

Die ambulante Pflege an der Schwelle zu einer neuen Ära

Hintergründe und Implikationen für das Marketing



Foto: © Sandor Kacso - Fotolia.com

Seit einigen Jahren beobachten wir einen grundsätzlichen Wandel in der Wahrnehmung und der Nutzung von häuslicher Pflege: Der schwerkranke oder schwerstbehinderte Mensch wird immer häufiger außerhalb eines Krankenhauses oder einer Pflegeeinrichtung versorgt.

Auf den ersten Blick hat dies mit dem ökonomischen Bestreben zu tun, behandlungs- und kostenintensive Versorgungen aus dem Krankenhaus auszulagern und mit Hilfe einer integrierten ambulanten Versorgung Kosten zu reduzieren. Dahinter steht aber auch ein weitreichender kultureller Wandel, den unsere Gesellschaft seit einigen Jahren durchläuft. Dieser umfasst erstens das gewachsene Selbstbewusstsein des mündigen Patienten (und seiner Angehörigen), der seine individuelle Lebensqualität jenseits der standardisierten Einrichtungsbetreuung einfordert. Darüber schreiben unsere Kollegen Ullrich & Wenger (2008): „Das Gesundheitswesen gehört zu den

Branchen, die noch einen gewissen Nachholbedarf beim Angebot individualisierter Angebote haben. Die Menschen werden das in Zukunft ganz selbstverständlich einfordern und damit einen Einfluss auf das Angebot nehmen.“ Begleitet wird diese Zunahme an Individualisierung von einer zweiten Dimension: die allgemein in der Gesellschaft gewachsene Skepsis gegenüber einer technokratischen, rein funktionalen Betreuung entlang medizinischer Standards ohne Berücksichtigung der sozialen oder emotionalen Patientenbedürfnisse. Der Blick hat sich hier eindeutig erweitert, und es hat sich die Sichtweise verbreitet, dass es nicht nur um Gesundung und Behandlung des Körpers, sondern des ganzen Menschen gehen muss.

Die wachsenden Aktionsfelder ambulanter Pflege

Damit ist für die Pflege eine neue Ära angebrochen. Ein Beispiel ist die integrierte Palliativpflege. Patienten

tinnen und Patienten mit fortschreitenden unheilbaren Erkrankungen wird vermehrt die Möglichkeit gegeben, zu Hause gepflegt zu werden. Dahinter steht die über die letzten Jahre weithin gewachsene Einsicht, dass dieser Personenkreis zu Hause, im vertrauten Umfeld und im Schoße der Familie eine ganz andere „Lebensqualität auf körperlicher, seelischer, spiritueller und sozialer Ebene“ (Auerbach et al. 2009) erhält als dies im rein stationären Aufenthalt möglich wäre, bei dem ja zwangsläufig weniger auf die individuellen Bedürfnisse und Befindlichkeiten eingegangen werden kann. Ungeachtet dieser Aufwertung der emotionalen Dimension der Betreuung bleibt aber die praktische Herausforderung, bei diesen schwerstkranken Patienten auf ähnlichem Niveau wie in stationärer Behandlung lebenswichtige Funktionen zu sichern und Schmerzen zu vermeiden oder zu lindern.

Auch wollen immer mehr Menschen trotz chronischer Erkrankung und schwerster Behinderungen ein möglichst selbständiges und „normales“ Leben führen: „Mein größter Freiraum ist mein Kopf. Mein Körper ist gelähmt, nicht mein Geist!“ (Böttcher 2011). Deshalb sind immer mehr Angehörige bemüht, ihren schwerkranken Lieben ein umsorgtes Dasein und engen Kontakt in der Familie zu ermöglichen: „Unser Kind hat noch zwei oder drei Jahre – die wollen wir so intensiv wie möglich mit ihm erleben.“ Solche und ähnliche Haltungen haben sich in den letzten Jahren verbreitet, und auch sie bilden den Ausgangspunkt für wachsendes Interesse an häuslicher Pflege in Fällen, die noch bis vor einigen Jahren für ein Pflegeheim prädestiniert gewesen wären. Auch hier ist die Konsequenz eine Verschiebung selbst komplexester Betreuung vom stationären in den ambulanten Bereich.

Ein etwas anderes Beispiel sind ambulante Operationen: Basierend auf dem medizinischen Fortschritt in der Chirurgie, gefördert durch den Kostendruck und den häufigen Wunsch der Patienten, so schnell wie möglich wieder im eigenen Umfeld zu sein, werden immer mehr Operationen ambulant durchgeführt. Das Krankenhaus wird zunehmend zum reinen Operationsort und der ambulant weiterbehandelnde Arzt wird von der ambulanten Krankenpflege unterstützt.

Der Aufschwung, den die ambulante Pflege in den letzten Jahren erlebte, lässt sich demnach einerseits auf Kostendruck und Einsparungen durch integrierte Versorgung zurückführen, andererseits

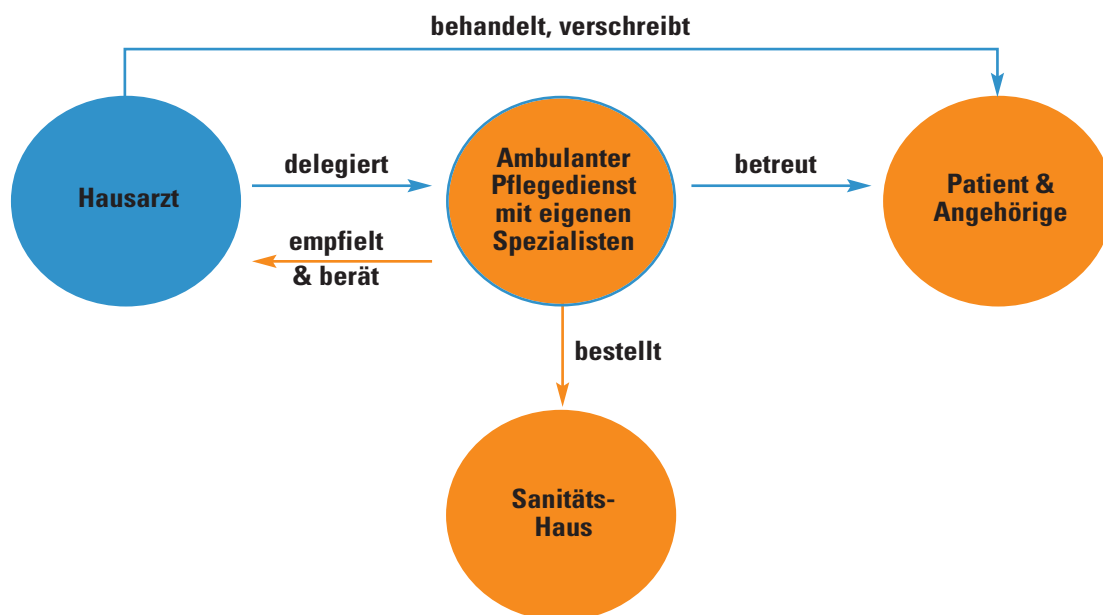
hat er auch mit einem tiefgreifenden gesellschaftlichen Wandel zu tun. Dies lässt uns vermuten, dass die ambulante Pflege in den kommenden Jahren weiter an Bedeutung gewinnen wird. Wir nehmen dies zum Anlass, um zu prüfen:

- Inwiefern die derzeitigen Strukturen der wachsenden Bedeutung der ambulanten Pflege gewachsen sind und
- was der Zuwachs der ambulanten Pflege für Pharmafirmen und Hilfsmittel-Hersteller bedeutet.

■ Mehr ambulante Pflege: Neue Aufgaben, neue Rollen

Ganz generell gesprochen hat sich im Kontext dieses Booms in der ambulanten Pflege die Rolle des Pflegepersonals stark gewandelt. Üblicherweise galt die Pflege bisher als „ärztlicher Assistenzberuf mit geringen autonomen Handlungsspielräumen und vorwissenschaftlich begründeten Entscheidungen“ (Darmann-Finck & Friesacher 2009). Dementsprechend galt bis in die jüngste Vergangenheit, dass der Hausarzt die Entscheidung über medizinische Leistungen und die dabei verwendeten Hilfsmittel und Heilmittel übernimmt, während der Pflegedienst lediglich die per Rezept verschriebenen Leistungen erfüllen und die vom Hausarzt vorgesehenen/verschriebenen Hilfsmittel verwenden sollte. Daran hat sich viel geändert. Die steigende Zahl von Patienten in ambulanter Krankenpflege stellt die Hausärzte vor neue Herausforderungen, auf die sie nur teilweise vorbereitet sind. Wie sich in unseren Forschungen immer wieder zeigt, sind die Kenntnisse auf dem Gebiet der Pflege bei vielen gering, auch die Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege sind nicht immer hinlänglich bekannt. Hinzu kommt, dass das Überleitungsmanagement vom stationären in den ambulanten Bereich insbesondere dort, wo es noch keine Netzwerke und keine integrierte Versorgung gibt, kaum geregelt ist. Dies führt dann unseren Forschungen zufolge nicht selten dazu, dass der ambulant betreuende Hausarzt den Einzelfall und die Implikationen der Betreuung nicht ausreichend kennt und die weitere Behandlung und Pflege zu Komplikationen führt. Bei der ambulanten Versorgung chronischer Wunden kann dies dazu zu führen, dass Wunden, die im Krankenhaus geschlossen wurden, durch inadäquate ambulante Wundversorgung wieder aufgehen und erneute Einweisungen ins Krankenhaus erfolgen müssen – eine frustrierende Situation für alle Beteiligten. Insgesamt lässt sich konstatieren, dass die Be-

Abb. 1: Starker Pflegedienst – guter Multiplikator



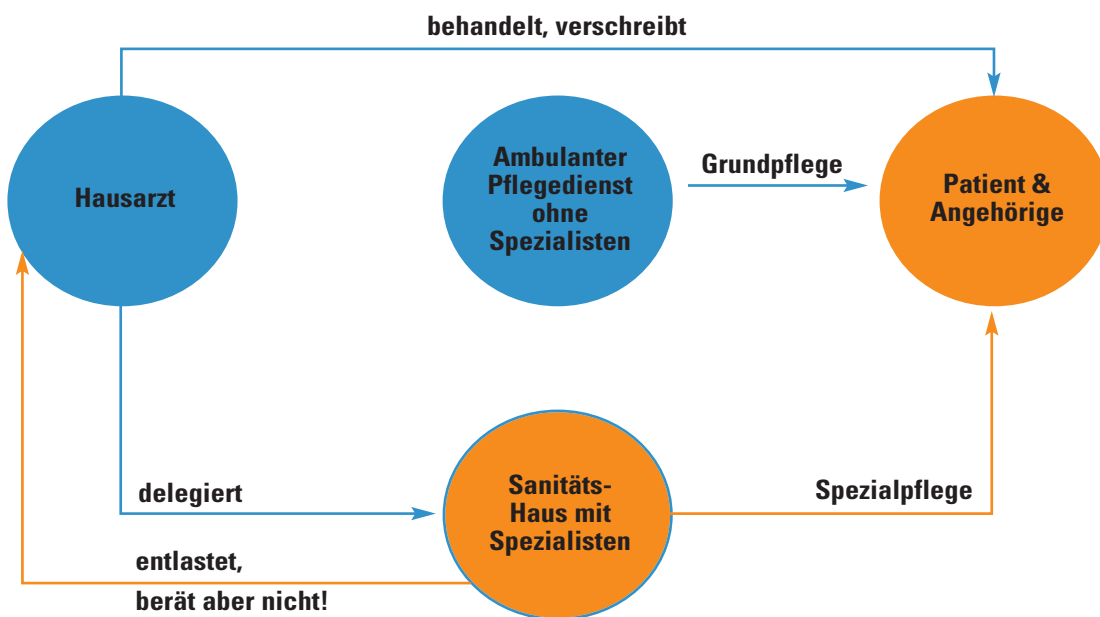
treuung einer steigenden Zahl von Patienten in ambulanter Pflege viele Hausärzte an ihre zeitlichen und inhaltlichen Leistungsgrenzen bringt. Dies führt dazu, dass in den letzten Jahren die Bereitschaft, Entscheidungen und Verantwortung an die Pflege zu delegieren, bei vielen gestiegen ist. Die stärkere Einbeziehung derjenigen, die für die Ausführung der ambulanten Pflege zuständig sind, in das gesamte Management der ambulanten Betreuung bedeutet für den behandelnden Hausarzt Arbeitsentlastung und Komplexitätsreduktion.

Aber wie sieht es mit den Mitarbeitern in der ambulanten Pflege aus? Diese sind aufgrund der fortgeschrittenen Professionalisierung bereit für die größere Autonomie. Anders als früher beschränken sie sich nicht mehr darauf, als Vertreter aufzutreten und in den Praxen lediglich Prospekte auszulegen. Viele Pflegedienste bieten sich den Ärzten inzwischen höchst professionell als Ansprechpartner auf Augenhöhe an. Sie haben gelernt, den Hausärzten klare Vorteile einer Partnerschaft zu kommunizieren – vom Ordnungsmanagement über Synergien in der Betreuung bis hin zu Zeitgewinn und Entlastung des ärztlichen Budgets. Diese neue Partnerschaft zwischen Pflege und Hausarzt zeigt sich insbesondere bei den spezialisierten Wundmanagern, die nicht nur in der Altenpflege, sondern auch im Kontext von post-operativer ambulanter Versorgung und gesetzlich geförderten Liegezeitverkürzungen eine immer größere Bedeutung haben.

Der Fall der Wundmanager

Im stationären Bereich lässt sich schon länger beobachten, dass Wundmanager aus der nachgeordneten Rolle der Pflegehilfskraft herausgetreten sind. Dank ihrer hervorragenden Ausbildung sprechen sie dort schon länger auf Augenhöhe mit den Ärzten und bringen ihre spezialisierte Kompetenz sehr stark in die Wahl der Behandlung ein. Dies gilt sowohl für die Auswahl des Verbandsmaterials als auch für weiterreichende Entscheidungen wie für oder gegen eine (kostspielige) lokale Unterdrucktherapie. Dieses erweiterte Rollenverständnis findet sich zunehmend auch im ambulanten Bereich wieder. Auch ambulante Wundmanager sind aufgrund der Zertifizierung und Weiterbildungen mehrheitlich auf dem aktuellen Stand der Arbeitsmethoden in der Wundversorgung. So entsteht ein Selbstbewusstsein, das die Basis für eigene Entscheidungen und proaktive Meinungsäußerung gegenüber dem Hausarzt bildet. Man ist sich seiner Einschätzung eines Falles und der Therapie bzw. Wundversorgung sicher. Der Hausarzt seinerseits kennt sich mit den Details der Wundversorgung nicht nur in der Regel schlechter aus, sondern erhält zudem für die Wundversorgung eines Kassenpatienten nur sechs Euro pro Quartal – sein Involvement in das moderne Wundmanagement muss schon aus ökonomischen Gründen begrenzt sein.

Abb. 2: Starkes Sanitätshaus – kein Multiplikator



Im Wechselspiel dieser Kräfte ergeben sich neue Formen der Kooperation (z.B. integrierte Versorgung §140a ff. SGB V) und informelle Lösungen. Neben den Pflegediensten und angestellten Wundmanagern aus Wundambulanzen treten auch Sanitätshäuser als Anbieter von Wundmanagement auf. Im Kontext von kostenlos erbrachten Pflege-Dienstleistungen durch Sanitätshäuser, die sich allein durch die Hilfsmittel-Umsätze finanzieren, bleibt die neu gewonnene Autonomie des ambulanten Wundmanagers allerdings fragil. Was aber konstant bleibt, ist die Entlastung der Hausärzte: Formal verschreiben sie Verbandsmaterialien, folgen dabei aber zumeist den Empfehlungen der Wundmanager (kommen diese von Pflegediensten oder aus Sanitätshäusern), selbst wenn die vorgeschlagenen Produkte teurer sind. Dafür sind sie vom gesamten Komplex der Wundversorgung entlastet und können die Frequenz eigener Hausbesuche bzw. des Zeitaufwands insgesamt reduzieren.

■ Implikationen für das Marketing

Die alte Dualität von stationären Häusern und ihren Einkaufsgenossenschaften auf der einen Seite und den niedergelassenen Ärzten auf der anderen Seite ist Geschichte. Mit der ambulanten Pflege betritt eine neue sehr stark ausdifferenzierte Entscheider-Zielgruppe die Bühne.

Die Entscheidungsprozesse sind beeinflusst durch die institutionelle Verankerung der Pflege: Pflegedienste und Sanitätshäuser unterscheiden sich im Selbstverständnis und in den Erwerbsstrukturen – dementsprechend ergeben sich spezifische Entscheidungslogiken. Des Weiteren sind Entscheidungsprozesse beeinflusst durch den Grad der Professionalität: In der ambulanten Pflege arbeitet ausführendes Personal ohne spezifische Kompetenzen oder Befugnisse, aber es gibt dort auch hochqualifizierte Spezialisten wie z.B. Wundmanager oder Ernährungsberater.

Hinzu kommt die neue Zielgruppe der mündigen Patienten und Angehörigen, die sich umfassend informieren, z.B. über Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen, und die klare Forderungen aufstellen.

Für das Marketing ergibt sich ein neues Spannungsfeld zwischen den verschiedenen Akteuren Ärzteschaft, Pflege, Sanitätshaus, Patienten und Angehörige. Die für Produktentscheidungen relevanten Zielgruppen müssen identifiziert werden – sind im Fall der Wundbehandlung die Wundmanager zentrale Gatekeeper, sieht es etwa bei der künstlichen Ernährung ganz anders aus: Hier bestimmen die Angehörigen ganz stark, wie ernährt wird. Botschaften müssen dann entsprechend zielgruppengerecht kommuniziert werden, ohne die Produktvorteile aus den Augen zu verlieren.

Für den Außendienst gilt es, die institutionelle Verankerung eines Pflegedienstes zu erkennen und entsprechende Schlüsse zu ziehen. In diesem Spannungsfeld sind die neuen starken ambulanten Pflegedienste die ideale Zielgruppe, wenn sie eine hohe Kompetenz und Spezialisierung mit institutioneller Unabhängigkeit vereinen. Denn dann sind sie nicht nur wichtige Entscheider, sondern auch Multiplikatoren zu den Zielgruppen der Ärzte, Patienten und Angehörigen.

Literatur:

Auerbach, Holger et al. (2009): Der Aufbau des Kompetenzzentrums Palliative Care am USZ. Zürich: fmc.ch.

Böttcher, Dirk (2011): Mein größter Freiraum ist mein Kopf. In: BrandEins 1/2011.

Darmann-Finck, Ingrid & Friesacher, Heiner (2009): Professionalisierung in der Pflege. Newsletter des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen.

Wenger, Christian & Ullrich, Kerstin (2008): Vision 2017: Was Menschen morgen bewegt. Redline: München.



Dr. Sigrid Schmid

forscht seit zehn Jahren bei der GIM Gesellschaft für Innovative Marktforschung, Heidelberg, mit den Schwerpunkten Gesundheit und FMCG und ist im Management Board der GIM für Forschung & Entwicklung zuständig.

✉ s.schmid@g-i-m.com



Godehard Wakenhut

forscht seit zehn Jahren bei der GIM Gesellschaft für Innovative Marktforschung, Heidelberg, mit den Schwerpunkten Gesundheit und Technik und ist seit 2010 Director Corporate Affairs in der Heidelberger Zentrale.

✉ g.wakenhut@g-i-m.com