

Ausbildung in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege oder der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Knapp jede/r Zehnte hat eine einjährige oder zweijährige Ausbildung zum/r Pflegehelfer/in (Altenpflegehilfe oder Krankenpflegehilfe) absolviert, mehr als vier von zehn Beschäftigten verfügen über keine oder nur eine informelle pflegerische Qualifikation.

Die Arbeit in einem ambulanten Pflegedienst geht mit besonderen Anforderungen einher: Sie unterscheidet sich ganz wesentlich von der Arbeit in der stationären Pflege, ob in einem Pflegeheim oder in einer Klinik. Hier kann die Pflege nicht nahezu ausschließlich anhand professioneller medizinischer und pflegerischer Kriterien definiert werden, die Pflegekräfte müssen stattdessen zwischen lebensweltlichen und beruflichen Orientierungsmustern pendeln (Röber 2005, S. 151; Nothbaum-Leiding 2011). Es gibt keine klaren institutionellen Regeln und vorgegebene Strukturen, die Rolle der Pflegekräfte ist weniger eindeutig (Friesacher 2008). In der Regel fungieren das Schlaf- oder das Badezimmer der Pflegebedürftigen als Arbeitsplatz für die Pflegekräfte, d. h. Räume, die sonst nicht für Fremde zugänglich sind (ebd.). Die Pflegekräfte haben weniger Kontrolle über das Geschehen als im stationären Bereich, denn als Gäste haben sie kein Hausrecht (Adam-Paffrath 2015; Nothbaum-Leiding 2011). Die Pflegebedürftigen oder deren Angehörige haben mehr Definitionsmacht und Rechte zur Grenzsetzung (Jahnke-Latteck 2009, S. 29). Die einfache Umsetzung fachlicher Standards ist dadurch erschwert, denn diese können in Konflikt mit lebensweltlichen Anforderungen geraten (ebd.). Aushandlungsprozesse werden nötig (Adam-Paffrath 2015), auf die die Pflegekräfte qua ihrer Sozialisation in stationären Settings nicht vorbereitet sind (Jahnke-Latteck 2009).

Noch dazu wechseln die Rahmenbedingungen der Arbeit von Haushalt zu Haushalt, beispielsweise was die materielle Ausstattung, die finanziellen Ressourcen oder die Bereitschaft, Hilfe der Pflegekräfte anzunehmen, angeht (Adam-Paffrath 2015; Nothbaum-Leiding 2011). Auch die jeweiligen Lebenswelten unterscheiden sich (ebd.). Kollegen/innen sind nicht präsent, die Pflegekräfte in der ambulanten Pflege sind vor Ort alleine verantwortlich. Gerade wenn die Wünsche und Erwartungen von Pflegebedürftigen und den Angehörigen vor Ort nicht übereinstimmen, stellt dies die Pflegekräfte vor große Herausforderungen (Lauxen 2012, 2009).

Da die Pflegekräfte ihre Ausbildung eher selten in einem ambulanten Pflegedienst absolvieren (Hessischer Pflegemonitor 2020a), ist fraglich, wie gut sie

auf die skizzierten Anforderungen vorbereitet sind. In einer Befragung von 80 Praxisanleitungen in ambulanten Pflegediensten äußerten sich diese dazu recht kritisch (Koch et al. 2013): 44 % der Befragten gaben an, die Absolventen/innen seien „eher nicht gut“ vorbereitet auf die Praxis der ambulanten Pflege, nur 16 % sahen die Absolventen/innen als „eher gut“ vorbereitet an. Sie haben aus Sicht der Praxisanleitungen Schwierigkeiten, den richtigen Ton in der Kommunikation mit pflegenden Angehörigen zu treffen und die richtigen Argumente zu finden. Sie scheinen sich aber auch schwer mit ihrer Rolle als Gast in der Häuslichkeit zu tun und neigen dazu, sich selbst zu überschätzen. Viele ambulante Dienste sind bestrebt, solche Defizite, die womöglich nicht nur berufsunerfahrene Pflegekräfte betreffen, aufzufangen, indem sie innerbetriebliche Fortbildungen zum Umgang mit pflegenden Angehörigen anbieten (Büscher & Horn 2010).

Für die Gestaltung von Interaktionen mit pflegenden Angehörigen, wie sie in der ambulanten Pflege an der Tagesordnung sind, fehlt womöglich auch eine hinreichende berufsrechtliche Rahmung. Die gesetzlich definierte Rolle von Pflegekräften, die sich in den Berufsgesetzen widerspiegelt, ist zuallererst auf die Unterstützung bei der Bewältigung der Bedarfe kranker bzw. pflegebedürftiger Menschen ausgerichtet. Im Pflegeberufereformgesetz (Gesetz zur Reform der Pflegeberufe – PflBRefG) vom 17. Juli 2017 findet sich eine Erweiterung in dem Sinne, dass die danach ausgebildeten Pflegefachkräfte „Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz *unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen* (Hervorhebung durch O.L.)“ (§ 5 Abs. 3 Satz 1f PflBRefG) selbstständig durchführen sollen. Über diese Passage hinaus bleibt die Perspektive auch im neuen Pflegeberufegesetz auf die dyadische Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und professionell Pflegenden beschränkt. Etwas konkreter wird die neue Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV), in der notwendige Kompetenzen der Auszubildenden für die Zwischen- und die Abschlussprüfung formuliert sind: Bereits zur Zwischenprüfung sollen die Auszubildenden in der Lage sein, Angehörige in die Pflegeplanung und den Pflegeprozess mit einzubeziehen. Sie sollen bei der Unterstützung von Angehörigen zur Bewältigung und Verarbeitung von Verlust und Trauer mitwirken (siehe Anlage 1 zu § 7 Satz 2 PflAPrV). Bis zur Abschlussprüfung sollen sie die Kompetenzen

der Angehörigen im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen sowie die Familiengesundheit stärken können (siehe Anlage 2 zu § 9 Abs. 1 Satz 2 PflAPrV).

In der beruflichen Praxis in der ambulanten Pflege steht allerdings – ebenso wie in der Ausbildung – die Beziehung zu den Pflegebedürftigen und weniger die Beziehung zu deren Angehörigen im Fokus. Deren Verbleib in der Häuslichkeit stellt das prioritäre Handlungsziel der ambulant Pflegenden dar, wie Befragungen zeigen (Adam-Paffrath 2015; Boes 2003; Büscher & Horn 2010). Die häusliche Pflege soll gestützt und stabilisiert, der Umzug in ein Pflegeheim verhindert werden. Eine nach wie vor hohe Prägekraft haben christliche Leitbilder und berufsethische Vorstellungen (Schilling 2008). Seit dem 19. Jahrhundert bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts war die ambulante Pflege vor allem in kirchlicher Hand (Hackmann 2004). Die Pflegeberufe sind folglich traditionell dem Ethos des Helfens (Körtner 2004) verpflichtet, die Betriebs- und Berufskultur in der Altenpflege orientiert sich stark an berufsethischen Grundsätzen (Lauxen et al. 2018). Patientenorientierung kann weiterhin als „Kern des beruflichen Selbstverständnisses“ (Nothbaum-Leiding 2011, S. 20) angesehen werden. Vor allem das ethische Prinzip der Fürsorge, Gutes zu tun und Leiden zu verhindern, ist für ambulante Pflegekräfte stark handlungsleitend (Fry 1995; Lauxen 2012, 2009).

### **1.3 Pflegekräfte in der ambulanten Pflege und pflegende Angehörige**

Nur wenige Studien beschäftigen sich explizit mit der Perspektive von ambulant Pflegenden auf pflegende Angehörige. Emmrich (2002) hat Pflegekräfte beobachtet und zu ihrer Sicht auf die Angehörigenpflege befragt. Demnach werden pflegende Angehörige sehr unterschiedlich gesehen, die Aussagen der Pflegekräfte widersprechen sich. Einige schreiben den Angehörigen pflegerische Kompetenzen zu, andere tun dies explizit nicht, womöglich, um ihren eigenen Status aufzuwerten (Wehrmann 2002). Häufig scheinen die Pflegekräfte die Angehörigen in eine „Assistenzrolle“ (Emmrich 2002, S. 321) zu schieben. Die Laien machen Vorbereitungsarbeiten, helfen bei der Pflege mit und bereiten die Arbeit der Pflegekräfte nach. Bei der Beschreibung ihrer Arbeit nannten die befragten Pflegekräfte pflegende Angehörige nur im Bereich der Kommunika-

tion als Adressaten. Anleitungs-, Beratungsgespräche und Gespräche, die Angehörigen psychische Unterstützung geben sollen, werden als zur beruflichen Praxis zählend genannt. Dazu passt auch der Befund im „Pflegethermometer 2016“, wonach Leitungen ambulanter Pflegedienste den Informationsgrad pflegender Angehöriger als „sehr gering“ (Isfort et al. 2016, S. 110) einschätzen. Bei 62 % der pflegenden Angehörigen nehmen sie Überforderung mit der pflegerischen Versorgung wahr, 55 % haben aus Sicht der Leitungen psychische, 39 % körperliche Probleme. 58 % der Angehörigen benötigen Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen und ähnlichen bürokratischen Prozeduren.

Pflegende Angehörige selbst nehmen sich dagegen weniger als bedürftig, sondern durchaus als kompetent wahr. Sie wünschen sich, dass die Pflegekräfte eine Beziehung zu ihnen aufbauen und Interesse an ihren Belangen zeigen (Wehrmann 2002). Sie erwarten eine Anerkennung ihrer Expertise, eine Unterstützung ihrer Kompetenzentwicklung – beispielsweise im Sinne eines „learning-on-the-job“ durch individuelle Begleitung im Pflegealltag – und dass die Pflegekräfte die Ausgestaltung der Pflege vor Ort kommunikativ-dialogisch mit ihnen aushandeln (Büscher & Horn 2010; Gebhart & Klotz 2017; Jünemann & Gräßel 2004; Lademann et al. 2017; Wingenfeld & Schaeffer 2001).

Im Allgemeinen bewerten pflegende Angehörige die ambulante Pflege trotz der mitunter divergierenden Perspektiven positiv und sind damit zufrieden (Gebhart & Klotz 2017; Hutchinson 2012; Schwinger et al. 2016). Es finden sich jedoch auch vielfältige Belege für eine tendenziell konfliktträchtige Beziehung zwischen Pflegekräften und pflegenden Angehörigen (ebd.; Emmrich 2002; Lademann et al. 2017; Müller & Thielhorn 2000; Wehrmann 2002). Mitunter sind es schlicht falsche Erwartungen in Bezug auf die Leistungen, die die Pflegekräfte erbringen können, die für Unzufriedenheit auf Seiten der Angehörigen sorgen (Hutchinson 2012). Berichtet werden darüber hinaus fehlende Wertschätzung (Hutchinson 2012), Bevormundung und Ignorieren seitens der Pflegekräfte (Lademann et al. 2017). Zudem sind die schlechte Planbarkeit der Pflegeeinsätze, Unpünktlichkeit und die Fremdbestimmung des Tagesablaufs ein Quell für Unzufriedenheit, da sich dadurch vermutlich der Aufwand für alltagsbezogene Bewältigungsarbeiten und für Steuerungs- und Koordinationsarbeiten erhöht. Dem Einhalten vereinbarter Einsatzzeiten kommt darum aus Sicht der Angehörigen eine große Bedeutung zu (Jünemann & Gräßel 2004; Hutchinson 2012). Einen weiteren Grund für Unzufriedenheit mit der ambulanten Pflege,

der eher struktureller Natur denn in der Interaktion vor Ort begründet ist, stellt die oftmals fehlende personelle Kontinuität dar (Hutchinson 2012; Schwinger et al. 2016). Pflegende Angehörige wünschen sich im Grunde genommen eine Art Bezugspflege (Jünemann & Gräbel 2004; Wehrmann 2002; Wingenfeld & Schaeffer 2001), weil dadurch die Kommunikation im Dreieck Pflegebedürftige, Pflegekräfte und pflegende Angehörige besser funktioniert, Routinen etabliert und Wünsche und Bedürfnisse nicht immer wieder neu artikuliert werden müssen (Hutchinson 2012).

Angehörige kritisieren ganz allgemein, dass die professionelle Pflege nicht ausreichend an den Bedürfnissen und Bedarfen der Familien ausgerichtet ist (Gebhart & Klotz 2017), die „persönlich-emotionale Komponente“ (ebd., S. 328) sei unzureichend. 71 % geben an, dass den Pflegekräften Zeit für Gespräche und Zuwendung fehlt (Schwinger et al. 2016). Die Pflegekräfte scheinen lediglich Pflege Tätigkeiten abzuarbeiten und dies unverbunden mit den Tätigkeiten, die die Angehörigen leisten (Schaeffer 2001). Wenn der Pflegedienst vor Ort ist, überlassen die Angehörigen den Pflegekräften das Feld, obwohl es vielen Angehörigen – wenn auch nicht allen – wichtig ist, in die Arbeit der Pflegekräfte einbezogen zu werden (Lademann et al. 2017). Man löst sich gegenseitig ab, allerdings häufig ohne Übergabe, weil die Pflegekräfte dafür keine Zeit haben (Schaeffer 2001). Auch eine fachliche Anleitung erfährt wohl nur ein Teil der pflegenden Angehörigen.

### 1.4 Zur Gliederung des Buches

Pflegekräfte in der ambulanten Pflege stehen vor der spezifischen Herausforderung, die Kontrolle über das Pflegearrangement nicht nur mit den Pflegebedürftigen, sondern auch mit pflegenden Angehörigen, die sich als gleichgestellte Partei ansehen, auszuhandeln (Wehrmann 2002). Mit dieser besonderen Herausforderung sind sie in den stationären Settings, in denen sie üblicherweise sozialisiert werden, nicht konfrontiert. Das Ganze wird dadurch verschärft, dass der (potenzielle) Konflikt in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen bzw. der pflegenden Angehörigen angesiedelt ist, wo den Pflegekräften das Hausrecht fehlt.

In der vorliegenden Arbeit soll auf Grundlage von Daten aus Interviews mit Pflegekräften in der ambulanten Pflege näher beleuchtet werden, wie diese