ihres Aufgabengebiets durch besonders qualifizierte Pflegefachpersonen unter bestimmten Bedingungen vorstellen könnten. Deutlich wird allerdings in allen vier Interviews, dass sich die Interviewten den Unterschied zwischen beruflich und hochschulisch (weiter-)gebildeten Pflegefachpersonen nicht ohne weiteres vorstellen können.

Anknüpfend an alte Strukturen der Gemeindeschwester ist die Delegation von Wundversorgung, Blutzucker- und Blutdruckmessungen an Pflegefachpersonen für die Hausärztin HA01 eine Option, sofern Ärzt_innen als entscheidende Instanz eingebunden bleiben.

„Also ich meine es hat ja früher auch schon einmal Gemeindeschwester gegeben. Aber die Gemeindeschwester, die hat unter Umständen auch mal den Zucker gemessen und Blutdruck gemessen und hat auch mal Verbände gemacht. Klar, ist das denkbar, aber die muss irgendwo eingeordnet sein und wo einfach dann auch die Möglichkeit ist, dass sie Informationen zum Arzt trägt und sagt so, ich hab jetzt da die Fotodokumentation von einer Wunde gemacht und dann ist es bei der im Computer und dann kann man drüber reden und sagen, also dann machen wir das und das und das nächste Mal fahre ich selber hin.“ (HA01)

Der Hausarzt HA02 kann sich die Zusammenarbeit mit geschulten Pflegefachpersonen im Rahmen von standardisierten Disease Management Programmen (DMP) vorstellen, wenn nach vorgegebenen Schemata Untersuchungen initiiert werden. Diese müssten die Befunde aber auf jeden Fall ihm als Arzt vorlegen:

„Zum Beispiel bei Diabetikern und das dann einfach auch geguckt wird, wie ist die Durchblutung, regelmäßig, einmal im Quartal machen wir das normalerweise. Blutentnahmen durchaus auch. Muss man also nach standardisiertem Schema dann im Prinzip die ganze Versorgung des Patienten dahin aufrechterhalten. Ja! Und ich brauch dies praktisch vor Ort nicht mehr zu machen. [...] Habe da also entsprechend meine Entlastung. Krieg aber trotzdem die Befunde und guck mir das an, ob da alles im grünen Bereich ist.“ (HA02)



Bei einer schwierigen Wundheilung bei z.B. Ulcus curis kann sich HA02 hingegen ohne weiteres vorstellen, die Versorgung sehr weitgehend in die Hände einer ausgebildeten, erfahrenen Pflegefachperson zu übergeben.

„Es ist ja immerhin so, der Hausarzt [...] hat ja so ein breites Spektrum, das kann nie so in die Tiefe gehen wie das jemand machen kann oder leisten kann, der halt einfach wirklich darauf spezialisiert ist. Also es ist in der Tat so, dass eine erfahrene Schwester zehnmal besser weiß, wie sie eine Wunde angeht, als ich zum Beispiel. Also in der Assistenzzeit im Krankenhaus war das ja ganz extrem.“ (HA02)

HA02 verfügt in diesem Fall auf der Grundlage seiner eigenen Erfahrung im Rahmen seiner ärztlichen Ausbildung über eine konkrete Vorstellung von den Kompetenzen von besonders qualifizierten Pflegefachpersonen, die de facto erweiterte Tätigkeitsfelder im Rahmen des Wundmanagements übernommen haben. Dagegen fehlt ihm für andere Tätigkeitsfelder, die hochschulisch weitergebildete Pflegefachpersonen ebenfalls übernehmen könnten, wie die zuvor von ihm angesprochene Versorgung von Diabetes-Patient_innen, ein konkretes Bild von dem, was diese im Rahmen einer erweiterten Pflegepraxis leisten könnten.

Die Hausärztin HA03 traut Pflegefachpersonen eigenverantwortliche Entscheidungen im Rahmen der Zusammenarbeit mit Hausärzt_innen zu und erklärt dies am Beispiel des Umgangs mit Patient_innen, die an einer Pneumonie erkrankt sind.

„Sagen wir mal ambulant erworbene Pneumonie. Du siehst den, der war eigentlich gesund. Du triffst da dann einen hoch-fieberhaften Menschen, schlechter Allgemeinzustand, alt, zuhause an. Entweder du sagst: `Der Doktor soll dahin kommen`, oder man schafft eine Struktur, wie dieser Mensch, obwohl bettlägerig, da wohin gefahren wird. Und dann kann man den abhören: Brust, sonst hat er nix, alles in Ordnung. Dann kann er wieder nach Hause mit einem Antibiotikum. Das wäre so eine Situation, die ich mir vorstellen könnte.“ (HA03)

Dass Folgeverordnungen, z. B. in Bezug auf Diabetes, in die Hände von speziell geschulten Pflegenden gelegt werden, könnte sich HA04 vorstellen. Ihr sei bewusst, dass Pflegedienste unverhältnismäßig viel Zeit auf die Besorgung von Folgeverordnungen verwenden würden. In Bezug auf Folgeverordnungen von Hilfsmitteln sieht sie die Pflege im Vorteil, weil sie sich viel unkomplizierter als die Ärztin ein Bild von der Situation vor Ort machen könne.

„Bevor man Kompressionsstrümpfe aufschreibt, muss man schon erst mal gucken, ob es wirklich von den Venen kommt und nicht vom Herz, die dicken Beine. Ich denke, das ist schwierig, eine Erstverordnung vielleicht. Dass muss vielleicht schon jemand abklären. Aber so Folgesachen oder so Hilfsmittel? Sehe ich eigentlich kein Problem.“ (HA04)

Da HA04 aus der Zeitnot heraus kaum selbst Hausbesuche durchführt, sieht sie eine Möglichkeit, die Angehörigen durch den Einsatz von Pflegefachpersonen zu entlasten. Sie kann sich gut vorstellen, dass eine Pflegefachperson bei einem Hausbesuch die Situation der Patient_innen einschätzen und entscheiden könnte, ob ein_e Ärzt_in hinzugezogen werden muss, wenn ein Telefonat mit den Patienten oder den Angehörigen nicht ausreicht.

„Zum Beispiel: Ob sie die Wassertablette jetzt erhöhen dürfen, weil das Bein dick ist oder ob sie mal zwei nehmen können? Oder ob sie die Blutdrucktablette reduzieren können, weil der Blutdruck immer so niedrig ist. Also viel mit Tabletten, so die Fragen. Es könnte mal einfach jemand hinfahren und den Blutdruck messen oder die Beine angucken, sind die jetzt dick oder nicht.“ (HA04)

Zusammenfassung

Die interviewten Hausärzt_innen beschreiben die sich verschlechternde Versorgungslage als eine große Herausforderung im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit. Die Ursachen liegen aus Sicht der Befragten vor allem in den sich verschlechternden Möglichkeiten, Hausbesuche durchführen zu können, bzw. in einer nachlassenden Bereitschaft ihrer Berufskolleg_innen hierzu. In der Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen in ambulanten Pflegediensten werden Herausforderung geschildert, die z.B. auf unzureichende Schnittstellen zurückgeführt werden.

Die Befragten nehmen unterschiedliche Haltungen gegenüber einer Substitution ärztlicher Tätigkeiten ein. Das Spektrum reicht von einer relativen Aufgeschlossenheit in Bezug auf die Übertragung von Kompetenzen an Pflegefachpersonen bis hin zu dezidiert kritischen Positionen zur Heilkundeübertragung.

Die Delegation von Hausbesuchen an MFAs ist eine Lösung, mit der Hausärzt_innen ihrer hohen Arbeitsbelastung zu begegnen; auch den Einsatz von Pflegefachpersonen in diesem Bereich erscheint vorstellbar.

Auf Nachfrage entwickelten die Interviewpartner_innen Ideen, welche Tätigkeiten hochschulisch gebildete Pflegefachpersonen ausüben könnten, u.a. in den Bereichen Wundversorgung oder DMPs. Ein Hausarzt konnte sich nur schwer vorstellen, über welche Kompetenzen Pflegefachpersonen nach einer hochschulischen Weiterbildung, im Vergleich zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung, verfügen.

Das Ausmaß, in dem Pflegefachpersonen eigenständige Entscheidungskompetenzen zugesprochen wurden, erscheint abhängig von den eigenen berufsbiografischen Erfahrungen der Befragten in der konkreten Zusammenarbeit mit pflegerischen Kolleg_innen zu sein. Zwei interviewte Hausärzt_innen berichten über solche positiven Eindrücke im Bereich der Palliativversorgung bzw. der Wundversorgung und sprechen besonders kompetenten Pflegefachpersonen für diese Aufgabenbereiche auch eine weitgehende Eigenständigkeit zu.

6 Ergebnisse der Expert_inneninterviews mit Pflegevertreter_innen

Das Erkenntnisinteresse in Bezug auf die Expert_inneninterviews mit Pflegevertreter_innen war es vor allem, mehr über den Diskurs zu ANP/ APN im deutschen pflege- und gesundheitspolitischen Kontext zu erfahren. Besonders interessierten deren Einschätzungen zu möglichen Tätigkeitsfeldern und die jeweiligen Haltungen zur Frage der Substitution heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen sowie zum notwendigen Qualifikationsniveau der Bildungsangebote.

Für die Expert_inneninterviews ausgewählt wurden Pflegevertreter_innen, die über eine Expertise zu ANP/ APN verfügen. Ihr Verständnis von ANP/ APN lässt sich, ähnlich wie das der interviewten Hochschullehrenden, der im deutschsprachigen Diskurs verbreiteten und international verbreiteten Definition des ICN bzw. damit eng verwandten Definitionen zuordnen (Geithner et al., 2016, S. 6). Die Interviewten äußern sich einerseits zu möglichen Aufgabebereichen im Sinne dieser Definition für Pflegefachpersonen mit einem Masterabschluss für ANP / APN. Andererseits beschreiben sie erweiterte berufliche Rollen für besonders qualifizierte Pflegefachpersonen ohne expliziten Bezug auf einen bestimmten Bildungsweg, auf dem sie diese erhalten haben. Dass es sich bei den letztendlich im Projekt *E^B – Pflege und Gesundheit* realisierten Bildungsangeboten um Zertifikatskurse handelt, die für erweiterte berufliche Rollen für Pflegefachpersonen qualifizieren und bewusst nicht eine umfassende Qualifikation für ANP/ APN anstreben, war zum Zeitpunkt der Durchführung der Expert_inneninterviews im Jahr 2016 noch nicht festgelegt.

Folgende Forschungsfragen sollten durch die Expert_inneninterviews mit Pflegevertreter_innen beantwortet werden:

- Welchen Beitrag können Pflegefachpersonen mit hochschulischer Bildung in der Gesundheitsversorgung der ländlichen Bevölkerung leisten?
- Welche Handlungsfelder könnten Pflegefachpersonen mit hochschulischer Bildung in der häuslichen Versorgung ausführen?
- Welche Vorstellungen äußern Pflegevertreter_innen in Bezug auf die Organisation eines Bildungsangebotes zu ANP/ APN bzw. das anzustrebende Qualifikationsniveau?

6.1 Beschreibung der Interviewpartner_innen

Zwischen Juli 2016 und September 2016 wurden fünf Interviews mit Pflegevertreter_innen durchgeführt. Die interviewten Pflegevertreter_innen beschäftigen sich schon seit mehreren Jahren mit ANP/ APN.

Alle Interviewpartner_innen haben eine pflegerische Grundausbildung, teilweise auch Fachweiterbildungen und blicken auf eine mehrjährige Berufserfahrung in der stationären Pflege, sowie in Leitungsfunktionen zurück. Die interviewten Pflegevertreter_innen verfügen damit, ähnlich wie die befragten Hochschullehrenden sowohl über Kontextwissen als auch über Betriebswissen zu den im Fokus der Erhebung stehenden Forschungsfragen.

Zwei Pflegevertreter_innen waren auf Bundesebene tätig und drei im Land Rheinland-Pfalz; drei waren weiblich und zwei männlich. Vier Interviews wurden telefonisch durchgeführt und eines am Arbeitsplatz des Interviewten⁶.

6.2 Herausforderungen in der Versorgung – Tätigkeitsfelder für ANP/ APN

Die interviewten Pflegevertreter_innen formulieren verschiedene Herausforderungen der aktuellen Versorgungslage. Bedeutsam ist beispielsweise für PV01 vor allem die Versorgung von in strukturschwachen Regionen lebenden pflegebedürftigen Menschen.

„Ich denke an erster Stelle steht da Koordinierung von Gesundheitsversorgung und Versorgung bei Pflegebedürftigkeit. Das ist eine große Herausforderung für die Betroffenen, mit der sie oft überfordert sind und wenn man noch dazu in eher einer strukturschwachen Gegend lebt, dann sind die potentiellen Ansprechpartner alle weit entfernt.“ (PV01)

Kritisch gesehen wird das zur Zeit der Führung der Interviews übliche Vorgehen bei der Beantragung einer Pflegestufe. Aus Sicht von PV04 sollten Pflegefachpersonen in die Versorgung der Pflegebedürftigen strukturierter und von Beginn an einbezogen werden, um eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten.

„Also das ist ja im Moment, dass Pflegestufe beantragt wird, dann wird sie genehmigt und die Angehörigen entscheiden, ob sie das selber machen oder jemanden für bestimmte Sachen bestellen. Das ist aber natürlich nicht von jemand Professionellem arrangiert und ich denke, (...) wenn wirklich dann Pflegeanamnese gemacht wird und dann ein Pflegeplan erstellt wird, wo genau herauskristallisiert wird, wo Unterstützung gebraucht wird und auch Anleitung geschieht, speziell, individuell für diesen Patienten, dass das wesentlich effektiver wäre.“ (PV04)

⁶ Aufgrund der Gewährleistung der Anonymität wird an dieser Stelle auf nähere Angaben zu den einzelnen Personen verzichtet.

Eine Schlüsselrolle wird der Pflege bei der Koordination der medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen im Sinne von Case Management zugesprochen. Ein wichtiges Handlungsfeld für Advanced Practice Nurses sehen PV04 und PV05 in der Steuerung der Prozesse, die den Verbleib in der Häuslichkeit ermöglichen.

„Also ich glaube schon, dass das alles ausbaufähig wäre. Case Management, also dass Pflege auch diese Schlüsselposition übernimmt, dass sie dann die verschiedenen Professionen auch miteinander in Verbindung bringt. Also dass dann, wenn ich jetzt so einen individuellen Pflegeplan erstellt habe und dann sehe, (...) Krankengymnastik (...) würde was bringen oder der muss vielleicht regelmäßiger zum Hausarzt für Blut abnehmen oder sonst was. Also dass man die verschiedenen Professionen miteinander verbindet und auch miteinander abstimmt. Da, glaube ich, könnte Pflege auch eine ziemlich entscheidende Schlüsselrolle übernehmen.“ (PV04)

„Also Case Management. Eine Lotsin im Gesundheitswesen. Die Organisation von tragfähigen Netzwerken. Von Pflegearrangements in der Häuslichkeit, die dann wirklich auch so lange stabil sind, wie es eben möglich ist. Wie es der Pflegebedarf zulässt dann in der Familie. Das sind eigentlich die Handlungsfelder. Häuslich und gemeindenahes Setting.“ (PV05)

Als eine Besonderheit und damit auch Herausforderung wird von PV05 der fehlende regelmäßige Arztkontakt in der ambulanten Pflege geschildert.

„Aber natürlich spielt die ambulante Versorgung auch immer eine große Rolle, vor allem, weil wir in der Ambulanz oder in der Häuslichkeit auch einen, naja, ich sage mal, teilweise auch einen arztfreien Raum haben. Anders als im Krankenhaus. Im Krankenhaus sind immer noch die Ärzte im Hintergrund. [...] Aber (...) in der ambulanten Versorgung wird dann festgestellt: Da ist eben die Pflegekraft dann auch auf sich alleine gestellt.“ (PV05)

PV05 sieht das Arbeitsfeld der erweiterten Pflege nach dem Vorbild der Familiengesundheitspflege idealerweise eng mit dem der Hausärzt_innen verknüpft. Ihr zufolge könnte eine Advanced Practice Nurse in ihrer Funktion als Case Manager_in oder Lots_in auch erste Assessments im häuslichen Umfeld durchführen und den Versorgungsbedarf feststellen.

„Im Grunde genommen geht das [in der Familiengesundheitspflege] alles über Hausbesuche natürlich. Irgendwie kommt ein Kontakt zu Stande. Also, wenn ich jetzt mal so ganz praktisch von einem Fall ausgehe, idealerweise wäre es gut, wenn so eine Lotsin im Gesundheitswesen mit einem zum Beispiel niedergelassenen Hausarzt zusammenarbeitet. Der Kontakt wird hergestellt. Sie macht den Erstbesuch in einer Familie. Und führt sozusagen so ein erstes Assessment durch und schaut einfach.“ (PV05)

Pflegefachpersonen mit Masterabschluss sollten zukünftig aus Sicht von PV05 auch im ambulanten Bereich eingesetzt werden und ärztliche Tätigkeiten übernehmen. Dabei hebt sie wiederum insbesondere die Lotsenfunktion einer Advanced Practice Nurse hervor.

„Dass wir da noch auf dem Weg sind in Deutschland, das ist unbestritten so. Gerade in der ambulanten Versorgung. Und dass sich da sicherlich auch noch ein Verständnis von herausbilden muss: Was macht denn jetzt eine Pflegefachperson im ambulanten Bereich, die einen Masterabschluss hat? Was kann denn die für Aufgaben übernehmen? Das (...) werden sicherlich dann auch Sachen sein, die bisher der Arzt gemacht hat. Ich sehe es,

wie gesagt, stark auch in so einer steuernden Case Management-Funktion. Lotsenfunktion.“ (PV05)

PV03 betrachtet die Funktion von ANP/ APN vor allem aus berufspolitischer Sicht. ANP/ APN erscheint aus dieser Perspektive als Teil einer wichtigen Professionalisierungsstrategie, da diese mit der Aufwertung der klinischen Pflege als „*genuinem Bereich*“ bzw. primärem Kompetenzfeld des Pflegeberufs verbunden ist. Der Pflegevertreter betont die Notwendigkeit, dass Pflegefachpersonen sich nicht als „*Adlatus (...) von anderen Professionen*“ verstehen und sich z.B. durch den Ausbau von ANP/ APN als eigenständigem pflegerischen Tätigkeitsfeld aus der Abhängigkeit gegenüber der Medizin wegbewegen.

„Aber ich finde, die große Herausforderung ist, dass wir die Pflege als Profession jetzt insgesamt anders aufstellen und da müssen wir auch anders im Feld unterwegs sein. [...] Das läuft nur darüber, dass wir in unserem genuine Bereich besser werden. Und nicht von anderen irgendwas übernehmen und dann sozusagen Adlatus sind von anderen Professionen. Das wird nicht hinhalten. Das wird der Pflegeentwicklung nicht zuträglich sein, glaube ich.“ (PV03)

Sehr offen stehen die befragten Pflegevertreter_innen der Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen gegenüber. PV01 betont, dass es nicht darum gehe, Ärzt_innen zu ersetzen. Am Beispiel der Verschreibung von Verbandmaterial zur Versorgung chronischer Wunden verdeutlicht der Interviewte, dass eine Erweiterung der Kompetenzen von Pflegefachpersonen an dieser Stelle dazu führen könnte, dass diese in ihrem Aufgabenfeld zum Wohle der Patient_innen eigenständig tätig werden können. Es sei nicht nachvollziehbar, warum Hausärzt_innen in die Versorgung der Patient_innen einbezogen werden müssen, nur um Rezepte zu unterschreiben, die ihnen von Pflegefachpersonen vorgelegt werden, die für den Bereich Wundversorgung in der Regel besser qualifiziert sind.

„Manchmal entsteht ja der Eindruck durch Substitution sollen quasi Ärzte ersetzt werden. Also darum geht es zumindest mir nicht. Mir geht es eher um bei den vorher beschriebenen Patientengruppen mit diesen Diagnosen, also chronischen Erkrankungen, dass man da Versorgung verbessern kann. Also wir haben da heute schon eine hohe Expertise in der Pflege, die weitgehend auch die Versorgung steuern und übernehmen, aber dann immer an einer kleineren Stelle dann einen Arzt brauchen, der irgendwas unterschreibt. Also sei es jetzt (...) bei der Versorgung chronischer Wunden, wenn ich das Beispiel mal nehme. Dass ich da eben immer noch einen Arzt brauche, der zum einen die anordnet, diese Versorgung und der dann, wenn es auch um die Versorgung mit irgendwelchen rezeptpflichtigen Präparaten geht, dann ein Rezept unterschreiben muss. Ansonsten hat der Hausarzt z.B. überhaupt nichts damit zu tun. Hat wahrscheinlich nicht mal die Expertise, die der pflegerische Wundexperte hat und aber muss trotzdem formal, damit Geld fließen kann, damit abgerechnet werden kann, muss er da unterschreiben.“ (PV01)

Damit wird auch die ursprünglich vom Projekt verfolgte Zielsetzung, ein Bildungsangebot für die Qualifikation zur Heilkundeübertragung nach § 63, Absatz 3c, SGB V angesprochen, die eine genau geregelte Substitution für bestimmte Aufgaben vorsieht, zu denen neben Chroni-

schen Wunden auch die Bereiche Demenz, Diabetes Mellitus und Hypertonie zählen (Feiks & Arnold, 2017).

PV03 hebt die Eigenverantwortlichkeit des Pflegeberufs hervor und plädiert für eine Substitution heilkundlicher Tätigkeiten in Abgrenzung zur Delegation. Er sieht gut ausgebildete und weitergebildete Pflegefachpersonen in der Lage, auch komplexere Handlungsketten eigenverantwortlich und kompetent zu übernehmen.

„Also ich bin gegen Modelle zur Delegation. Ich bin schon für Modelle, wo Pflege auch eigenverantwortlich für Ketten, für Handlungsketten verantwortlich ist und auch für die Behandlungsketten verantwortlich ist. [...] Ich bin eigentlich ein totaler Befürworter von Substitution. (...) Ich bin der Meinung, wenn man was übernimmt, dann sollte man das auch komplett übernehmen. [...] Ich habe so ein Modell im Kopf, für mich gibt es Pool-Kompetenzen und Kernkompetenzen. Kernkompetenzen kann man gar nicht abdelegieren. Also zum Beispiel würde ich jetzt der Pflege auf keinen Fall zumuten, eine medizinische Diagnose vollumfassend zu machen. Genauso wie ich den Ärzten nicht zumute, eine Pflegediagnose zu machen, weil sie die Feldkompetenz nicht haben [...] Das sind (...) Bereiche, die die Ärzte locker auch abtreten können. Und die die Pflege auch relativ locker übernehmen kann. Gerade wenn sie die entsprechende Bildung hat oder Weiterbildung hat“ (PV03)

6.3 Qualifikationsbedarfe

Die interviewten Pflegevertreter_innen äußerten sich auch zur Frage, welches Qualifikationsniveau sie als Voraussetzung für ANP/ APN betrachten. Wie bereits erwähnt, verfügen international viele Pflegefachpersonen, die in diesem Aufgabenfeld tätig sind, über eine Masterqualifikation (Geithner et al., 2016).

PV01 problematisiert insbesondere die „*Bildungssituation in der Pflege*“, die in Deutschland durch einen im internationalen Vergleich sehr geringen Anteil akademisch gebildeter Pflegefachpersonen gekennzeichnet ist. Dennoch sieht der Befragte einen Masterabschluss für ANP/ APN als erforderlich an und weist gleichzeitig auf die Notwendigkeit hin, auch andere Wege zur hochschulischen Qualifikation für Pflegefachpersonen zu öffnen.

„Wir haben halt hier das Problem, das wir uns in der Bildungssituation in der Pflege befinden in der wir sind. Eigentlich bräuchte ANP, davon bin ich überzeugt, bräuchte eine Masterqualifikation.“ (PV01)

„Also nicht nur, weil jetzt ein Zertifikat oder ein Diplom oder eine Urkunde von einer Hochschule ausgestellt ist, ist das ja sozusagen der einzige Weg dahin. Man muss einfach schauen, wie qualifiziert sind die Leute und ist das, was sich jemand sich erworben hat auch außerhalb von Hochschulen plus der Berufserfahrung, die Leute mitbringen. Ist das in etwa ein Äquivalent zu dem, was man verlangen würde.“ (PV01)

PV04 schildert ausführlich, warum besonders komplexe, umfangreiche und unbekanntere Versorgungssituationen aus ihrer Sicht eine Masterqualifikation erfordern, um selbständige Ent-

scheidungen treffen zu können. Sie beschreibt verschiedene Abstufungen im Grad der Komplexität dieser Situationen, denen sie jeweils ein unterschiedliches Kompetenzniveau zuordnet. In einzelnen Bereichen (Demenz, Wunde) führe die berufliche Ausbildung in Verbindung mit Berufserfahrung und Weiterbildung zu einem Kompetenzniveau, das ein selbständiges Arbeiten in einem eingeschränkten, auf Personen mit bestimmten Gesundheitsproblemen bezogenen Bereich ermöglicht.

„Durch eine (...) Ausbildung kriege ich ja gewisse Kompetenzen, aber die sind auf einem unterschiedlichen Level und je höher ich in diesem Level bin, desto komplexere und umfangreichere und unsicherere Situationen kann ich bewältigen. Auch selbstständig. Und das würde heißen, also mit Master halt wesentlich weitreichender und komplexer, mit Bachelor oder Fachweiterbildung, was ich (...) auf dem Niveau darunter anrechnen würde, können auch gewisse selbstständige Entscheidungen getroffen werden, aber in noch nicht so einem ganz komplexen Umfeld. (...) Und wenn ich jetzt da vielleicht eine dreijährige Ausbildung plus Erfahrung, plus noch irgendeine Zusatzqualifikation, es gibt ja mittlerweile auch unterschiedliche, ja, Demenzexperten, Wundexperten oder so was und da denke ich mal, ist in diesem gewissen kleinen Bereich auch eine Selbstständigkeit möglich, aber halt nicht dann so allround kompakt. Das steigert sich (...) auch mit dem höheren Niveau.“ (PV04)

Zusammenfassung

Die interviewten Pflegevertreter_innen beschreiben verschiedene Herausforderungen der aktuellen Versorgungslage im gemeindenahen Bereich. Bedeutsam sei die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung von in strukturschwachen Regionen lebenden pflegebedürftigen Menschen und eine kompetente Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen. In diesem Kontext sehen die Befragten im Case-Management eine bedeutende Aufgabe für eine erweiterte Pflege im Sinne von ANP / APN.

Die Interviewpartner_innen stehen einer Substitution ärztlicher Tätigkeiten sehr offen gegenüber, was insbesondere am Beispiel der Versorgung chronischer Wunden exemplarisch verdeutlicht wird. Wenn entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen hier erweiterte Kompetenzen übertragen bekommen würden und z.B. das benötigte Verbandmaterial selbst verordnen dürften, würde dies sowohl der Patientenversorgung dienen, als auch Arbeitsabläufe wesentlich vereinfachen.

Für ANP/ APN wird ein Masterabschluss vorausgesetzt. Eine Pflegevertreterin formuliert verschiedene Kompetenzlevel im Bereich einer erweiterten Pflegepraxis, die durch unterschiedliche Qualifikationsniveaus erreicht werden. Daneben werden auch Wünsche nach einer Anerkennung von beruflicher Bildung und Berufserfahrung für den Erwerb wissenschaftlicher Qualifikationen geäußert.

7 Ergebnisse der Expert_inneninterviews mit Hochschullehrenden

Insbesondere in den USA und in Kanada sowie in anderen europäischen Ländern ist eine erweiterte Pflegepraxis im Sinne von ANP/ APN auch in der gemeindenahen Gesundheitsversorgung weit verbreitet (Geithner et al., 2016; Schaeffer, Hämel & Ewers, 2014). Entsprechend wissenschaftlich weitergebildete Pflegefachpersonen könnten daher einen wichtigen Beitrag für die Lösung von Versorgungsengpässen, die durch den demografischen Wandel entstehen, leisten. Solche Herausforderungen werden auch in den in diesem Bericht bereits präsentierten Ergebnissen der Expert_inneninterviews mit pflegenden Angehörigen, Hausärzt_innen und Pflegevertreter_innen deutlich.

Das vom Projekt *E^B – Pflege und Gesundheit* entwickelte Bildungsangebot fokussiert auf im ambulanten Bereich erfahrene Pflegefachpersonen ohne einen ersten akademischen Abschluss. Zugleich wird im internationalen Bereich für ANP/ APN jedoch zumindest ein Master-Abschluss gefordert, der in der Regel einen Bachelor-Abschluss voraussetzt. Einerseits könnte ANP/ APN also eine Antwort auf die bestehenden Versorgungsprobleme darstellen, andererseits ist der dafür erforderliche Abschluss aber für die im Projekt fokussierte Zielgruppe nicht unproblematisch zu erwerben.

Die im Zuge der qualitativen Bedarfserhebung durchgeführten Expert_inneninterviews mit insgesamt vier Hochschullehrenden in pflegewissenschaftlichen Studiengängen hatten unter anderem zum Ziel, Antworten auf den Widerspruch zu finden. Ein Erkenntnisinteresse bestand daher nicht nur in Bezug auf Versorgungsproblematik, sondern auch in Bezug auf die Bildungsanforderungen an eine erweiterte Pflegepraxis im Sinne von ANP/ APN.

Folgende Forschungsfragen sollten durch die Expert_inneninterviews mit Hochschullehrenden beantwortet werden:

- Welchen Beitrag können Pflegefachpersonen mit hochschulischer Bildung in der Gesundheitsversorgung der ländlichen Bevölkerung leisten?
- Welche Handlungsfelder könnten Pflegefachpersonen mit hochschulischer Bildung in der häuslichen Versorgung übernehmen?
- Welche Vorstellungen äußern Hochschullehrende in Bezug auf die Organisation eines Bildungsangebotes zu ANP/ APN bzw. das anzustrebende Qualifikationsniveau?

7.1 Beschreibung der Interviewpartner_innen

Die Expert_inneninterviews wurden von Juli 2016 bis November 2016 mit vier weiblichen Hochschullehrenden geführt, die in pflegebezogenen Studiengängen unterrichten und sich für ein Interview zu den oben genannten Fragestellungen bereit erklärt hatten. Drei Personen waren in Rheinland-Pfalz und eine in einem benachbarten Bundesland tätig. Zwei Interviews wurden telefonisch durchgeführt und zwei am Arbeitsplatz der Befragten.

Alle Interviewpartner_innen verfügen über eine Ausbildung in einem Pflegeberuf und blicken auf eine mehrjährige, bis zu mehr als 20-jährige praktische Berufserfahrung zurück. Neben ihrer akademischen Qualifikation und ihrer Promotion verfügen zwei Hochschullehrende über eine Weiterbildung als Lehrerin für Pflegeberufe und zwei Hochschullehrende haben sich in anderen Bereichen weitergebildet⁷. Die Interviewten sind alle seit mehreren Jahren im Hochschulbereich tätig und können als Expertinnen betrachtet werden, die sowohl über Betriebswissen als auch über Kontextwissen zu Fragen der Gesundheitsversorgung, zur Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten, zur Hochschulpolitik, zur Akademisierung der Pflege und zu ANP/ APN verfügen.

7.2 Herausforderungen in der Versorgung und Tätigkeitsfelder für ANP/ APN

Die Hochschullehrende HS03 schildert Herausforderung in der gemeindenahen Gesundheitsversorgung, die insbesondere alleinlebende ältere Menschen betreffen, die durch verschiedene gesundheitliche Probleme unter Umständen erhebliche Einschränkungen in ihrer Lebensqualität erleiden können. Hier seien individuell angepasste Hilfeleistungen erforderlich, deren Erfassung und Organisation ihrer Auffassung nach zum Aufgabenfeld einer erweiterten Pflegepraxis gehören sollten.

„Denn ein Problem haben wir, wenn Menschen alt werden und hilfebedürftig und es gibt keinen, der nach ihnen schaut, (...) kleine Hilfsdienste macht. Vielleicht auch erkennt, dass jemand nicht mehr einkaufen gehen kann, weil er eine (...), Arthrose hat oder andere Schmerzen oder weil meinetwegen eine Kontoumstellung war. Zurzeit werden ja die Konten umgestellt und zum Beispiel Online-Abwicklung sehr stark hervorgehoben. Sowas verstehen Ältere oft nicht mal und dann verpassen sie unter Umständen Entscheidungsfristen. Da brauchen sie sowas wie eine Übersetzung. Das kann man im weitesten Sinne als Pflege bezeichnen [...] Denn Pflege ist ja immer dann zuständig, wenn es um Wohlbefinden geht und Lebensqualität, die gesundheitsrelevant ist.“ (HS03)

Darüber hinaus sieht diese Hochschullehrende Herausforderungen in Bezug auf die eingeschränkte Mobilität älterer Menschen in sogenannten strukturschwachen Gebieten.

⁷ Aufgrund der Gewährleistung der Anonymität wird an dieser Stelle auf nähere Angaben zu den einzelnen Personen verzichtet.

„Strukturschwach bedeutet ja, dass der öffentliche Nahverkehr auch schwach ausgebaut ist, bedeutet, dass man sehr gut organisieren muss, dass man auch kognitiv in der Lage ist und logistisch in der Lage ist, sich zum Beispiel Informationen zu beschaffen“ (HS03)

Hochschullehrende sehen, ähnlich wie die interviewten Pflegevertreter_innen, im Case-Management ein Tätigkeitsfeld für eine erweiterte Pflegepraxis. Die Hochschullehrende HS04 sieht hier die von Multimorbidität betroffenen älteren Menschen im Mittelpunkt. Sie betrachtet insbesondere die Schnittstellen zwischen hausärztlicher Versorgung und der häuslichen Lebenssituation dieser Menschen als Aufgabenfeld für ANP/ APN.

„Nun, ich sehe, dass insbesondere die ältere Bevölkerung häufiger mit mehreren Erkrankungen, häufig mit häufigen Hausarztbesuchen, dass diese Klientel einer, sagen wir mal, Begleitung bedarf, die vor allen Dingen darin bestehen muss, diesen SCHNITTSTELLENBEREICH zwischen der medizinischen Versorgung und der Integration der Krankheitsfolgen und der, vielleicht auch, Therapien oder Therapiefolgen in den Alltag HINEIN zu leiten. Und ich glaube, an der Stelle sind Pflegefachkräfte sehr gut geeignet, die einerseits DANN, so ist meine Vorstellung durchaus auch, Therapieanpassungen vornehmen können, verbunden mit dem Blick auf die Bewältigung im Alltagskontext.“ (HS04)

Eine gute Zusammenarbeit zwischen Hausarzt_innen und kompetenten Pflegefachpersonen ist aus Sicht von HS03 im Sinne von Case- und Care-Management ein wesentlicher Aspekt einer erweiterten Pflegepraxis im Sinne von ANP/ APN. Ihrer Ansicht nach könnte dies nicht nur die Lebensqualität der betroffenen älteren Menschen positiv beeinflussen, sondern hätte auch gesundheitsökonomische Vorteile.

„Ich denke, dass die interdisziplinäre und interinstitutionelle Kooperation ganz wichtig ist. Also Konzepte wie Case Management und Care Management und integrierte Versorgung. Die Zusammenarbeit mit Hausärzten ist sehr wichtig, auch die Zusammenarbeit mit der Allgemeinmedizin. Ich denke, dass die Allgemeinmedizin sehr viele Überschneidungsfelder hat mit der Pflege und es geht darum, dass man den persönlichen, den spezifischen Bedarf gut kennzeichnen kann, dass man den identifizieren und kennzeichnen und dann verfolgen kann. Und das wäre zugleich eine Erhöhung der Lebensqualität für Menschen, die zu Hause leben und pflegebedürftig sind. Und auf der anderen Seite auch kostenbegrenzend oder sogar kostensparend. Man würde dann vielleicht auch unnötige Krankenhauseinweisungen vermeiden.“ (HS03)

Auch die Hochschullehrenden äußerten sich aufgeschlossen gegenüber Fragen der Substitution ärztlicher Leistungen. Aus Sicht von HS02 sollte eine eigenständige Übernahme von heilkundlichen Tätigkeiten grundsätzlich auf der Basis von fundierten klinischen Kompetenzen im Bereich einer pflegerischen Diagnostik erfolgen und in die Systematik des Pflegeprozesses integriert sein.

„Also, wenn wir davon reden, dass tatsächlich Pflegenden eine pflegerische Diagnostik betreiben, dann bedeutet das ja auch, dass sie aufgrund ihrer Diagnostik eigenständige Intervention ableiten. Also, wenn man tatsächlich Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten ernst nimmt, oder eben auch pflegerische Intervention tatsächlich ernst nimmt, bedeutet das, dass man Intervention ableitet aufgrund der eigenständigen Diagnostik. Das bedeutet auch, dass man diese Intervention anwendet, also dem Regelkreis der Pflegeplanung folgend. Dass man den Prozess der pflegerischen Intervention und der ganzen pflegerischen Versorgung steuert. Das heißt, dass man nicht nur partiell bestimmte Aufgaben



übernimmt, weil sie eben in der Delegation übertragen werden, dass man nicht nur Einzelbereiche im Blick hat, sondern dass man den Gesamtprozess im Blick hat, von der Diagnostik bis zur Evaluation.“ (HS02)

Die Versorgung chronischer Wunden und von Diabetiker_innen werden von HS01 als besonders relevante Tätigkeitsfelder für eine Substitution ärztlicher Leistungen durch wissenschaftlich gebildete Pflegefachpersonen gesehen. Außerdem gehören ihr zufolge auch Anleitung, Beratung und Schulung zu deren Aufgaben.

"Ich würde mal sagen, es ist eine erweiterte Behandlungspflege, die wir da im Fokus haben. Was landläufig auch als ärztliche Tätigkeiten beschrieben oder kommuniziert wird. Dass da eigenverantwortlich Tätigkeiten übernommen werden von diesen akademisierten Pflegepersonen. Dass sie vielleicht auch (...) eine Expertise haben zur Versorgung von chronischen Patienten, also zum Beispiel auch von Diabetikern. Dort die Anleitung, die Beratung, die Schulung zu machen. Aber auch ganz konkret im Handlungsfeld, dass sie eine Expertise haben als Wundmanager. Dass sie zum Beispiel das besetzen, was die ganze Zeit auch in der Klinik immer so kleine Weiterbildungen waren." (HS01)

Als weitere eigenständige erweiterte Tätigkeitsfelder werden von Hochschullehrenden unter anderem die Verordnung von Pflegehilfsmitteln und von Inkontinenzhilfsmitteln genannt (HS02, HS03).

7.3 Qualifikationsbedarfe

Alle befragten Hochschullehrenden fordern von Pflegefachpersonen als Qualifikation für die Übernahme eines Tätigkeitsfeldes für ANP/ APN nach internationalen Vorbildern den Abschluss eines Master-Studiums.

HS04 zufolge ist ein Master-Abschluss unabdingbar für die Art des selbstständigen Arbeitens, das ein erweitertes pflegerisches Tätigkeitsfeld im Rahmen von ANP/ APN insbesondere im ambulanten Bereich erfordert.

"Also, diese Aufgabenfelder, die ich hier GERADE im Blick habe, wo es wirklich um einen hohen Grad an Selbständigkeit geht, um die Übernahme von Verantwortung für also zum Teil ja doch weitreichende Entscheidungen, da denke ich auf jeden Fall an ein Master-Niveau." (HS04)

Auch HS02 hält einen Masterabschluss für ANP /APN grundsätzlich für erforderlich und sie verdeutlicht die Notwendigkeit von wissenschaftlicher Bildung für die Qualifikation von Advanced Practice Nurses.

„[Ich sehe] den Aufgabenbereich dieser ANPs darin, dass sie mit den Grundzügen wissenschaftlichen Arbeitens vertraut sind. Und das geht über das hinaus, was derzeit in den schulischen Bereichen vermittelt wird. Und wenn man sich klassische Weiterbildungen anschaut, dann sind die häufig auch darauf ausgerichtet, Wissen zu vermitteln, aber nicht, sich nach wissenschaftlichen Kriterien dieses Wissen zu beschaffen, zu bewerten und zu nutzen. Wenn wir tatsächlich eine eigenständige Pflege von der Diagnostik bis zur Evaluation aller Maßnahmen wollen, brauchen wir die Fähigkeit von Pflegenden, nach wissenschaftlichen Kriterien sich diesem Prozess zu widmen." (HS02)



Mit Blick auf die aktuelle Situation in Bezug auf die Akademisierung der Pflege in Deutschland im Allgemeinen und in der ambulanten Pflege im Besonderen ist HS02 zufolge eine Qualifikation auf Master-Niveau für eine erweiterte Pflege jedoch nicht realistisch. Zertifikatsangebote zur Qualifikation für erweiterte berufliche Rollen seien eine mögliche Übergangslösung, die aber auf eine Übergangsphase begrenzt sein müsste, bis in Zukunft genügend Pflegefachpersonen mit einer ausreichenden akademischen Qualifikation für ANP/ APN verfügbar sind.

„Ich persönlich halte solche Angebote für eine Übergangslösung, die wir brauchen in Übergangszeiten, in Transitionszeiten, wo es tatsächlich Umbrüche auch gibt (...) sowohl in der schulischen, als auch in der akademischen Ausbildung.“ (HS02)

„Und ich halte nichts davon, dauerhaft solche Interimslösungen zu manifestieren, sondern ich glaube, der Weg KANN nur sein, (...) tatsächlich in die Regelausbildungen und eben schulische oder akademische Ausbildung einzusteigen. Ich sehe aus pragmatischen Gründen, dass wir für die jetzigen Kolleginnen und Kollegen Übergangslösungen brauchen, aber es sind halt Übergangslösungen.“ (HS02)

Zusammenfassung

Die befragten Hochschullehrenden beschreiben Herausforderungen in der gemeindenahen Gesundheitsversorgung unter anderem in Bezug auf die Gewährleistung der Lebensqualität von allein lebenden älteren Menschen, die von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind.

Tätigkeitsfelder für eine erweiterte Pflegepraxis im Sinne von ANP/ APN sehen Hochschullehrende vor allem im Case-Management, im Rahmen einer strukturierten Kooperation zwischen hausärztlicher und pflegerischer ambulanter Versorgung, in der Substitution heilkundlicher Tätigkeiten sowie in Aufgaben der Beratung und Schulung.

Die Interviewten fordern für ANP/ APN grundsätzlich einen Masterabschluss sowie Kompetenzen im wissenschaftlichen Arbeiten auf hohem Niveau.

Zertifikatsangebote als Übergangslösung werden in der aktuellen Situation, in der nur wenige Pflegefachpersonen über eine akademische Bildung verfügen, als akzeptabel angesehen, sollten aber nicht auf Dauer manifestiert werden.

8 Schlussbetrachtungen

8.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Folgenden werden zunächst die in diesem Bericht präsentierten Ergebnisse der Expert_inneninterviews mit pflegenden Angehörigen, Hausärzt_innen, Pflegevertreter_innen und Hochschullehrenden in Bezug auf die verschiedenen für das Erkenntnisinteresse zentralen Themenbereiche zusammengeführt.

8.1.1 Herausforderungen und Bedarfe in Bezug auf die gemeindenahe Gesundheitsversorgung

Aus Perspektive der pflegenden Angehörigen wird zunächst deutlich, dass eine Gewährleistung und Aufrechterhaltung einer häuslichen Versorgung innerhalb der Familie ein stabiles familiäres und soziales Netz sowie finanzielle Spielräume voraussetzt. Pflegende Angehörige übernehmen eine Reihe hauswirtschaftlicher und pflegerischer Aufgaben und sind hierdurch zum Teil einer hohen Belastung ausgesetzt.

Die Expert_inneninterviews geben außerdem einen Einblick in die besonderen Herausforderungen, die pflegende Angehörige im Rahmen der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz bewältigen müssen. Darüber hinaus werden Probleme in Bezug auf die ärztliche Versorgung im gemeindenahen Bereich beschrieben, insbesondere die schlechte Erreichbarkeit von Ärzt_innen und seltener werdende Hausbesuche.

Auch die interviewten Hausärzt_innen problematisieren, dass sie und ihre Berufskolleg_innen immer weniger Hausbesuche durchführen. Sie sehen die sich verschlechternde Versorgungslage als eine große Herausforderung im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit.

Die befragten Pflegevertreter_innen und Hochschullehrenden äußern ebenfalls Sorge in Bezug auf die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in strukturschwachen Regionen. Hochschullehrende sehen dort eine besondere Herausforderung in der Gewährleistung einer guten Lebensqualität von alleinlebenden älteren Menschen, die von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind.

8.1.2 Tätigkeitsfelder erweiterter Pflegepraxis

Aus der Perspektive der Angehörigen sind erweiterte Rollen für Pflegefachpersonen ohne weiteres vorstellbar. Konkret wird ein besonderer Bedarf für einer frühen und umfassenden Information über das Krankheitsbild Demenz sowie für eine fortlaufende Begleitung und eine Beratung zu rechtlichen Fragen geäußert. Beratung und Schulung wird auch von Seiten der Hochschullehrenden als wichtiger Aspekt einer erweiterten Pflegepraxis genannt.

In den Interviews mit Pflegevertreter_innen und mit Hochschullehrenden wird Case-Management im ambulanten Bereich als eine bedeutende Aufgabe von Pflegefachpersonen mit Master-Abschluss im Rahmen von ANP/ APN geschildert. Advanced Practice Nurses sollten als eigenständige Akteure mit Hausärzt_innen in der gemeindenahen Gesundheitsversorgung strukturiert und konstruktiv zusammenarbeiten.

Die befragten Hausärzt_innen schildern wiederum Herausforderungen in der aktuellen Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen in ambulanten Pflegediensten, die sie auch auf unzureichend gestaltete Schnittstellen zurückführen.

8.1.3 Haltungen zur Substitution ärztlicher Tätigkeiten

Die befragten pflegenden Angehörigen können sich erweiterte Tätigkeitsfelder und auch eine Übernahme bislang Ärzt_innen vorbehaltenen Aufgaben durch entsprechend ausgebildete Pflegefachpersonen gut vorstellen.

Die interviewten Hausärzt_innen nehmen individuell unterschiedliche Haltungen gegenüber einer Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen ein, die von einer relativen Aufgeschlossenheit bis hin zu einer deutlichen Ablehnung variieren. Als Tätigkeiten, die wissenschaftlich gebildete Pflegefachpersonen ausüben könnten, können sie sich u.a. die Wundversorgung oder die Mitwirkung im Rahmen von DMPs prinzipiell vorstellen.

Sowohl die befragten Pflegevertreter_innen als auch die Hochschullehrenden stehen einer eigenständigen Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten durch wissenschaftlich gebildete Pflegefachpersonen im Sinne einer Substitution sehr offen gegenüber. Am Beispiel der Versorgung chronischer Wunden wird verdeutlicht, dass es sowohl der Qualität der Patientenversorgung zuträglich wäre, als auch Arbeitsabläufe wesentlich vereinfachen würde, wenn entsprechend kompetente Pflegefachpersonen das von ihnen benötigte Verbandmaterial selbst verordnen dürften.

8.1.4 Qualifikation für erweiterte Pflegepraxis

Die Expert_inneninterviews mit Hausärzt_innen zeigen unter anderem, dass diese sich nur schwer vorstellen können, über welche Kompetenzen wissenschaftlich weitergebildete Pflegefachpersonen verfügen. Die interviewten Hausärzt_innen schildern Beispiele, in denen sie Pflegefachpersonen die Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten zutrauen. Diese Beispiele sind abhängig von ganz konkreten Erfahrungen, welche die Ärzt_innen im Rahmen ihrer Berufslaufbahn gesammelt hatten. Auf diese Weise können sich Ärzt_innen ein Bild vom Wissen und Können von kompetenten Pflegefachpersonen machen, das ihnen wiederum für eine Zusammenarbeit mit als Advanced Practice Nurses qualifizierten Pflegefachpersonen fehlt.

Dass Pflegefachpersonen für die Ausübung einer ANP/ APN über einen Masterabschluss verfügen sollten, wird sowohl von den interviewten Pflegevertreter_innen als auch von den befragten Hochschullehrenden vorausgesetzt. Zertifikatsangebote als Übergangslösung seien in der aktuellen Situation, in der es nur sehr wenige akademisch gebildete Pflegefachpersonen gibt, akzeptabel. Allerdings müsse beachtet werden, dass ein Abweichen von den auch international üblichen Standards in Bezug auf Qualifikationen in diesem Kontext sich nicht auf Dauer manifestiert.

8.2 Relevanz der Ergebnisse für die Angebotsentwicklung

Die in diesem Bericht vorgelegten Ergebnisse sollten vor allem auch in der Zusammenschau mit den Resultaten der quantitativen Bedarfserhebungen unter Hausärzt_innen und der weiteren Expert_inneninterviews mit Pflegefachpersonen, Pflegedienstleitungen und Geschäftsführungen ambulanter Pflegedienste betrachtet werden (Scheipers & Arnold, 2017). Erste Auswertungen der vorliegenden Expert_inneninterviews wurden zu einem früheren Zeitpunkt im Verlauf der ersten Projektphase bereits für die Entwicklung der Bildungsangebote berücksichtigt.

Die hier präsentierten Ergebnisse mit Bezug zur Substitution ärztlicher Tätigkeiten im Rahmen einer Heilkundeübertragung konnten nur indirekt für die Angebotsentwicklung genutzt werden, weil die ursprünglich verfolgte Absicht, ein Bildungsangebot für eine Qualifikation von Pflegefachpersonen nach § 63, Absatz 3c SGB V zu entwickeln, sich als nicht realisierbar erwies. Dennoch leisten die in diesem Bericht präsentierten Aussagen zur Frage der Substitution einen Beitrag zu den gesundheits- und berufspolitischen Diskursen zu diesem Thema.



Direkt für die Konstruktion von Qualifikationsszenarien für das Bildungsangebot genutzt wurden hingegen die Aussagen der Pflegevertreter_innen und der Hochschullehrenden zur Qualifikation für eine erweiterte Pflegepraxis im Sinne von ANP/ APN. Mit Blick auf die im Projekt *E^B – Pflege und Gesundheit* fokussierte Zielgruppe von in der ambulanten Pflege berufserfahrenen Pflegefachpersonen erwies sich die Entwicklung eines Masterstudiengangs als nicht geeignet. Daher entschied sich das Projektteam bewusst für eine „Übergangslösung“ und entwickelte wissenschaftliche Zertifikatskurse für eine Qualifikation für erweiterte berufliche Rollen in der gemeindenahen Gesundheitsversorgung als ersten Schritt hin zu ANP/ APN.

Die vom Projekt *E^B – Pflege und Gesundheit* entwickelten Zertifikatskurse sind gezielt auf die Bedürfnisse von berufserfahrenen Pflegefachpersonen ausgerichtet und ermöglichen dieser Zielgruppe einen niedrighwelligen Zugang zu wissenschaftlicher Bildung. Die Zertifikatskurse qualifizieren Pflegefachpersonen mit mehrjähriger Berufserfahrung auch ohne ersten akademischen Abschluss für erweiterte berufliche Rollen in der gemeindenahen Gesundheitsversorgung. Eine vollwertige wissenschaftliche Weiterbildung für ANP/ APN in Form eines Masterstudiengangs wurde aus den bereits dargelegten Gründen bewusst nicht weiter verfolgt. Gleichwohl sind die entwickelten Zertifikate für die Teilnehmenden prinzipiell für ein zukünftiges Masterstudium anrechenbar.

8.3 Vergleich mit Ergebnissen weiterer Bedarfsanalysen

8.3.1 Vergleich mit der quantitativen Befragung von Hausärzt_innen

Die Ergebnisse der Expert_inneninterviews mit Hausärzt_innen sprechen teilweise Aspekte an, die auch in der quantitativen Befragung dieser Berufsgruppe in der Region Westpfalz (Helbig, Poppe, Gold, Steuerwald & Arnold, 2018a) untersucht wurden. Dazu zählt die Frage, ob sich die Hausärzt_innen eine Übernahme von bestimmten Tätigkeiten durch hochschulisch weitergebildete Pflegefachpersonen vorstellen können. In Ergänzung zu den quantitativen Daten konnten auf der Grundlage der vorliegenden Expert_inneninterviews die individuellen Haltungen von Hausärzt_innen in Bezug auf eine mögliche Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch wissenschaftlich gebildete Pflegefachpersonen exemplarisch herausgearbeitet werden.

Für die in den Expert_inneninterviews genannten Aufgaben im Bereich der Wundversorgung oder der Sterbebegleitung bzw. der Betreuung von Sterbenden konnten in der quantitativen Befragung von Hausärzt_innen ebenfalls eine relativ hohe Akzeptanz festgestellt werden (Helbig et al., 2018a, S. 21).

In den im vorliegenden Bericht präsentierten Interviews mit Hausärzt_innen verdeutlichen recht unterschiedlich ausgeprägte Haltungen zur Substitution ärztlicher Tätigkeiten. Die Ergebnisse der quantitativen Erhebung zeigen ebenfalls Unterschiede in der Akzeptanz von Hausärzt_innen für die eigenständige Übernahme bestimmter Aufgabenbereiche durch hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen. Diesbezüglich am kritischsten bewertet wurde die Verschreibung von Medikamenten: 71 von 97 Befragten können sich gar nicht oder eher nicht vorstellen, dass hochschulisch weitergebildete Pflegefachpersonen Medikamente verschreiben. Gleichzeitig aber würden 21 Hausärzt_innen wiederum die Substitution dieser relativ verantwortungsvollen ärztlichen Tätigkeit zumindest teilweise akzeptieren (Helbig et al., 2018a, S. 68).

8.3.2 Vergleich mit den Expert_inneninterviews mit Pflegefachpersonen, Pflegedienstleitungen und Geschäftsführungen ambulanter Pflegedienste

Die hier präsentierten Expert_inneninterviews mit pflegenden Angehörigen sprechen Fragestellungen an, zu denen teilweise bereits Ergebnisse aus der qualitativen Befragung von Pflegefachpersonen, Pflegedienstleitungen und Geschäftsführungen ambulanter Pflegedienste vorliegen (Scheipers & Arnold, 2017). Insbesondere die dort sehr ausführlich dargestellten Herausforderungen in der Pflege von Menschen mit Demenz können die Aussagen der pflegenden Angehörigen weitergehend validieren.

Auch die in den Expert_inneninterviews mit Pflegevertreter_innen und Hochschullehrenden geäußerten Herausforderungen und Versorgungsbedarfe wurden in ähnlicher Weise in dem vorhergehenden Bericht von Scheipers und Arnold (2017) angesprochen. Dies betrifft neben der besonderen Bedeutung von Demenz als Beispiel für eine komplexe Pflegesituation auch die Notwendigkeit der Gestaltung von Schnittstellen in Bezug auf die Zusammenarbeit zwischen Hausärzt_innen und Pflegefachpersonen

8.4 Limitationen

Die im Rahmen der qualitativen Datenanalyse entwickelten Kategorien, insbesondere zu den Expert_inneninterviews mit pflegenden Angehörigen und Hausärzt_innen, weisen vor allem aufgrund einer relativ kleinen Fallzahl einen nur geringen Grad an Datensättigung auf. Die präsentierten Ergebnisse sollten daher für sich alleine genommen nicht vorschnell verallgemeinert werden und wurden zur besseren Einschätzung ihrer Aussagekraft mit anderen Ergebnissen der im Rahmen des Projekts *E^B- Pflege und Gesundheit* durchgeführten Bedarfserhebungen systematisch verglichen (siehe Kapitel 8.3).

Weiterhin ist einschränkend zu beachten, dass die interviewten Hausärzt_innen sich allein durch die Tatsache, dass sie sich für ein Expert_inneninterview mit Pflegewissenschaftler_innen zu einem in der ärztlichen Standespolitik kontrovers diskutierten Thema, wie der Heilkundeübertragung, Zeit genommen haben, eine relative Aufgeschlossenheit dieser Problematik gegenüber erkennen lassen. Dennoch wurde in Kapitel 8.3.1 bereits gezeigt, dass auch die Daten der quantitativen Bedarfsanalyse erkennen lassen, dass die Hausärzt_innen in der Westpfalz in Bezug auf die Substitution ärztlicher Tätigkeiten ähnliche Haltungen einnehmen (Helbig et al., 2018a).

In der Stichprobe der pflegenden Angehörigen, die als Expert_innen interviewt wurden, verfügen alle Befragten über persönliche Erfahrung in der Pflege von Angehörigen im Sinne von Betriebswissen (Meuser und Nagel 2009). Insgesamt vier Personen können darüber hinaus auf Wissen zurückgreifen, dass sie aus ihrer ehrenamtlichen und / oder beruflichen Arbeit mit pflegenden Angehörigen beziehen. Aus diesen Bezügen haben sie ebenfalls Einblicke in die Situation anderer pflegender Angehöriger oder auch in theoretische Hintergründe zu dem Themenbereich ambulante Gesundheitsversorgung in die Interviews als Kontextwissen (Meuser und Nagel 2009) einbringen können.

Die Experteninterviews mit Pflegevertreter_innen und Hochschullehrenden in pflegebezogenen Studiengängen geben trotz der geringen Fallzahl Aufschluss auf ausgewählte, in den jeweiligen berufspolitischen und bildungspolitischen Diskursen vertretene, Positionen mit Bezug zur Relevanz von erweiterter Pflege bzw. ANP/ APN mit Fokus auf die gemeindenahe Gesundheitsversorgung. Die Aussagen in den Expert_inneninterviews stellen gehaltvolle Ergänzungen zu den Fachpublikationen zu dieser Thematik dar, wie sie auch im Rahmen der Literaturanalyse zu ANP erarbeitet wurden (Geithner et al., 2016) und haben insbesondere Informationen mit Blick auf die Entscheidung für das ausgewählte Format des Bildungsangebotes geliefert.

Entsprechend der Zielsetzung der Studie stehen die Ergebnisse der Interviews mit den pflegenden Angehörigen und den Hausärzt_innen im Kontext der stark vom demografischen Wandel betroffenen Region Westpfalz. Eine Übertragung auf andere ländliche Regionen ist kritisch zu prüfen. Außerdem sind die für das Land Rheinland-Pfalz spezifischen rechtlichen und ökonomischen Strukturen im Bereich der gemeindenahen Gesundheitsversorgung zu beachten.

8.5 Ausblick

Die in diesem Bericht präsentierten Ergebnisse ergänzen die bereits vorliegenden Resultate des Projekts *E^B – Pflege und Gesundheit*. Diese umfassen eine Analyse des Ist-Standes und eine Literaturrecherche zu ANP/ APN (Geithner et al., 2016) sowie weitere qualitative (Scheipers & Arnold, 2017) und quantitative (Helbig, Steuerwald & Arnold, 2017; Helbig et al., 2018a, 2018b) Bedarfserhebungen. Auf dieser gemeinsamen Grundlage wurden wissenschaftliche Weiterbildungsangebote entwickelt (Feiks & Arnold, 2017; Feiks, 2017), die Pflegefachpersonen für erweiterte berufliche Rollen in der gemeindenahen Gesundheitsversorgung qualifizieren. Es handelt sich um vier weiterbildende wissenschaftliche Zertifikatskurse zu den Themen:

- *Ethik und Recht in gemeindenaher Gesundheitsversorgung* (Gold, Arnold & Dallmann, 2018),
- *Versorgungsstrategien und psychosoziale Unterstützung für ein Leben mit Demenz zu Hause* (Gold, Helbig, Römer & Arnold, 2018),
- *Interprofessionelle Kommunikation in gemeindenaher Gesundheitsversorgung* (Römer, Arnold & Simsa, 2018),
- *Beraten, informieren und schulen in der Pflege* (Römer, Löser-Priester, Gold, Dürrschmidt & Arnold, 2018).

Gemeinsame Merkmale der Zertifikatskurse sind eine hohe Flexibilität für Teilnehmende, ein ausgewogenes Verhältnis von Lehre an der Hochschule, Online-Angeboten und Selbstlernzeit, ein begleitetes Praxisprojekt sowie die Unterstützung durch Tutor_innen. Der Gesamtumfang beträgt für jeden Zertifikatskurs jeweils 450 Stunden und entspricht 15 Kreditpunkten (ECTS).

Für die zweite Förderphase des Projekts *E^B – Pflege und Gesundheit* von Februar 2018 bis Juli 2020 sind unter anderem die konkrete Ausgestaltung sowie Erprobung, Evaluation und Weiterentwicklung der Zertifikatskurse geplant.

Literaturverzeichnis

- Bäcker, G. & Heinze, R. G. (Hrsg.). (2013). *Soziale Gerontologie in gesellschaftlicher Verantwortung. Festschrift für Gerhard Naegele*. Wiesbaden: Springer VS.
- BMFSFJ. (2017). *Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften*. und Stellungnahme der Bundesregierung (2. Aufl.). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Dahme, H.-J. & Wohlfahrt, N. (2011). *Handbuch Kommunale Sozialpolitik*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92874-6>
- Deutscher Bundestag. (2016). *24-Stunden-Pflege in Privathaushalten durch Pflegekräfte aus Mittel- und Osteuropa. Rechtslage in ausgewählten EU-Mitgliedsstaaten* (Wissenschaftliche Dienste: Deutscher Bundestag, Az.: WD 6 - 3000 - 078/16, Hrsg.).
- Feiks, A. (2017). *Ist-Standerhebung zum Aus- und Weiterbildungsangebot und zum Fachkräftebedarf im Bereich Pflege und Gesundheit*. Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt E hoch B – Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung (11) (Schmidt, H.-J., Rohs, M. & Arnold, D., Hrsg.). Ludwigshafen am Rhein: Hochschule Ludwigshafen am Rhein. Verfügbar unter www.e-hoch-b.de/publikationen
- Feiks, A. & Arnold, D. (2017). *Grundlagen der Angebotsentwicklung. Teilprojekt Pflege und Gesundheit der Hochschule Ludwigshafen am Rhein*. Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt E hoch B – Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung (13) (Schmidt, H.-J., Rohs, M. & Arnold, D., Hrsg.). Ludwigshafen am Rhein: Hochschule Ludwigshafen am Rhein. Verfügbar unter www.e-hoch-b.de/publikationen
- Geithner, L., Arnold, D., Feiks, A., Helbig, A. K., Scheipers, M. & Steuerwald, T. (2016). *Advanced Nursing Practice. Rahmenbedingungen in Deutschland und Literaturübersicht zu nationalen und internationalen Modellen erweiterter Pflegepraxis*. Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt E hoch B – Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung (4) (Wolf, K., Rohs, M. & Arnold, D., Hrsg.). Ludwigshafen am Rhein: Hochschule Ludwigshafen am Rhein. Verfügbar unter www.e-hoch-b.de/publikationen
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (Lehrbuch, 4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag.
- Gold, A. W., Arnold, D. & Dallmann, H.-U. (2018). *Der Zertifikatskurs „Ethik und Recht in gemeindenaher Gesundheitsversorgung“. Evidenzbasierte und bedarfsorientierte Entwicklung des Bildungsangebots*. Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt E hoch B – Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung (27) (Schmidt, H.-J., Rohs,



- M. & Arnold, D., Hrsg.). Ludwigshafen am Rhein: Hochschule Ludwigshafen am Rhein. Verfügbar unter www.e-hoch-b.de/publikationen
- Gold, A. W., Helbig, A. K., Römer, C. & Arnold, D. (2018). *Der Zertifikatskurs „Versorgungsstrategien und psychosoziale Unterstützung für ein Leben mit Demenz zu Hause“: Evidenzbasierte und bedarfsorientierte Entwicklung des Bildungsangebots*. Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt E hoch B - Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung (29) (Schmidt, H.-J., Rohs, M. & Arnold, D., Hrsg.). Ludwigshafen am Rhein: Hochschule Ludwigshafen am Rhein. Verfügbar unter www.e-hoch-b.de/publikationen
- Helbig, A. K., Poppe, S., Gold, A. W., Steuerwald, T. & Arnold, D. (2018a). *Hochschulische Bildungsangebote zu erweiterter Pflege im ambulanten Bereich. Ergebnisse quantitativer Studien unter Pflegefachpersonen, Pflegedienstleitungen und Hausärzt_innen aus der Region Westpfalz*. Arbeits- und Forschungsbericht aus dem Projekt E hoch B - Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung (28) (Schmidt, H.-J., Rohs, M. & Arnold, D., Hrsg.). Ludwigshafen am Rhein: Hochschule Ludwigshafen am Rhein. Verfügbar unter www.e-hoch-b.de/publikationen
- Helbig, A. K., Poppe, S., Gold, A. W., Steuerwald, T. & Arnold, D. (2018b). *Pflegestudierende und ihre Präferenzen hinsichtlich wissenschaftlicher Weiterbildung. Ergebnisse einer Online-Umfrage unter Studierenden pflegebezogener Studiengänge an rheinland-pfälzischen Hochschulen und Universitäten*. Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt E hoch B - Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung (16) (Schmidt, H.-J., Rohs, M. & Arnold, D., Hrsg.). Ludwigshafen am Rhein: Hochschule Ludwigshafen am Rhein. Verfügbar unter www.e-hoch-b.de/publikationen
- Helbig, A. K., Steuerwald, T. & Arnold, D. (2017). *Bedarfsorientierte Gestaltung hochschulischer Bildungsangebote für eine erweiterte gemeindenahe Pflegepraxis – Erste Ergebnisse der quantitativen Studien des Teilprojekts "Pflege und Gesundheit"*. Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt E hoch B – Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung (10) (Schmidt, H.-J., Rohs, M. & Arnold, D., Hrsg.). Ludwigshafen am Rhein: Hochschule Ludwigshafen am Rhein. Verfügbar unter www.e-hoch-b.de/publikationen
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (Grundlagentexte Methoden, 3., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Marks, S. (2015). *Region als Bezugsraum für Hochschulentwicklung. Regionsdefinition für das Projekt E hoch B*. Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt E hoch B – Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung (1) (Wolf, K., Rohs, M. &



- Arnold, D., Hrsg.). Kaiserslautern: Technische Universität Kaiserslautern. Verfügbar unter www.e-hoch-b.de/publikationen/
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2009). Das Experteninterview — konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In S. Pickel, G. Pickel, H.-J. Lauth & D. Jahn (Hrsg.), *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft: Neue Entwicklungen und Anwendungen* (S. 465–479). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
https://doi.org/10.1007/978-3-531-91826-6_23
- Naegele, G. (2010). Kommunen im demographischen Wandel. Thesen zu neuen An- und Herausforderungen für die lokale Alten- und Seniorenpolitik. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43 (2), 98–102. <https://doi.org/10.1007/s00391-010-0106-9>
- Römer, C., Arnold, D. & Simsa, C. (2018). *Der Zertifikatskurs „Interprofessionelle Kommunikation in gemeindenaher Gesundheitsversorgung“. Evidenzbasierte und bedarfsorientierte Entwicklung des Bildungsangebots*. Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt E hoch B - Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung (31) (Schmidt, H.-J., Rohs, M. & Arnold, D., Hrsg.). Ludwigshafen am Rhein: Hochschule Ludwigshafen am Rhein. Verfügbar unter www.e-hoch-b.de/publikationen
- Römer, C., Löser-Priester, I., Gold, A. W., Dürrschmidt, D. & Arnold, D. (2018). *Der Zertifikatskurs "Beraten, Informieren und Schulen in der Pflege". Evidenzbasierte und bedarfsorientierte Entwicklung des Bildungsangebots*. Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt E hoch B - Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung (30) (Schmidt, H.-J., Rohs, M. & Arnold, D., Hrsg.). Ludwigshafen am Rhein: Hochschule Ludwigshafen am Rhein. Verfügbar unter www.e-hoch-b.de/publikationen
- Schaeffer, D., Hämel, K. & Ewers, M. (2014). *Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada* (Gesundheitsforschung, 1. Aufl.). Weinheim, Bergstr.: Beltz Juventa.
- Scheipers, M., Feiks, A. & Arnold, D. (2017). *Leitfäden für Experteninterviews des Teilprojekts E hoch B: Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung – Pflege und Gesundheit.*, Hochschule Ludwigshafen am Rhein. Verfügbar unter www.e-hoch-b.de/publikationen
- Scheipers, M. & Arnold, D. (2017). *Rekonstruktion von Bedarfslagen zur Erweiterung gemeindenaher Pflegepraxis. anhand von Expert_inneninterviews mit Geschäftsführungen, Pflegedienstleitungen und Pflegefachkräften ambulanter Pflegedienste*. Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt E hoch B – Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung (15) (Schmidt, H.-J., Rohs, M. & Arnold, D., Hrsg.). Ludwigshafen am



ENTWICKLUNG DURCH BILDUNG

Rhein: Hochschule Ludwigschafen am Rhein. Verfügbar unter www.e-hochb.de/publikationen

Statistisches Bundesamt. (2017). *Statistisches Jahrbuch 2017*. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/Gesundheit.html;jsessionid=B4CFB8A1F9810102420847AC90B3A550.InternetLive1>