

„Ingrijiri medico-sociale la domiciliu”

Eine anwendungsorientierte Begleitforschung zum
Modellprojekt „Aufsuchende Gemeindepflege“
in der Republik Moldau

Masterarbeit vorgelegt von

Anna-Lena Strehlow (Matrikelnr: 24 28 329)
Julia Fleige-Völker (Matrikelnr: 21 65 938)

Abgabe: 15.12.2011

1. Gutachter: Prof. Stefan Görres
2. Gutachter: Niels Harenberg

Eine Kooperation mit der Agapedia-Stiftung und der Robert-Bosch-Stiftung

Danksagung

Diese Masterarbeit entstand an der Universität Bremen am Institut für Public Health und Pflegeforschung unter der Betreuung von Prof. Stefan Görres und dem Zweitprüfer Niels Harenberg sowie in enger Kooperation mit der Agapedia-Stiftung und der Robert-Bosch-Stiftung.

Besonders möchten wir uns bei Herrn Prof. Stefan Görres für seine kontinuierliche Unterstützung bei der Entwicklung der Forschungsaufgabe, der Organisation unseres Aufenthaltes in Moldau sowie der freundlichen und zuvorkommenden Betreuung bei der Erstellung dieser Arbeit bedanken.

Außerdem möchten wir die beiden kooperierenden Stiftungen hervorheben: Der Robert-Bosch-Stiftung möchten wir für die finanzielle Unterstützung, Bereitstellung von Kontakten, der Entwicklung der Forschungsaufgabe sowie die freundliche Unterstützung danken. Besonderer Dank gilt Frau Dr. Almut Satrapa-Schill und Frau Andrea Bruhn an dieser Stelle.

Der Agapedia-Stiftung sind wir in herzlicher Dankbarkeit für die Bereitstellung der Unterkunft und der Dolmetscherin, dem Zugang zu Informationsmaterialien, die Einladungen in Moldau und der aufrichtigen Kooperationsbereitschaft verbunden. Insbesondere gilt dies für die Geschäftsführer Hr. Stefan Barth und Fr. Marika Barth und der Vorsitzenden von Agapedia Moldova Fr. Ecaterina Mardarovici, die uns in allen Belangen stets herzlich und hilfreich zur Seite standen. Ferner möchten wir uns auch beim gesamten Team von Agapedia Moldova bedanken, das unseren Aufenthalt wunderbar gestaltet hat.

Weiterer Dank gilt allen Expertinnen und Gemeindepflegerinnen für ihre Bereitschaft, sich für die Interviews zur Verfügung zu stellen. Ohne ihren Einsatz wäre die Erstellung der Arbeit nicht möglich gewesen.

Für die konstruktive Kritik, Korrekturen und moralische Unterstützung möchten wir Jochen Dehling, Niels Harenberg und Felicita Sommerhage-Strehlow unseren Dank aussprechen.

Abschließend möchten wir uns an unsere Familien wenden: Danke, dass Ihr für uns da wart.

Bremen, Dezember 2011

Anna-Lena Strehlow & Julia Fleige-Völker

Zusammenfassung

Das Modellprojekt ‚Aufsuchende Gemeindepflege‘ wurde in der Republik Moldau aus der Notwendigkeit einer Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Landbevölkerung initiiert. Die Strukturen des moldauischen Gesundheitssystems sind derzeit nicht in der Lage, eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Dadurch die Bedeutung neuer Versorgungskonzepte und -strukturen steigt. Weltweit bestehen hochqualifizierende Modelle, welche bereits erfolgreich angewendet werden. Das Konzept der Gemeindepflegerin weicht ab, es setzt auf den kostengünstigeren Einsatz von geringqualifiziertem Personal. Da es sich um ein innovatives Konzept handelt, liegt es im Interesse der Initiatoren, die Angemessenheit der Ausbildung, die Initiierung sowie den bisherigen Projektverlauf durch eine formative Evaluation zu überprüfen und ggf. Verbesserungspotenzial aufzudecken. Dabei steht besonders die Nachhaltigkeit in Form einer möglichen Implementierung in das nationale Regelversorgungssystem im Vordergrund.

In der qualitativ angelegten Untersuchung wurden insgesamt drei Gruppeninterviews (mit den beschäftigten Gemeindepflegerinnen) sowie sechs Experteninterviews (mit Mitarbeiterinnen in gehobenen Stellungen des Gesundheits- und Sozialwesens) anhand eines halbstrukturierten Leitfadens vor Ort durchgeführt. Aus der Untersuchung ergaben sich folgende Ergebnisse: Die Ausbildung bereitet die Gemeindepflegerinnen angemessen auf ihre Tätigkeit vor. Das Projekt konnte in den betreffenden Kreisen initiiert werden und wird sowohl vom versorgten Klientel als auch in deren Gemeinden gut angenommen und akzeptiert. Eine nachhaltige Implementierung in das Regelversorgungssystem ist möglich, erfordert jedoch eine verstärkt kooperative Zusammenarbeit v.a. mit dem moldauischen Gesundheitsministerium und dem Sozialschutz- und Arbeitsministerium. Da dies vermutlich ein langwieriger Prozess sein wird, erscheint eine Projektlaufzeit von zwei Jahren zu kurz für eine nahtlose Implementierung. Aus den Ergebnissen wurden Handlungsempfehlungen abgeleitet. Es wird empfohlen, eine Strategie für eine Übergangsfinanzierung zu entwickeln sowie eine Unterstützung der Gemeindepflegerinnen durch die Einführung von regelmäßigen Teamtreffen, Fortbildungen und Supervisionen.

Abstract

The pilot project ‘Outreaching Community Care’ has been initiated in the Republic of Moldova from the need to improve the medical and nursing care in rural communities. The Moldovan health system as it is currently structured is not in a position to provide a comprehensive care which stresses the importance of developing new health care and structures. Worldwide, there are high qualifying models, which are already being applied successfully. The concept above differs from that of a community nurse, because it relies on the cost-effective use of low-skilled staff. Due to the fact that it is an innovative concept, the initiators intend to find out about the adequacy of the training, the initiation and the project progression so far. By means of a formative evaluation these aspects shall be reviewed and possibly detect potential for improvement. Of utmost importance is the sustainability, in the form of a possible implementation in the national standard care system.

In this qualitative study, a total of three group interviews (with the busy community nurses), and six expert interviews (with staff in higher positions of health and social services) are carried out by using a semi-structured guide. The investigation yielded the following results: The training prepares community nurses adequately for their activity. The project was initiated in the respective counties and is well received and accepted by the clients and in their communities. Sustainable implementation in the standard care system is possible, however, requires a strengthened cooperative collaboration, especially with the Moldovan Ministry of Health and the Ministry of Labour and Social Protection. Since this will probably be a lengthy process, a project period of two years seems too short for a smooth implementation. Recommendations were derived from the results, for example to develop a strategy for transitional funding and support of the community nurses through the introduction of regular team meetings, training and supervision.

Abkürzungsverzeichnis

AGnES	Arzt-entlastende, Gemeinde-nahe, E-Health gestützte, Systemische Intervention
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BIP	Bruttoinlandsprodukt
bpb	Bundeszentrale für politische Bildung
bspw.	beispielsweise
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
ebd.	ebenda
et al.	et alii
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EVA	Entlastende Versorgungsassistentin
FHN	Family Health Nurse
ggf.	gegebenenfalls
GRM	Government of Republic of Moldova
GUS	Gemeinschaft Unabhängiger Staaten
HDI	Human Development Index
HIV	Humanes Immundefizienz Virus
MHI	Mandatory Social Health Insurance
NBSRM	Nation Bureau of Statistics of the Republic of Moldova
NCPM	National Scientific and Applied Center for Preventive Medicine
NGO	Non-Governmental Organization
NHIC	National Health Insurance Company
o.Ä.	oder Ähnliches
o.J.	ohne Jahr
PHN	Public Health Nurse
u.a.	unter anderem
UN	United Nations
usw.	und so weiter
uvm.	und vieles mehr
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
WB	World Bank
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

Inhaltverzeichnis

1. Einleitung	1
TEIL I - GRUNDLAGEN	
2. Versorgungsstruktureller Hintergrund in der Republik Moldau	5
2.1 Gesellschaftspolitische Situation.....	5
2.2 Gesundheitssystem	11
2.3 Gesundheitliche Lage der Bevölkerung	16
2.3.1 Morbidität und Mortalität	16
2.3.2 Versorgungsproblematik	18
2.4 Zusammenfassung	21
3. Aufsuchende Gemeindepflege als niederschwellige Versorgungsstrategie: Theorie und Beispiele aus der Praxis	23
3.1 Zentrale Elemente niedrigschwelliger Angebote	23
3.1.1 Setting-Ansatz und Konzept der aufsuchenden Arbeit.....	23
3.1.2 Zielgruppenspezifische Versorgung	24
3.1.3 Multiplikatorenkonzept.....	25
3.1.4 Empowerment und Partizipation.....	26
3.2 Beispiele und Konzepte aufsuchender Pflege aus Europa	27
3.2.1 Konzept der Family Health Nurse im Rahmen des WHO Strategiepapiers ‚Gesundheit 21‘	28
3.2.2 Ganzheitliche Pflege in Großbritannien: Community Nurses.....	29
3.2.3 Positive Erfahrungen in Schweden – District, Community und Family Nursing.....	30
3.2.4 AGnES, EVA und Co. – Beispiele aus Deutschland.....	31
3.2.5 Neues Konzept für die Republik Moldau – die Gemeindepflegerinnen..	32
3.4 Zusammenfassung	33
4. Projekt der Agapedia-Stiftung: ‚Aufsuchende Gemeindepflege‘	34
4.1 Agapedia-Stiftung	34
4.2 Idee und Entstehung des Projekts ‚Aufsuchende Gemeindepflege‘	35
4.3 Projektstruktur und Durchführung	37
4.3.1 Projektstruktur	37
4.3.2 Projektdurchführung	39

TEIL II - UNTERSUCHUNG UND ERGEBNISSE

5. Forschungsinteresse und methodisches Vorgehen der Untersuchung.....	43
5.1 Durchführung der Untersuchung.....	44
5.2 Methodik der Befragungen.....	46
5.2.1 <i>Formative Evaluation</i>	46
5.2.2 <i>Erhebungsinstrumente</i>	47
5.2.3 <i>Erhebungsmethode I: Gruppeninterview</i>	48
5.2.4 <i>Erhebungsmethode II: Experteninterview</i>	51
5.2.5 <i>Datenauswertung</i>	55
6. Ergebnisse	58
6.1 Kategorie 1: Die Ausbildung.....	58
6.1.1 <i>Ausbildungsinhalte und Didaktik</i>	58
6.1.2 <i>Ergänzungsvorschläge</i>	64
6.1.3 <i>Zusammenfassung der Kernaussagen zur Ausbildung</i>	65
6.2 Kategorie 2: Der bisherige Projektverlauf.....	66
6.2.1 <i>Akzeptanz und Annahme des Agapedia-Projekts</i>	66
6.2.2 <i>Klientel</i>	70
6.2.3 <i>Ressourcenmangel und mangelhafte (infra-)strukturelle Bedingungen</i>	74
6.2.4 <i>Ergänzende Hilfen und Projekte im Umkreis</i>	80
6.2.5 <i>Zusammenfassung der Kernaussagen über den bisherigen Projektverlauf</i>	82
6.3 Kategorie 3: Die Gemeindepflegerinnen.....	83
6.3.1 <i>Annahme und Akzeptanz der Pflegerinnen</i>	83
6.3.2 <i>Zufriedenheit im Berufsalltag</i>	88
6.3.3 <i>Arbeitseinstellung und Motivation</i>	91
6.3.4 <i>Aufgabenfelder und Tätigkeiten</i>	93
6.3.5 <i>Vernetzung und Kommunikation</i>	97
6.3.6 <i>Zusammenfassung der Kernaussagen über die Gemeindepflegerinnen</i>	99
6.4 Kategorie 4: Die Rahmenbedingungen der Implementierung.....	100
6.4.1 <i>Bestehende Versorgungsstrukturen und Versorgungsalternativen</i>	100
6.4.2 <i>Gesetzliche Rahmenbedingungen</i>	109
6.4.3 <i>Expertenmeinung zum Projekt und Implementierungsvorhaben</i>	110
6.4.4 <i>Mögliches Vorgehen einer dauerhaften Implementierung</i>	116

6.4.5 Zusammenfassung der Kernaussagen zu den Rahmenbedingungen der Implementierung.....	119
6.5 Kategorie 5: Die Finanzierung	121
6.5.1 Erkenntnis der Notwendigkeit zur Bereitstellung von Ressourcen.....	121
6.5.2 Klärung von Zuständigkeiten	123
6.5.3 Zusammenfassung der Kernaussagen zur Finanzierung.....	128
6.6 Kategorie 6: Die gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen	128
6.6.1 Strukturelle Rahmenbedingungen	128
6.6.2 Mentalität der Bevölkerung.....	131
6.6.3 Image der Pflegeberufe	133
6.6.4 Gesellschaftliches Problembewusstsein.....	136
6.6.5 Zusammenfassung der Kernaussagen zu den gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen.....	140
6.7 Kostenaufstellung.....	141

TEIL III - DISKUSSION, FAZIT UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

7. Diskussion	143
7.1 Methodische Diskussion	143
7.2 Inhaltliche Diskussion.....	146
8. Fazit.....	153
9. Handlungsempfehlungen.....	157
Literaturverzeichnis.....	159
Anhang (separates Dokument)	

1. Einleitung

Gesundheit als fundamentales Menschenrecht?

Das Strategiepapier ‚Gesundheit 21‘ der WHO hat sich zum obersten Ziel gemacht, das volle gesundheitliche Potenzial für alle zu erreichen. Denn Gesundheit ist auch die Grundlage für Wohlbefinden und Lebensqualität. Mit den Grundwerten der gesundheitlichen Chancengleichheit sowie der Partizipation und Rechenschaftspflicht auf allen Ebenen bildet die Anerkennung der Gesundheit als ein fundamentales Menschenrecht die ethische Grundlage zur Erreichung des vollen gesundheitlichen Potenzials für alle Menschen in den Mitgliedsländern der europäischen Region der WHO (WHO 1998).

Zwar verbessert sich die allgemeine gesundheitliche Lage in den 53 Mitgliedsländern seit Jahren kontinuierlich, doch wachsen die Unterschiede in den Mortalitäts- und Morbiditätsraten einzelner Ländergruppen zunehmend. Auch die Republik Moldau, welche zu der Gruppe der GUS-Staaten gezählt wird, weist wie zentralasiatische Länder hohe Krankheits- und Sterberaten auf (WHO 2010). Vor allem in den ländlichen Regionen ist der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung keineswegs überall angemessen.

Um dieser Problematik entgegenzuwirken, gibt es weltweit immer mehr Lösungsansätze, welche neue und bestehende Versorgungskonzepte und Strukturen entwickeln bzw. stärken. Im Zuge dessen werden neue Berufsbilder entwickelt, welche die Versorgungslage und den Zugang zur Versorgung verbessern sollen. Auch hier finden Ansätze der WHO großen Zuspruch, was u.a. daran zu erkennen ist, dass die große Mehrheit der Versorgungsmodelle und Berufsbilder auf partizipative und empowernde Ansätze, welche im Setting Gemeinde durchgeführt werden, ausgerichtet ist.

In der Republik Moldau stellt die prekäre medizinische, soziale und pflegerische Unterversorgung der ländlichen Bevölkerung die Gesellschaft vor eine große Herausforderung. Besonders erschwerend kommt, neben der Armut in dem süd-osteuropäischen Land, die hohe Auswanderungsquote der arbeitsfähigen Bevölkerung hinzu. Ferner wird das Land seit Jahren durch

die politische Instabilität geschwächt, was die Entwicklung einer verbesserten Versorgung zusätzlich erschwert.

Aus der Notwendigkeit einer besseren Versorgung auf dem Land ist das Modellprojekt ‚Aufsuchende Gemeindepflege‘ entstanden, welches eine medizinisch und sozial-pflegerische Versorgung für bedürftige Menschen in zwei Landkreisen anbietet. Das eigens dafür entwickelte Berufsbild der ‚Gemeindepflegerin‘ soll der Unterversorgung durch aufsuchende Arbeit, bei gleichzeitiger Verbindung mehrerer Disziplinen, entgegenwirken.

In der heutigen Zeit steigt der allgemeine gesellschaftliche Anspruch nach wissenschaftlicher Überprüfung von Projekten. Einerseits um deren Wirkung und Sinnhaftigkeit zu untersuchen, andererseits um die Allokation finanzieller Mittel zu steuern. Somit wurde der Abschluss der ersten Projektphase, welche die Ausbildung der Gemeindepflegerinnen und deren mehrmonatige Tätigkeit umfasst, zum Anlass genommen, eine Zwischenevaluation des bisherigen Projektverlaufs durchzuführen.

Die Evaluation ist formativ angelegt und soll das Projekt nicht nur bewerten, sondern auch Verbesserungspotenzial aufdecken. Das Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit orientiert sich an den vorab festgelegten Projektzielen, deren Realisierbarkeit überprüft werden soll. Unter Einbeziehung der Projektziele wurden fünf zentrale Fragestellungen entwickelt. Ein besonderer Augenmerk liegt dabei auf dem Hauptanliegen der Projektinitiatoren: die Sicherstellung der Nachhaltigkeit durch eine dauerhafte Implementation des Konzepts in das moldauische Regelversorgungssystem.

Zur Verdeutlichung der Problemlage und der enormen Herausforderungen, vor denen Moldau steht, wird zunächst die gesellschaftliche, politische und geschichtliche Lage der Republik dargestellt. Diese Hintergründe sind ausschlaggebend für die aktuelle gesundheitliche Problemlage und müssen bei der schwierigen Lösung der Problematik beachtet werden. Zum Beispiel ist das Gesundheitswesen ist noch stark vom pathogenetischen Denken geprägt, weshalb modernere, salutogenetisch orientierte Konzepte nur langsam auf Akzeptanz stoßen. Grundlegende Elemente niedrigschwelliger, aufsuchen-

der Arbeit und in diesem Zusammenhang erfolgversprechende Konzepte bzw. Strategien der Gesundheitsförderung sollen das hohe Potenzial einer salutogenetisch orientierten Ausrichtung in der gesundheitlichen Versorgung verdeutlichen. Weltweit gibt es verschiedenste Versorgungskonzepte und Berufsbilder, welche die Grundprinzipien der Gesundheitsförderung und Prävention einbeziehen und zumindest in einigen Ansätzen als Vorbild für eine Entwicklung in der Republik Moldau dienen könnten. Besonders interessante Konzepte und Berufsbilder werden in diesem Kontext skizziert. Der erste Teil schließt mit der Vorstellung der durchführenden Stiftung und des Projektes ‚Aufsuchende Gemeindepflege‘, welches eine salutogenetische Orientierung aufweist.

Im empirischen Teil der Arbeit werden, die Forschungsfrage, die Methodik dieser Untersuchung und die Ergebnisse der durchgeführten Interviews, dargestellt.

In der anschließenden Diskussion wird sich mit den Ergebnissen und der Methodik der vorliegenden Arbeit auseinandergesetzt. Die Diskussion und das anschließende Fazit führen zur abschließenden Formulierung von Handlungsempfehlungen, welche Verbesserungsoptionen und das Implementationspotenzial formulieren.

TEIL I

GRUNDLAGEN

2. Versorgungsstruktureller Hintergrund in der Republik Moldau

In diesem Kapitel sollen Grundlagen zur Republik Moldau dargestellt werden. Hierbei werden zuerst übersichtsartig die gesellschaftliche und politische Entwicklung des Landes seit der Unabhängigkeit von der Sowjetunion und daraus resultierende aktuelle Problematiken erläutert. Im Anschluss wird der Fokus auf die Situation im Gesundheitsversorgungssystem mit wichtigen Reformen und zukünftigen Reformplänen gelegt. Im letzten Teil wird die gesundheitliche Lage der Bevölkerung, also die akute Krankheitslast und die vorhandenen Versorgungsstrukturen, dargestellt. Dabei wird explizit auf die Probleme in den Versorgungsstrukturen sowie auf die großen Unterschiede der städtischen und ländlichen Gebiete eingegangen.

2.1 Gesellschaftspolitische Situation

Die Republik Moldau ist ein kleines Land in Süd-Osteuropa. Es grenzt an Rumänien und die Ukraine und ist somit seit 2004, durch den EU-Beitritt Rumäniens, ein direkter Nachbar der Europäischen Union (Schmidt 2007). Die Republik, mit der Regierungsform der parlamentarischen Demokratie, ist verhältnismäßig jung. Am 27.08.1991 wurde die Unabhängigkeit von der Sowjetunion erklärt, dieses Ereignis brachte große politische, ökonomische, soziale und auch kulturelle Herausforderungen für die folgenden Regierungen. So galt es, eine Wende einzuleiten von einer totalitären zentralistischen Verwaltung zu einer freien demokratischen (Zivil-) Gesellschaft (WHO 2009).

Die Bevölkerung der Republik Moldau setzt sich aus moldauischen, rumänischen, ukrainischen, russischen, kaukasischen und bulgarischen ethnischen Gruppen zusammen (AA 2011). Diese multiethnische Bevölkerungsstruktur ergibt sich aus den historischen Machtverhältnissen und Konflikten der Region. Das Gebiet, auf welchem sich die heutige Republik Moldau

befindet, war im Laufe der Geschichte Teil verschiedener Großmächte wie der k. und k. Monarchie, dem russischen Zarenreich, dem osmanischen Reich und der Sowjetunion. Je nach Ausbreitung der Reiche waren unterschiedliche Regionen inkludiert und Teil der herrschenden Gesellschaftsmodelle und Kulturen (Schmidt 2007). Die stärkste Ausprägung multiethnischen Konflikte ist der seit 1992 schwellende Transnistrienkonflikt, in dem die Bevölkerung des südöstlichen Randes des Landes aufgrund ihrer ethnischen Zusammensetzung eine Unabhängigkeit von der Republik Moldau erkämpfen will. Bis heute gibt es keine nennenswerten Lösungsansätze zur Beilegung des Konfliktes (ebd.).

Die Republik Moldau¹ gliedert sich nach Angaben des Auswärtigen Amtes in 30 Kreise (Rajone) mit der Hauptstadt Chisinau, zusätzlich gibt es die autonome Region Gaugasien und die bereits angesprochene abgespaltene Region Transnistrien (AA 2011). Im Jahr 2010 lag die Bevölkerung des Landes bei 3.563.700 Menschen, davon leben knapp 22 Prozent in der Hauptstadt Chisinau und über die Hälfte (58,6 Prozent) lebt in ruralen Gebieten (NBSRM 2010). Ein Drittel der Bevölkerung arbeitet in der Landwirtschaft und macht diese und die Lebensmittelproduktion zu den größten ökonomischen Zweigen in der Republik (Richardson et al. 2011; WHO 2009). Das Projekt ‚Aufsuchende Gemeindepflege‘, welches Thema dieser Ausarbeitung ist, findet derzeit in den Kreisen Orhei und Cimislia statt. Orhei liegt im Zentrum des Landes und Cimislia im südlichen Teil. Das Stadt-Land-Verhältnis ist in beiden Kreisen um fast 15 bis 20 Prozent höher als im republikweiten Durchschnitt (NBSRM 2010).

Moldau gilt im Allgemeinen als eines der problembehaftetsten Länder in Europa. Die Probleme resultieren hauptsächlich aus der politischen und ökonomischen Unsicherheit im Land (Schmidt 2007). Im Folgenden soll auf die vier grundlegenden Probleme Armut, Emigration, mangelnde Infrastruktur und politische Unsicherheit eingegangen werden.

¹ Wenn im Folgenden von der Republik Moldau gesprochen wird, wird auf das Gebiet ohne Transnistrien Bezug genommen, da diese Region in den Statistiken nicht erfasst wird.

Ein großes Problem stellt die Armut der Bevölkerung dar. Moldau ist das ärmste Land Europas und laut Schätzungen der Weltbank leben fast 29 Prozent der Bevölkerung unterhalb der Armutsgrenze (Richardson et al. 2011). Besonders auffällig ist das Stadt-Land-Gefälle: Obwohl das BIP in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen ist und das Armutsniveau in den Städten sinkt, gibt es in den ländlichen Gebieten eine Stagnation oder sogar leichte Anstiege zu verzeichnen (WB 2006). Dies ist vor allem auf fallende Löhne und steigende Kosten für Agrararbeiter zurückzuführen. Eine aktuelle Entwicklung in der Wirtschaft, nämlich die Privatisierung der Böden und der landwirtschaftlichen Industrie, verschärft die Schieflage (Schmidt 2007). Agrararbeiter werden dazu gedrängt, als Selbstständige ihre Arbeitskraft an große Konzerne zu verkaufen (Richardson et al. 2011).

Ein zweites Problem, welches durch die steigende Armut begünstigt wird, ist die Emigration der arbeitsfähigen Bevölkerung. Seit der großen Emigrationswelle von 2001 wird geschätzt, dass 25 Prozent bis 33 Prozent der moldauischen Bevölkerung im Ausland arbeiten (Schmidt 2007). In diesem Migrationsprozess haben ca. 42 Prozent die Kinder im Heimatland zurückgelassen (NCPM 2006). Als Resultat bleiben viele Kinder mit nur einem oder sogar ohne Elternteil zurück und wachsen bei Großeltern und Verwandten oder als Waisen auf (Schmidt 2007). Laut WHO leben nur zwei Drittel der unter 15-Jährigen mit beiden Elternteilen. Das ist ein Anstieg von ca. 20 Prozent seit dem Jahr 2000, womit Moldau im internationalen Vergleich mit anderen Staaten aus der Region den geringsten Anteil von Kindern hat, die bei beiden Elternteilen aufwachsen (WHO 2009). Diese sog. „Sozialwaisen“ haben ein stark erhöhtes Risiko zu verelenden sowie vernachlässigt, missbraucht oder ausgebeutet zu werden (NCPM 2006). Doch es werden nicht nur Kinder, sondern auch ältere und kranke Menschen durch Emigration zurückgelassen (Grant et al. 2009). Dies kann besonders in ruralen Gebieten zu Einsamkeit, Isolation und Verlust von lebenspraktischer und ökonomischer Unterstützung führen. Die Versorgung der zurückgelassenen Kinder kann eine zusätzliche psychische, körperliche oder ökonomische Belastung für die zurückgelassenen älteren Menschen darstellen.

Zwar können einige dieser Problematiken durch Verbesserung der Kommunikations- und Transportmöglichkeiten sowie Geldrücksendungen abgemildert werden, aber besonders die Unterstützung im täglichen Leben und die Pflege kranker Menschen kann aufgrund der Abwesenheit der arbeitsfähigen Bevölkerung nicht mehr gewährleistet werden (ebd.). Die Migration hat neben den beschriebenen sozialen Folgen auch gewichtige Auswirkung auf die Ökonomie des Landes. Der sog. Brain Drain, also die Abwanderung gut ausgebildeter Arbeiter, zumeist aus ökonomischen Gründen, da sie im Ausland Hoffnung auf höhere Löhne haben, hat einen Fachkräftemangel in vielen Bereichen zur Folge (Hermann 2010).

Als dritte Problematik ist die geringe Verfügbarkeit von industriellen Arbeitsplätzen und die daraus resultierende Schaffung von Infrastruktur zu nennen. Das höchste Wirtschaftsaufkommen in der Republik Moldau ist in Chisinau und Balti² zu finden (Muravski et al. 2009). Somit spielen diese beiden Ballungszentren, speziell Chisinau, eine Schlüsselrolle in der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung im Land. Die Einwohner dieser Gebiete haben einen höheren Lebensstandard als die restliche Bevölkerung. Hier sammelt sich der Großteil der Beschäftigung, des Reichtums und des Konsums. Somit werden auch die meisten Steuereinnahmen und öffentlichen Ausgaben, besonders im Bereich Infrastruktur, in diesen Ballungsgebieten gemacht. Weiterhin gibt es große Lohnunterschiede zwischen Stadt und Land, welche die ökonomische Ungleichheit verstärken (ebd.). Nach Schätzungen liegen ein Drittel der Löhne in ruralen Gebieten unter der internationalen Armutsgrenze. Außerdem steigen, wie bereits erläutert, die Ausgaben der Arbeiter in der Landwirtschaft, dem einzigen Wirtschaftszweig in den ruralen Gebieten stark an. Das Dilemma liegt auf der Hand: Die Ballungsgebiete Chisinau und Balti entwickeln sich rasant und lassen den Rest des Landes weit hinter sich zurück (ebd.). Da sich Firmen und Industrie aber vornehmlich in besser entwickelten Gegenden ansiedeln, können sich die ruralen Gebiete nicht weiterentwickeln. Somit drängen große Teile der Bevölkerung in die großen Ballungsgebiete oder ins Ausland, um

² Balti ist mit annähernd 150.000 Einwohnern die zweitgrößte Stadt in der Republik Moldau.

ihre ökonomische Situation zu verbessern. Es wird davon ausgegangen, dass 92 Prozent der im Ausland arbeitenden Bevölkerung ursprünglich aus ruralen Gebieten kommen. Als Resultat aus diesem Dilemma bleiben unterentwickelte ländliche Gebiete mit rudimentärer Infrastruktur und wenig Perspektiven für die dort lebende Bevölkerung zurück (ebd.).

Ein letztes großes Problem, welches hier thematisiert werden soll, ist die politische Unsicherheit und die mangelnde Demokratisierung des Landes. Nachdem die Regierung seit fast zehn Jahren kontinuierlich von der Kommunistischen Partei gestellt wurde, befindet sich die Republik Moldau derzeit in einem politischen Schwebezustand (Vitu 2010). Als Gegengewicht treten nun liberale und sozialdemokratische Parteien auf das politische Parkett und machen den Kommunisten mit der Allianz für die Europäische Integration Konkurrenz (Dix 2010). Im Jahre 2010 konnte nach drei Wahlgängen keine der genannten Parteien oder Verbünde eine funktionierende Regierung nach Verfassungsvorgaben stellen (ebd.). Diese Pattsituation spiegelt auch die ideologische Spaltung der moldauischen Bevölkerung wieder. Ein Teil wünscht sich eine nähere Anbindung an Russland, der andere Teil ist prowestlich eingestellt und möchte eine Öffnung zur EU (Flückiger 2010). Eine mangelnde Demokratisierung kann an verschiedenen Faktoren gemessen werden (Vitu 2010). Bisher gibt es in der Republik Moldau noch keine vollständige Trennung der Legislative, Exekutive und Judikative und fehlende Transparenz politischer Entscheidungen. Weiterhin herrscht ein Mangel an Rechtstaatlichkeit und die Umsetzung von Justizreformen erweist sich als schwieriger als gedacht. Medienfreiheit ist nicht gewährleistet, da viele Medien unter staatlichem Einfluss stehen und sich viele Journalisten einer freiwilligen Selbstzensur unterwerfen. Als weiterer wichtiger Faktor ist die Korruption zu nennen, welche immer noch allgegenwärtig in der Republik Moldau ist (ebd.). In den angesprochenen Bereich besteht noch dringender Handlungsbedarf bei der Entwicklung zu einem demokratischen Staat (ebd.). Der Grad der Entwicklung einer Demokratie kann auch an der Ausprägung der Zivilgesellschaft, also den Aktivitäten und der Bedeutung von Nichtregierungsorganisationen (NGOs) gemes-

sen werden (ebd.). In der Republik Moldau besteht derzeit immer noch ein schwieriges Verhältnis zwischen der Regierung und NGOs. Sie wurden von der Regierung als Antiregierungsorganisationen wahrgenommen, da sie nicht mit den staatlichen Vorstellungen konform gingen (Tombizik 2008). Aktuell gibt es ca. 7.000 NGOs in der Republik Moldau. Die wichtigsten Themen sind soziale Ungerechtigkeit, Bildungswesen, Umweltschutz, Menschenrechte, Demokratisierung, Korruption und unfreie Medien. Es wird geschätzt, dass lediglich die Hälfte davon wirklich aktiv ist. Und es gibt viele regierungsnahen NGOs, die nur auf dem Papier existieren und Regierungsgelder einstreichen (ebd.). Dies führt dazu, dass viele NGOs Finanzierungsprobleme haben. Immer noch fördert die Regierung lieber regierungsnahen, bequemen NGOs und weniger solche, die gesellschaftliche Missstände anprangern. Somit ist die Mehrheit der NGOs überwiegend damit beschäftigt, ihre Finanzierung zu sichern und hat wenig Zeit, sich ihren eigentlichen Aufgaben zu widmen. Um zu überleben sind sie zumeist auf ausländische Unterstützung angewiesen. Diese finanzielle Abhängigkeit führt aber in der Republik Moldau zu einem Glaubwürdigkeitsproblem (ebd.).

Trotz der angesprochenen Problematiken darf aber nicht vergessen werden, dass die Republik Moldau als demokratischer Staat erst seit 1991 existiert. Der Übergang zu einer Zivilgesellschaft und die Bürde des wirtschaftlichen Zusammenbruchs nach dem Zerfall der Sowjetunion können nicht innerhalb weniger Jahre geschultert werden (Schmidt 2007). Das Land befindet sich in einem Übergangstatus, in dem politische Routine, eine stabile Marktwirtschaft und soziale Partizipation im Entstehen begriffen sind. Und die Aussichten sind gut: Trotz der aktuellen politischen Schwebesituation hat sich der Demokratisierungsgrad seit 2000 stark verbessert (Vitu 2010). Die Wirtschaft stabilisiert sich und das BIP steigt zumindest langsam an (WHO 2009/ WB 2006). Weiterhin ist an der Zahl der NGOs zu beobachten, dass es eine aufkeimende Zivilgesellschaft gibt. Es bleibt abzuwarten, wie sich das Land in Zukunft weiterentwickelt.

2.2 Gesundheitssystem

Das Gesundheitssystem der Republik Moldau besteht aus drei Säulen: dem stationären Sektor (Krankenhäuser), dem ambulanten Sektor (Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung) und der Notfallversorgung (Einrichtungen der ‚Schnellen Hilfe‘). Derzeit wird besonders die zweite Säule gestärkt und die Bedeutung der Familiengesundheit hervorgehoben (Wollenweber 2008). Die Hauptakteure des Gesundheitswesens sind das Gesundheitsministerium und die National Health Insurance Company (NHIC). Das Gesundheitsministerium ist verantwortlich für die Koordination des Gesundheitssystems, führt Reformen durch und kontrolliert die medizinischen Einrichtungen. Das NHIC regelt die Finanzierung der Gesundheitsversorgung, schließt Verträge mit den Gesundheitsleistungsanbietern und sammelt gesundheitsbezogene Daten der Bevölkerung (WHO 2009).

Bis das Gesundheitssystem seine derzeitige Form erreicht hatte, waren eine Reihe von Reformen und Umstrukturierungen nötig. Diese sollen im Folgenden kurz beschrieben werden, da ein Basiswissen über das Gesundheitssystem wichtig für das Verständnis der Versorgungsproblematik und möglicher Lösungsansätze ist. Das moldauische Gesundheitssystem basiert auf dem sowjetischen Semashko-Modell (Richardson et al. 2011). Dieses Modell bezog sich auf den Mediziner Nikolai Semashko. Es war ein nationales Gesundheitssystem, das staatlich organisiert und durch Steuern finanziert wurde. Die Lenkung und Ressourcenverteilung oblag staatlichen Organen. Alle Bürger hatten uneingeschränkten Zugang zu Versorgungsleistungen. Dieses historische Modell wird mittlerweile nicht mehr angewendet, doch sind im aktuellen Gesundheitssystem der Republik Moldau noch Auswirkungen zu erkennen (Busse 2006; Jaeckel 2009). Das Semshko-Modell galt als sehr kosten- und ressourcenintensiv. Nach der Unabhängigkeit von der Sowjetunion sollte das bis dahin vorgegebene Gesundheitssystem reformiert werden (Richardson et al. 2011). Doch zunächst wurde der Ausbau aufgrund der schwierigen makroökonomischen Situation im Land vernachlässigt. Die schwache Wirtschaft und geringen Steuereinnahmen führten dazu,

dass eine ausschließlich staatliche Finanzierung des Gesundheitssystems nicht mehr tragfähig war. Das Dilemma bestand in dem Anspruch eines barrierefreien Zugangs der Bevölkerung zu Versorgungsleistungen, aber zu geringen verfügbaren Ressourcen zur Finanzierung (ebd.).

Als Reaktion auf die finanzielle Krise wurde in der ersten Reformphase von 1997 bis 2003 die Health Sector Strategy beschlossen. Sie führte zu einer Verschlankung des Versorgungsapparates durch die Schließung von Krankenhäusern und Reduzierung von medizinischem Personal. Weiterhin wurde der Sektor der primären Versorgung umstrukturiert, hin zu einem General Practice Model mit dem Fokus auf Familiengesundheit (WHO 2009). Diese Umstellung war notwendig, um den medizinischen Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht zu werden. Im Zuge der Reformen wurden Weiterbildungsprogramme für praktizierende Ärzte und Ärztinnen eingeführt sowie eine Implementierung der Familiengesundheit in das Ausbildungscurriculum angestrebt. Die Bemühungen fruchteten und mittlerweile gibt es ca. 2.000 Familienärztinnen und -ärzte (Wallace & Brinister 2010). Trotz der Reform blieb die Versorgungssituation weitgehend unbefriedigend. Aufgrund der geringen verfügbaren Ressourcen des Gesundheitsministeriums kam es zu einem hohen Anteil von privaten Zuzahlungen, besonders bei Medikamenten. Diese Situation erschwerte bzw. machte einen Zugang für die ‚arme‘ Bevölkerung zur Versorgung praktisch unmöglich. Weiterhin blieb die Finanzierung des Versorgungsapparates schwierig (Richardson et al. 2011).

In der zweiten Reformphase seit 2004 wurde die Mandatory Social Health Insurance (MHI) eingeführt. Die Organisation und Finanzierung wurden aus den Händen des Gesundheitsministeriums in die der NHIC, einer nachgeordneten Organisation, gelegt (WHO 2009). Die NHIC setzt auf ein gemischtes Finanzierungskonzept. Ein Drittel des Budgets wird durch Arbeitgeberbeiträge finanziert, zwei Drittel werden aus staatlichen Zuschüssen aus dem nationalen Budget finanziert. Dieser Anteil wird für die Versorgung der nicht arbeitsfähigen Bevölkerung (unter 15-Jährige, über 65-Jährige sowie Menschen mit Behinderung und Arbeitslose) aufgewendet. Der Umfang der

MHI umfasst hausärztliche Versorgung, Notfallversorgung und stationäre Versorgung. Weiterhin werden alle Medikamente übernommen, welche im stationären Setting verschrieben werden. Von der Erstattungsliste exkludiert sind viele hochtechnologische Diagnoseverfahren und diverse Maßnahmen der reproduktiven Gesundheitsversorgung sowie fast alle ambulant verschriebenen Medikamente (Richardson et al. 2011). Alle nicht eingeschlossenen Leistungen müssen von den Patientinnen und Patienten vollständig privat finanziert werden. Zusammenfassend können nach Richardson et al. (2011) als Erfolge der Reform die Grundsicherung der nicht arbeitsfähigen Bevölkerung, die Verbesserung der Finanzierungssituation und zumindest eine initiale Verringerung der Zuzahlung zu Medikamenten genannt werden. Dennoch bleibt das Niveau der Zuzahlungen immer noch sehr hoch und der Anteil nichtversicherter Personen ist fast gleich geblieben. Hierbei werden besonders arme Bevölkerungsschichten, chronisch Kranke und Selbständige benachteiligt.

Der Nutzen einer Versicherung für die Bevölkerung ergibt sich aus der Breite (wer alles versichert ist), der Tiefe (welcher Anteil der anfallenden Kosten übernommen wird) und der Bandbreite (welche Leistungen abgedeckt werden) (Richardson et al. 2011). Die Einführung der MHI hat die Versorgungssituation der Bevölkerung der Republik Moldau in jedem Fall verbessert, doch besteht in allen drei Bereichen weiterer Handlungsbedarf, um einen gleichen und gerechten Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (ebd.).

Aufgrund des angesprochenen Handlungsbedarfs läuft seit 2007 die dritte Reformphase. Bis 2021 soll die ‚National Health Policy‘ verwirklicht werden. Die Kernelemente dieser Reform sind die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten durch Faktoren wie Schichtzugehörigkeit oder Wohnort und eine Effektivitäts- und Qualitätssteigerung des Gesundheitswesens (WHO 2009). Die formulierten Ziele sind:

- Gesundheitsförderung und Prävention durch gesellschaftliches und individuelles Empowerment

- Sicherung der Mutter-Kind-Gesundheit durch gezielte Versorgungsangebote
- Stärkung der Gesundheit junger Personen durch Bildung und psychosoziale Unterstützung
- Unterstützung der älteren Bevölkerungsschicht durch Förderung von unabhängigem Leben und gesellschaftlicher Integration
- Kontrolle der chronischen Krankheiten durch präventive Aktivitäten und Förderung von gesundheitsförderlichen Lebensstilen

Weitere Maßnahmen sollen in den Bereichen Förderung des Gesundheits- und Umweltschutzes, Verbesserung der Ernährungssituation und Förderung von mehr Bewegung, Bekämpfung und Reduzierung des Alkohol-, Tabak- und illegalen Drogenkonsums, Prävention von Gewalt und Trauma, Förderung der Angebote für psychische Gesundheit, Eindämmung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS und Tuberkulose angestrebt werden (WHO 2009). Der Erfolg dieser Reform und die Verbesserung der gesundheitlichen Lage und des Zugangs zu Versorgungsleistungen der Bevölkerung bleiben abzuwarten.

Exkurs: Verantwortung der Gesundheitssysteme

Innerhalb der letzten 15 Jahre hat sich der Gesundheitszustand in der europäischen WHO-Region allgemein verbessert (WHO 2010). Doch gibt es demografische und epidemiologische Hürden, welche die Gesundheitssysteme der Länder vor neue Herausforderungen stellen: Gegenwärtig kommt erschwerend die weltweite Wirtschaftskrise hinzu, welche die Brisanz der bestehenden Probleme im Gesundheits- und Sozialsektor verstärkt (ebd.). Die Bedeutung neuer Versorgungskonzepte und flexiblerer Versorgungssysteme ist aufgrund der aktuellen und auch zukünftigen Entwicklung hoch und wird vermutlich noch zunehmen. Hierbei ist eine verantwortungsbewusste Steuerung der Gesundheitssysteme durch die Politik vermutlich unumgänglich, da die Bedeutung des Gesundheitswesens zukünftig noch weiter zunehmen wird (bpb 2011).

Dass der Staat überhaupt an der Steuerung der Gesundheitsversorgung beteiligt sein muss, wird durch die Zielvorstellungen von Solidarität, Gerechtigkeit und Effizienz gerechtfertigt (Kern 2002). Besonders die Gesundheitsministerien sind europaweit aufgefordert mehr Verantwortung zu übernehmen und einen allgemein gesundheitsförderliche Gesamtpolitik zu etablieren und innovative Maßnahmen zu ergreifen, welche die Qualität der Versorgung sowie die Chancengleichheit des Zuganges verbessern (WHO 2010). Doch auf politischer Ebene sollten für die Steuerung und Optimierung des Gesundheitssystems neben dem Gesundheitswesen auch andere politische Ressorts einbezogen werden. Diese politische Verantwortung wird auch in der 2008 verabschiedeten Charta von Tallinn hervorgehoben. Sie ist gekennzeichnet durch *„die ausdrückliche Sorge um Gesundheit und Chancengleichheit in allen Politikbereichen [...] im Hinblick auf die gesundheitlichen Auswirkungen der Politik“* (ebd: 160).

Ein Beispiel für eine politische Maßnahme ist der Ausbau von primären Versorgungsstrukturen. Eine große Bedeutung in der primären Versorgung haben Mediziner und Medizinerinnen bei Gesundheitsförderung und Prävention (z.B. Bluthochdruckkontrollen, Aufklärung über Gesundheitsrisiken uvm.), da sie im Wesentlichen für Gesundheitsaufklärung, Vorsorge etc. zuständig sind. (ebd.). Neben Ärztinnen und Ärzten, die diese Aufgaben bisher größtenteils übernommen haben, sind weitere Gesundheitsfachkräfte notwendig, um alternative Anknüpfungspunkte zwischen Patientinnen und Patienten und dem Versorgungssystem zu schaffen (ebd.). Länder wie bspw. Schweden und England haben bereits große Fortschritte in der Entwicklung solcher neuen Versorgungskonzepte erzielt und haben in diesem Kontext die Position der Pflegefachkräfte gestärkt, die wesentliche Anteile zur Erbringung und Steuerung von Gesundheitsleistungen übernehmen und darüber hinaus die Trennung von Gesundheits- und Sozialbereich abschwächen (vgl. Kapitel 3.2.2 und 3.2.3). Eine ergänzende Übernahme der Primärversorgung durch Pflegekräfte erscheint v.a. zu Zeiten des Ärztemangels bedeutend (ebd.).

2.3 Gesundheitliche Lage der Bevölkerung

Die Lebenserwartung in der Republik Moldau liegt bei 69,4 Jahren. Bei Frauen liegt sie derzeit bei 73,4 Jahren und ist somit erheblich höher als bei den Männern, die im Durchschnitt eine Lebenserwartung von 65,3 Jahren haben (WHO 2009; UN 2010). Damit liegt die moldauische Bevölkerung im internationalen Vergleich mit den EU-Staaten unter dem Durchschnitt (Wollenweber 2008).

In der Republik Moldau macht sich wie in vielen anderen europäischen Ländern der demografische Wandel bemerkbar. Die Bevölkerungszahl nimmt langsam ab, da die Sterberaten höher sind als die Geburtenraten und es einen hohen Anteil an Emigration gibt (WHO 2009). Kamen in den 80er Jahren noch 2,55 Kinder auf jede Frau, sind es heute nur noch 1,22 (Wollenweber 2008). Weiterhin wird von einer alternden Bevölkerung gesprochen, mit 18,2 Prozent unter 15 Jahren, 66,5 Prozent zwischen 15 bis 65 Jahren und 15,25 Prozent über 65 Jahren. Die Altersstruktur in den beiden Kreisen Orhei und Cimislia ist vergleichbar mit den republikweiten Zahlen (WHO 2009; NBSRM 2010). Die Bevölkerungspyramide aus dem Jahr 2010 ist im Anhang I einzusehen.

Die Hygienesituation, welche einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung hat, ist relativ gut. In der Republik Moldau haben fast 90 Prozent aller Haushalte Zugang zu sauberem Trinkwasser (WHO 2009). In urbanen Gebieten haben zwei Drittel der Haushalte einen direkten Wasseranschluss. Im Gegensatz dazu ist die Wasserversorgung auf dem Land eher schwierig. Hier sind zwei Drittel der Haushalte auf öffentliche Brunnen zur Trinkwasserversorgung angewiesen (NCPM 2006).

2.3.1 Morbidität und Mortalität

In der Republik Moldau wird von einem eher schlechten Gesundheitszustand der Bevölkerung gesprochen (Wollenweber 2008). Die Hauptdeterminanten

für die Morbidität und die Mortalität der Bevölkerung sind Armut, Alkohol- und Tabakkonsum (WHO 2009).

In der Republik Moldau lebt fast ein Drittel der Bevölkerung unterhalb der Armutsgrenze, besonders schwer wiegt dieses Problem in den ruralen Gebieten (vgl. Kapitel 2.1). Armut hat nicht nur eine materielle Komponente, sie kann auch als der Mangel an ökonomischen, sozialen und emotionalen Chancen beschrieben werden (Bohrhardt 1999). Die sozialen Strukturen, die sich aus diesem Mangel ergeben, haben starken Einfluss auf die körperliche und seelische Gesundheit der Menschen und auf ihre Lebenserwartung. Menschen aus sozioökonomisch schlechter gestellten Schichten haben oft wenig Einfluss auf die Gestaltung ihrer Lebensumwelt und sind somit verstärkt krankmachenden Umweltbedingungen ausgesetzt (Steinkamp 1999). Sie müssen oft schlechte Wohn- und Arbeitsbedingungen hinnehmen und sie haben häufig ein risikobehaftetes Gesundheitsverhalten. Dies ist zum einen auf mangelndes Gesundheitsbewusstsein durch geringe Bildung und Aufklärung, zum anderen auf mangelnde Alternativen zurückzuführen. Weiterhin kann beobachtet werden, dass die soziale Lage der Menschen einen Einfluss auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistung hat (Lampert et al. 2005).

Der Weinbau ist einer der wichtigsten landwirtschaftlichen Zweige in der Republik Moldau, daraus resultiert ein traditionell relativ hoher Weinkonsum, besonders der ruralen Bevölkerung (NCPM 2006). Der jährliche pro-Kopf-Verbrauch von reinem Alkohol liegt in der Republik Moldau bei zwölf Litern und ist somit im internationalen Vergleich mit anderen europäischen Staaten relativ hoch (ebd.). Seit dem Jahre 2001 haben sich die Zahlen der Alkoholabhängigen in Behandlung fast verdoppelt und die Zahl der Alkoholpsychosen fast vervierfacht (Wollenweber 2008). Dies zeigt, dass risikobehafteter Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch innerhalb der Bevölkerung ein großes Problem darstellen. Dies bringt hohe Folgekosten für das Gesundheitssystem (ebd.).

Traditionell war das Rauchen von Tabak in der Republik Moldau nicht sehr stark verbreitet. Modetrends, geringe Preise und eine sehr leichte Verfügbarkeit haben dazu beigetragen, dass mittlerweile das Rauchen in weiten Teilen der Bevölkerung verbreitet ist. Im Alter von 20 bis 34 sind die meisten Raucher zu verzeichnen (ebd.).

Im Jahr 2009 gab es in der Republik Moldau 2.623.900 registrierte Patientinnen und Patienten (NBSRM 2010). Mit 21,2 Prozent sind Atemwegserkrankungen die häufigsten Erkrankungen in der Republik Moldau, dabei sind 86 Prozent Erstdiagnosen. Ihnen folgen Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 16,8 Prozent (13,6 Prozent Neudiagnosen) und den Erkrankungen der Verdauungsorgane mit 12,0 Prozent (22,4 Prozent Neudiagnosen) (ebd.). Die höchste Mortalität haben mit weitem Abstand die Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit ca. 56 Prozent. Ihnen folgen bösartige Neubildungen mit 13,2 Prozent, Erkrankungen des Verdauungssystems mit 9,6 Prozent und Folgen externer Einwirkung wie Vergiftungen und Unfälle mit 8,6 Prozent (UN 2010). Tabellen zur Haupterkrankungen und Haupttodesursachen sind im Anhang II zu finden.

2.3.2 Versorgungsproblematik

Im moldauischen Gesundheitssystem mangelt es an fast allem, an Fachkräften, Krankenhäusern, Krankenhausbetten, technischer Ausstattung, Materialien und Geld (Wollenweber 2008; WHO 2009). Eines der größten Probleme ist die zu geringe Anzahl von medizinischem Personal. Von 1994 bis 2006 ist die Anzahl von Ärztinnen und Ärzten um 38 Prozent und von Pflegekräften um 51 Prozent gesunken (WHO 2009). Dies ist zum einen durch die in Kapitel 2.2 beschriebenen Reformen und den damit einhergehenden Kürzungen im gesamten Versorgungsbereich zu erklären. Zum anderen ist es auf die Tatsache, dass ein Großteil des gut ausgebildeten medizinischen Fachpersonals aufgrund der geringen Löhne und nicht vorhandener Perspektiven das Land verlassen, zurückzuführen (Wollenweber 2008). Der repub-

likweiten Durchschnitt der Ärzte und Ärztinnen liegt bei 19,7 pro 10.000 Personen und des Pflegepersonals bei 52,8 pro 10.000 Personen (NBSRM 2010). Weiterhin zeichnet sich eine Schieflage der Flächenversorgung ab. In den urbanen Ballungsgebieten gibt es eine zu hohe Zahl an spezialisierten Fachärzten und -ärztinnen. In den ruralen Gebieten wiederum fehlt es allgemein an Versorgungsanbietern und -anbieterinnen, so dass weite Gebiete ohne funktionierendes Versorgungsnetz leben müssen (WHO 2009). Als Beispiel seien hier die stark rural geprägten Kreise Cimislia und Orhei genannt, in denen auf 10.000 Menschen lediglich 11,9 bzw. 17,5 Ärztinnen und Ärzte kommen. Als Vergleich dazu hat die Hauptstadt Chisinau eine Arztdichte von 28,2 (NBSRM 2010). Bei den Pflegekräften ist das Stadt-Land-Gefälle nicht ganz so gravierend. Die Pflegepersonaldichte in der Hauptstadt Chisinau ist gleich bis sogar niedriger als in den anderen Regionen des Landes (ebd.). Die demografische Situation sowie die Isolation älterer und kranker Menschen führt besonders auf dem Land zu einem erhöhten Bedarf an medizinischen Versorgungsanbietern, speziell an Pflegekräften. Die häusliche Versorgung, v.a. im aufsuchenden Kontext, ist dort aber nur sehr spärlich ausgebaut. Bisher gibt es kaum Versorgungsstrukturen bzw. Organisationen, welche die Pflege von Kranken und Alten im häuslichen Umfeld übernehmen (Mardarovici et al. 2011). Die wenigen Organisationen, die dieser Arbeit nachgehen, sind bisher NGOs und werden überwiegend aus Spenden und internationalen Mitteln finanziert, da im moldauischen System nicht ausreichend finanzielle Ressourcen dafür zur Verfügung stehen (NBSMR 2010). Um die Versorgungsdichte in den ruralen Gebieten zu verbessern, wurden bereits staatliche Anreize wie höhere Löhne geschaffen. Eine Verbesserung der Situation konnte dadurch aber bisher noch nicht herbeigeführt werden (WHO 2009).

Trotz der Einführung der MHI im Jahre 2004 (vgl. Kapitel 2.2) gibt es eine nicht zu vernachlässigende Zahl von unversicherten Personen. Es wird davon ausgegangen, dass ca. 27 Prozent der arbeitsfähigen Bevölkerung keinen Versicherungsschutz haben (Wollenweber 2008). Hierfür gibt es verschieden Gründe. Eine Studie von Richardson et al. (2011) ergab, dass sechs

Faktoren mit den folgenden Ausprägungen eine Nichtversicherung begünstigen:

Geschlecht	→ männlich
Alter	→ 25 bis 34 Jahre
Familienstand	→ ledig
Status	→ arbeitslos
Höhe des Einkommens	→ gering
Wohnort	→ rurale Gebiete

Weiterhin haben Selbstständige, die sich auch selber versichern müssen, eine 13 mal höhere Wahrscheinlichkeit unversichert zu sein als der Rest der Bevölkerung. Selbstständige Agrararbeiter haben sogar eine 27mal höhere Wahrscheinlichkeit (Richardson et al. 2011). In der Republik Moldau gibt es eine große Anzahl von selbständigen Agrararbeitern. In vielen Fällen fühlen sie sich nicht in der Lage, die Versicherungsbeiträge zu finanzieren. Ein anderer wichtiger Grund für eine nichtvorhandene Versicherung ist das fehlende Vertrauen in die Versorgungsstrukturen. Viele Menschen haben die Erfahrung gemacht, ohnehin informelle Zahlungen an den Versorgungsanbieter oder Zuzahlungen zu verschriebenen Medikamenten leisten zu müssen (ebd.).

Die angesprochenen Zuzahlungen zu Medikamente sind ein weiteres Problem der Versorgungssituation. Die Erstattungsliste der MHI ist relativ kurz und es werden fast nur Medikamente übernommen, welche im stationären Setting verschrieben werden. Nach Schätzungen sind fast 45,8 Prozent aller Ausgaben im Gesundheitssystem private Zuzahlungen (Richardson et al. 2011). Diese Situation erschwert den Zugang der ärmeren Bevölkerung zu Medikamenten und somit zu einer angemessenen Behandlung. Ein Ergebnis der Studie von Richardson et al. (2011) zeigt, dass viele Menschen im Krankheitsfall immer zuerst die Medikamente verbrauchen, die sie noch zu Hause vorrätig haben und sich nicht professionell behandeln lassen. Dies ist für die Heilungschancen der Betroffenen eher hinderlich.

2.4 Zusammenfassung

Die Republik Moldau ist ein sich entwickelnder postsowjetischer Staat im Transitstatus mit einigen Problemfeldern wie Armut, Migration und politischer Instabilität, aber auch einer langsam aufkeimender Zivilgesellschaft. Es gibt zwei industrielle Ballungsgebiete Chisinau und Balti, welche sich rasant entwickeln und den Rest des Landes hinter sich zurücklassen. Diese Entwicklung hat zur Folge, dass die Landbevölkerung verarmt und somit große Teile der jungen arbeitsfähigen Bevölkerung versuchen, ihre schlechte sozioökonomische Situation durch Arbeitsmigration zu verbessern. Zurück bleiben deren Kinder, ältere und kranke Menschen, die in den verlassenen Städten auf dem Land leben. Das Gesundheitssystem des Landes befindet sich in einem stetigen Reformprozess, der das Dilemma zwischen dem Anspruch an einen barrierefreien Zugang der Bevölkerung zu Versorgungsleistungen und nicht ausreichenden Ressourcen lösen soll. Die Hauptdeterminanten für die Gesundheit der Bevölkerung sind Armut, Alkohol und Tabakkonsum. Chronische Krankheiten sind auf dem Vormarsch und bestimmen die Morbiditäts- und Mortalitätsraten. Die politischen, gesellschaftlichen und versorgungstechnischen Probleme wiegen in den ruralen Gebieten besonders schwer. Dort gibt es deutlich weniger Krankenhäuser, Krankenhausbetten, niedergelassene Landärzte und -ärztinnen und Pflegepersonal. Erschwert wird die Situation durch eine rudimentäre Infrastruktur und die daraus resultierende fehlende Mobilität.

Folglich kann festgehalten werden, dass Menschen aus niedrigeren sozioökonomischen Verhältnissen einen eingeschränkten Zugang zum Versorgungssystem haben. Sie leben eher in ruralen Gebieten, in denen es einen Mangel an Versorgungseinrichtungen sowie professionellen Leistungsanbietern gibt. Es besteht ein erhöhtes Risiko, nicht versichert zu sein und selbst, wenn sie versichert sind, können sie sich die notwendigen Medikamente aufgrund der Zuzahlungen meist nicht leisten. Um diese gesundheitliche Ungleichheit zu verringern und einen gleichen Zugang zur Versorgung zu gewährleisten, besteht dringender Handlungsbedarf. Die Republik Moldau

hat dieses Problem bereits erkannt und hat die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit zu einem Hauptziel ihrer National Health Policy 2021 erklärt. Dieses übergeordnete Ziel kann durch die Veränderung des Versorgungsapparates und durch die Umsetzung neuer Ideen und salutogenetisch orientierter Konzepte bei der Versorgung der weniger mobilen Landbevölkerung vorangetrieben werden. Das wird im folgenden Kapitel genauer erläutert.

3. Aufsuchende Gemeindepflege als niederschwellige Versorgungsstrategie: Theorie und Beispiele aus der Praxis

Es ist keine Neuigkeit, dass präventive und gesundheitsförderliche Interventionen nicht immer den gewünschten Erfolg erzielen oder die Zielgruppen erst gar nicht erreichen. In diesem Kapitel werden grundlegende Elemente niedrigschwelliger Interventionen im gesundheitsförderlichen Kontext dargestellt, welche die Erfolgchancen von gesundheitsbezogenen Projekten erhöhen sollen. Im Anschluss werden beispielhafte, weltweite Konzepte bzw. Berufsbilder dargestellt, welche sich der Elemente der Gesundheitsförderung bedienen und zum Teil schon jahrzehntelang erfolgreich damit arbeiten.

3.1 Zentrale Elemente niedrigschwelliger Angebote

Lehmann et al. (2010: 18) umschreiben niedrigschwellige Angebote wie folgt: *„Niederschwellige Angebote versuchen, das Problem anzugehen, dass sozial benachteiligte Zielgruppen herkömmliche Beratungsangebote mit sog. „Kommstruktur“ nicht in Anspruch nehmen [...]“*. Nicht außer Acht gelassen werden sollte, dass genau diese schwer erreichbaren Gruppen den höchsten Interventionsbedarf aufweisen. Eine niedrigschwellige Ausrichtung bedeutet, dass auf eine Kommstruktur verzichtet und direkt auf die Zielgruppe zugegangen wird, bevor die Bedingungen für die Menschen noch ungünstiger werden. In diesem Kontext wird das Aufsuchen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld als die wirksamste Vorgehensweise angesehen.

3.1.1 Setting-Ansatz und Konzept der aufsuchenden Arbeit

Die setting-orientierte Vorgehensweise bietet den großen Vorzug, niedrigschwellig, aufsuchend und im persönlichen Umfeld arbeiten zu können (Lehmann et al. 2010).

Dabei handelt es sich um eine grundlegende Strategie der Gesundheitsförderung, denn durch die Konzentration auf den räumlichen oder sozialen „*Kontext, in dem Menschen ihrem Alltag nachgehen und umweltbezogene, organisatorische, personale Faktoren sowie Ressourcen zusammenwirken und Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen [...]*“ (Graf et al. 2008: 1323), können sowohl mögliche verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen im gesamten Umfeld erforscht und durchgeführt werden. Ferner können Schwellenängste abgebaut und eine höhere Reichweite der Intervention erreicht werden. Darüber hinaus kann durch setting-orientierte Interventionen auch das Risiko einer Stigmatisierung in der Öffentlichkeit gering gehalten werden (Lehmann et al. 2010; Wirth 2011).

Das Aufsuchen im Setting Gemeinde erscheint daher sinnvoll und erfolgversprechend. Diese Vermutung wird durch die Tatsache belegt, dass dieser Ansatz weltweit seit langem praktiziert wird. Die Einbindung des sozialen Umfeldes – bspw. anderer Familienmitglieder oder der Nachbarschaft – kann für den Patienten bzw. die Patientin in seiner bzw. ihrer Situation eine wichtige Unterstützung in der Alltagsbewältigung darstellen.

3.1.2 Zielgruppenspezifische Versorgung

Neben dem Verzicht auf eine Kommstruktur und der Konzentration auf das unmittelbare Umfeld der Personen ist bei gesundheitsbezogenen Interventionen die zielgruppenspezifische Anpassung gegenwärtig als bedeutender Erfolgsfaktor anzusehen (Lehmann et al. 2010; DBfK 2007). Zielgruppen werden von Lehmann et al. (2010: 574) definiert als „*Gruppen oder Personen, auf die ein Angebot oder eine Strategie abzielen*“. Gerhardus et al. (2008) sehen in der richtigen Auswahl und Anpassung an eine Zielgruppe sogar die beste Möglichkeit, erfolgreich im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention zu arbeiten, da auf diese Weise Barrieren abgebaut werden können und der Zugang erleichtert wird. Im pflegerischen Kontext beschreiben Bartholomeyczik et al. (2008: 551) potenzielle Zielgruppen: „*gesundheitlich, sozial und wirtschaftlich benachteiligte Einzelpersonen, Fami-*

lien und Bevölkerungsgruppen, Familien und Krisen- und Umbruchsituationen, vulnerable Gruppen wie Migranten, Kinder, Jugendliche und alleinstehende ältere Personen, chronisch kranke und pflegebedürftige Personen, Frauen mit Risikoschwangerschaften, drogenabhängige Schwangere und Mütter, alleinerziehende Personen sowie Einzelpersonen, Familien und Gruppen mit einem erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem.“

3.1.3 Multiplikatorenkonzept

Für die zielgruppenspezifische Versorgung empfehlen Lehmann et al. (2010), Vertreterinnen oder Vertreter der Zielgruppe, die sog. Multiplikatoren, einzubinden, um auf diese Weise die Anpassung zu optimieren. Als Multiplikatoren und Multiplikatorinnen im gesundheitsförderlichen Kontext kommen Individuen oder auch Gruppen in Frage, die entweder professionell oder aber auch auf ehrenamtlicher Basis mit der Zielgruppe arbeiten. Besonders geeignet sind Mitglieder der Gruppe selbst wie Meinungsführer und Meinungsführerinnen oder andere Schlüsselpersonen, da sie Experten und Expertinnen für die Zielgruppe sind (BZgA 2003; Lehmann et al. 2010). Daher beschränken sich die Aufgaben einer Multiplikatorin bzw. eines Multiplikators nicht ausschließlich auf Schulungen, sondern alternativ oder zusätzlich kann diese Schlüsselperson auch eine Vorbildfunktion haben, welche die angestrebte Einstellung bzw. das Verhalten begünstigt.

Dem Multiplikatorenkonzept wird eine hohe Wirksamkeit zugeschrieben, da diese Personen, wie bereits erwähnt, Expertenwissen über die anzusprechende Gruppe haben und darüber hinaus von dieser gut akzeptiert werden. Wie bei der Zielgruppe ist die Auswahl geeigneter Multiplikatoren und Multiplikatorinnen ein nicht unbedeutender Erfolgsfaktor (BZgA 2003).

3.1.4 Empowerment und Partizipation

Neben der Orientierung an der Zielgruppe, am Setting und der Auswahl geeigneter Multiplikatoren und Multiplikatorinnen sind zwei weitere Elemente für erfolgreiche Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblich: Empowerment und Partizipation.

Das Konzept, Menschen zu empowern, d.h. sie gezielt in ihrer selbstständigen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit zu fördern und zu stärken, ist im gesundheitsbezogenen Kontext unentbehrlich. Die gezielte Aktivierung von (gesundheitsförderlichen) Ressourcen der Zielpersonen oder -gruppen ist besonders bedeutend in der Primärprävention und Gesundheitsförderung (Wittchen et al. 2008). Neben der Stärkung der Handlungsfähigkeit beinhaltet das Empowerment auch die Stärkung der persönlichen Entwicklung des Individuums, denn die Förderung einer eigenverantwortlichen und selbstständigen Lebensführung in allen Bereichen steht im Fokus dieses Konzepts. Erreicht werden soll dies durch die gezielte Orientierung und Förderung gesundheitlicher und sozialer Ressourcen der Individuen oder bestimmter Personengruppen (BZgA 2003).

Im Prozess des Empowerments stellt die Partizipation eine maßgebliche Strategie dar. Der direkte Einbezug des Einzelnen *„umfasst die Formulierung von Wünschen, Bedürfnissen und Kritik, die Beteiligung an Entscheidungen, die Beteiligung an Regelerstellungen sowie die aktive Einbeziehung aller Beteiligten in die Planung, Umsetzung und Evaluierung der Angebote“* (Lehmann et al. 2010: 560-561). Ferner sind die Stärkung des Verantwortungsgefühls und die Förderung der Wahrnehmung persönlicher Kompetenzen nutzbringend (ebd.).

Sowohl Empowerment als auch Partizipation sind keine starren Konzepte, sondern können vielmehr als entwicklungsfähige und dynamische Prozesse angesehen werden. Weltweit finden diese Konzepte große Beachtung. Im Folgenden werden Berufsbilder vorgestellt, welche sich weitestgehend daran orientieren.

3.2 Beispiele und Konzepte aufsuchender Pflege aus Europa

Ein unmittelbarer Zusammenhang von Krankheit und Lebensstil bzw. den Lebensgewohnheiten ist vielfach belegt. Weltweit wurden und werden neue Berufsbilder im medizinischen und pflegerischen Kontext entwickelt, welche gezielt am (Gesundheits-) Verhalten und an den gesamten Lebensverhältnissen ansetzen. Eine Orientierung an den in Kapitel 3.1 beschriebenen Elementen ist daher folgerichtig.

Im internationalen Vergleich wird Pflegekräften in Deutschland vergleichsweise wenig Spielraum und Handlungskompetenz im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention zugestanden (Lademann 2009). Im angelsächsischen Raum und auch in den skandinavischen Ländern hat die häusliche Versorgung durch spezialisierte Pflegefachkräfte hingegen eine lange Tradition. Dementsprechend vielseitig und selbstständig haben die Pflegefachkräfte einen großen Handlungsspielraum und vielerlei Kompetenzen. Auch die Orientierung an Konzepten der Gesundheitsförderung wie Empowerment und Partizipation ist in deren Arbeitsalltag selbstverständlich (Strupeit 2008; van den Berg et al. 2007).

Die Profession der Public Health Nurse (PHN) ist der Vorreiter vieler anderer Berufsbilder dieser Versorgungsform. Entstanden ist das Berufsbild der PHN in der amerikanischen Gesundheitsbewegung des 19. und 20. Jahrhunderts. Die Tätigkeitsfelder der PHN waren nicht detailliert definiert, sondern resultierten aus den konkreten Bedarfen der Bedürftigen, weshalb diese dementsprechend unterschiedlich und umfangreich ausfielen. Im Laufe der Zeit hat sich der Beruf ständig weiterentwickelt und in seiner Modellfunktion zu einer Vielfalt von Berufsbildern geführt (Family Health Nurse, Community Health Nurse, District Nurse uvm.). Das traditionelle Berufsbild der PHN ist jedoch bis heute in den USA tief verwurzelt (Brieskorn-Zinke 2008; van den Berg et al. 2007).

3.2.1 Konzept der Family Health Nurse im Rahmen des WHO Strategie-papiers ‚Gesundheit 21‘

Im Rahmen des Strategiepapiers ‚Gesundheit 21‘³ wurde ein neues Berufsbild entwickelt, welches dem Setting Familie und Gemeinde eine besondere Aufmerksamkeit widmet, denn Familien können als Grundstein der Gesellschaft betrachtet werden, die eine enorme und zu stärkende Ressource für Gesundheit bedeuten (DBfK 2007). Das Konzept der Family Health Nurse (FHN) soll die Familiengesundheitspflege gestalten. Die Definition von ‚Familie‘ ist jedoch nicht starr auf Blutsverwandte festgelegt, sondern wird bewusst offengehalten, denn es sollen sämtliche Formen des sozialen Zusammenlebens und Umfeldes eingeschlossen werden. Bei den FHN handelt es sich nicht um einen gänzlich neuen Beruf, sondern um eine Ausdehnung der Tätigkeitsfelder von Pflegenden und Hebammen, und dabei wird der Fokus auf *„Gesundheitsförderung und Prävention, auf die Umsetzung eines familiendynamischen Ansatzes und die aufsuchende Versorgung im häuslichen Umfeld“* gelegt (ebd.: 4).

Neben der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention umfasst die aufsuchende und niedrigschwellige Arbeit der FHN auch Aufgaben im rehabilitativen Bereich, die pflegerische Versorgung im Krankheitsfall und Begleitung und Betreuung in der letzten Lebensphase. Durch frühzeitige Erfassung der Problemsituation, durch Begleitung, Beratung, Unterstützung und Empowerment soll auch den vulnerablen Bevölkerungsteilen (vgl. Kapitel 3.1.3) der Zutritt zu gesundheitlichen und sozialen Versorgungsleistungen erleichtert werden (ebd.).

Nach einer zweijährigen Pilotphase des Projekts FHN in 20 europäischen Ländern (darunter auch die Republik Moldau) wurde in der 2006 verabschiedeten Resolution betont, dass das Konzept der Familiengesundheits-

³ Das Strategiepapier ‚Gesundheit 21‘ der WHO wurde 1998 verabschiedet und hat zwei Hauptziele: die *„Förderung zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung während des ganzen Lebens“* und die *„Verringerung der Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen und der damit verbundenen Leiden“* (Büscher 2001: 177). Ferner wird v.a. die Optimierung der gesundheitlichen Erstversorgung, aber auch des gesamten Versorgungsangebot, als eines der wichtigsten Anliegen beschrieben (Eberl & Schnepf 2011).

pflege auf verschiedene Gesundheitssysteme anwendbar ist und „in sich das Potenzial [birgt], integraler Bestandteil sowohl von Public Health als auch von Pflege zu sein“ (DBfK 2007: 13).

3.2.2 Ganzheitliche Pflege in Großbritannien: Community Nurses

In Großbritannien sind sog. Community Nurses⁴ auf Gemeindeebene tätig. Ihr Aufgabenfeld ähnelt dem der PHN. In der Regel sind die Community Nurses in Gesundheitszentren beschäftigt und Teil des Primary Health Care Teams. Wie bei der FHN liegen ihre Tätigkeitsbereiche im Kern auf der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, wobei verstärkt auf die Förderung des Patientenbewusstseins hinsichtlich der individuellen Gesundheitsbedürfnisse und deren Erfüllung eingegangen wird (Baggaley 2001; Seitz et al. 2008). Daraus ergeben sich neben der medizinischen Versorgung weitere Tätigkeitsfelder wie die Beratung und Vermittlung gesundheitsrelevanter Informationen oder Tätigkeiten in der Gemeinde hinsichtlich epidemiologischer und umweltbezogener Angelegenheiten. Der Einsatz von Empowerment-Strategien im Rahmen dieser ‚Gesundheitserziehung‘ ist seit jeher üblich (Olatunji 2004; Seitz et al. 2008).

Das Tätigkeitsfeld konzentriert sich überwiegend auf die Betreuung von Kleinkindern und deren Mütter, wobei weniger die gesamte Familie im Fokus steht. In Fällen, bei denen die gesamte Familie einen Bedarf aufweist, wird eine Family Nurse hinzugezogen. Der Unterschied zwischen Family Nurse und Community Nurse besteht in der Zielgruppe, denn die Family Nurse bezieht bewusst alle Familienmitglieder ein, doch die übrigen Arbeitsfelder ähneln sich sehr. Sowohl Community Nurse als auch Family Nurse betrachten Gesundheit, Pflege und Versorgung aus der ganzheitlichen

⁴ In der Literatur wird häufig der Begriff „Health Visitor“ synonym gebraucht.

Perspektive und richten ihr Handeln dementsprechend aus⁵ (Baggaley 2001).

3.2.3 Positive Erfahrungen in Schweden – District, Community und Family Nursing

Neben Großbritannien, Finnland und den Niederlanden hat auch das schwedische Pflegepersonal deutlich mehr Kompetenzen als in anderen Nationen Europas (Seitz et al. 2008). In lokalen Gesundheitszentren sind Pflegefachkräfte in der Regel die ersten Ansprechpartnerinnen bzw. ersten Ansprechpartner im medizinischen Bedarfsfall (van den Berg et al. 2007). Ein erweitertes Aufgaben- und Kompetenzfeld ergibt sich zum einen aus der akademischen Ausbildung zur Pflegefachkraft und der Zusatzqualifikation zur District Nurse, Family Nurse oder Community Nurse. Trotz vergleichsweise hoher Ärztedichte sind die von Pflegefachkräften geleiteten Gesundheitszentren notwendig, da ein Mangel an Allgemeinmediziner*innen gegeben ist (Seitz et al. 2008). An der Anzahl des Fachpersonals wird die berufliche Stellung des Pflegepersonals in Schweden deutlich: Pro 10.000 Einwohner sind es 116, während in Deutschland 80 und in der Republik Moldau lediglich 60 Krankenpflegekräfte und Geburtshelfer für die gleiche Einwohnerzahl zur Verfügung stehen (Lexis Information Network 2011).

Zu den Hauptaufgaben der Community Nurse gehören bspw. zielgruppenspezifische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention, welche vermehrt im Setting Gemeinde durchgeführt werden. Die Family Nurse versorgt – wie auch in Großbritannien – die Patientinnen und Patienten gezielt familienzentriert, während die District Nurse die allgemeine Pflege und Beratung im häuslichen Umfeld übernimmt (Seitz et al. 2008). Eine Gemeinde- und auch Familienorientierung in der Pflege ist in Schweden seit jeher im Versorgungsprozess fest verankert. Dies ist auch an den Tätigkeitsfeldern, am spezifischen Fachwissen und den Befugnissen zu erkennen. Bei-

⁵ Neben der herkömmlichen pflegerischen Erstausbildung ist eine einjährige Zusatzqualifikation zur Community oder Family Nurse notwendig. Im Wesentlichen werden dabei Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health vermittelt (Seitz et al. 2008).

spielsweise sind die District Nurses in Schweden dazu befugt, neben anderen ärztlichen Aufgaben auch Medikamente zu verschreiben. In Schweden sind sie gut etabliert und Erfahrungen mit diesem Konzept sind positiv (van den Berg et al. 2007; Seitz et al. 2008).

3.2.4 AGnES, EVA und Co. – Beispiele aus Deutschland

Wenn auch nicht so traditionell verwurzelt wie in den anglo-amerikanischen Ländern und auch weniger stark fokussiert auf die Ansätze der Gesundheitsförderung, gibt es auch in Deutschland verschiedene Modelle zu einer gemeindenahen, pflegerischen Versorgung.

Aus dem als Beispiel dienendem Modell der Community Medicine Nurse⁶ wurden zwei der wohl bekanntesten Projekte in Deutschland entwickelt: das Projekt ‚AGnES‘ (Arzt-entlastende, Gemeinde-nahe, E-Health gestützte, Systemische Intervention) und das Modellprojekt ‚Gemeindeschwester‘. Mit dem Ziel der Entlastung der Ärztinnen und Ärzte und gleichzeitiger Versorgungsoptimierung in unterversorgten Regionen Brandenburgs und Mecklenburg-Vorpommerns starteten das Modellprojekt ‚Gemeindeschwester‘ 2006 und das Projekt ‚AGnES‘ 2005 (van den Berg et al. 2007).

Die Teilnehmerinnen des Projekts ‚AGnES‘ haben neben einer dreijährigen Ausbildung zur Pflegefachkraft eine zusätzliche Qualifizierung mit den Inhalten Geriatrie, Epidemiologie und Telemedizin durchlaufen. Die Ausbildung zur Gemeindeschwester in Brandenburg unterschied sich von diesem Modell. In den alltäglichen Ablauf einer Hausarztpraxis eingebunden, nahmen die Gemeindeschwestern überwiegend an Hausbesuchen teil und wurden so mit dem Versorgungsablauf vertraut gemacht. Auf diese Weise vorbereitet, übernimmt sie die Hausbesuche selbstständig und kann mittels

⁶ Pflegefachkräfte, welche neben einer dreijährigen Ausbildung zur Pflegefachkraft bzw. Arzthelferin im Bereich der Telemedizin weitergebildet sind. Zum einen sollen sie die Ärzte in der häuslichen Versorgung entlasten und auch gezielt präventiv tätig sein. Das Ausbildungscurriculum und die Tätigkeitsfelder sind an das der Family Health Nurse (WHO) angelehnt (van den Berg et al. 2007; Institut für Community Medicine 2011).

teilmobilen Videokonferenzsystem in unklaren Fällen Kontakt zum Arzt bzw. zur Ärztin aufnehmen (van den Berg et al. 2007).

Ein Beispiel aus den alten Bundesländern ist die Qualifikationsmaßnahme zur ‚Entlastende[n] Versorgungsassistentin‘ (EVA). Entwickelt von der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen Lippe kann die medizinische Fachangestellte eigenständig Hausbesuche durchführen, Impfungen verabreichen und auch Präventionsmaßnahmen durchführen (Burchert & Keuper 2010).

3.2.5 Neues Konzept für die Republik Moldau – die Gemeindepflegerinnen

In der Republik Moldau ist die noch recht pathogenetisch ausgerichtete medizinische Versorgung Aufgabe von Ärzten und Ärztinnen bzw. von Pflegefachkräften mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung. Themen wie Prävention, Familiengesundheitspflege und auch die aufsuchenden Hilfen finden erst seit vergleichsweise kurzer Zeit Beachtung. Auch die Versorgung im häuslichen Umfeld wird ausschließlich durch Pflegefachkräfte und nur temporär bzw. in Akutfällen angeboten. Des Weiteren gibt es in der Republik Moldau weder ein einheitliches Ausbildungs- noch ein einheitliches Arbeitskonzept für die häusliche Versorgung von Patientinnen und Patienten (Mardarovici et al. 2011).

Eine bewusst so niedrigschwellig ausgerichtete Ausbildung⁷ und der Einsatz von geringqualifiziertem Personal im sozial-medizinischen Bereich ist bisher einzigartig in der Republik Moldau. Auch die salutogenetische Ausrichtung, welche u.a. durch die Berücksichtigung des Ausbildungscurriculums der FHN gegeben ist, ist bis heute noch keine Selbstverständlichkeit im

⁷ Insgesamt wurden elf Module mit einem Umfang von 80 Stunden Theorie und 80 Stunden praktische Übungen des Gelernten vermittelt. Hinzu kamen Praxiseinsätze beim Verein Homecare. (Der Verein Homecare ist eine NGO (Caritas Moldova), welche soziale, medizinische und pflegerische Unterstützung im häuslichen Umfeld für sozial benachteiligte Menschen in der Hauptstadt Chisinau anbietet (Caritas Moldova 2011)).

Versorgungsalltag. Bisher wurde eine Versorgung im häuslichen Umfeld ausschließlich durch Pflegefachkräfte und dies auch nur in einigen Städten des Landes durchgeführt. Zudem wird diese nur temporär bzw. in Akutfällen angeboten. Somit ist die Versorgung in den stark unterversorgten ländlichen Regionen durch die Gemeindepflegerinnen ebenfalls ein Novum. Tätigkeitsbereiche der Gemeindepflegerinnen sind die basispflegerischen Versorgung (hauswirtschaftliche Versorgung, Nahrungszubereitung, Körperpflege), die basismedinische Versorgung und Verabreichung von Medikamenten, eine elementare Physiotherapie (z.B. Bewegungsübungen, Massagen), Sozialarbeit (Beratung, Behördenhilfe etc.) und Organisation von Freiwilligendiensten (Integration von Familienangehörigen in die Pflege, Nachbarschaftshilfe uvm.).

3.4 Zusammenfassung

Die wesentlichen Elemente von Gesundheitsförderung und Prävention wie Empowerment, Partizipation und Setting-Ansatz sind aus heutiger Sicht für eine erfolgreiche Intervention unverzichtbar – v.a. bei schwer erreichbaren Zielgruppen. Das ist auch daran zu erkennen, dass ein Großteil der Modelle und (Ausbildungs-)Konzepte diese Elemente berücksichtigen.

Auf internationaler Ebene gibt es eine Vielzahl an Berufsbildern, welche eine gemeindenahe Versorgung im pflegerischen, medizinischen, präventiven, gesundheitsfördernden und sozialen Rahmen leisten. Einige Länder können bereits eine lange Tradition solcher Modelle vorweisen und haben heute noch Vorbildcharakter. Die Republik Moldau kann aus diversen Gründen (vgl. Kapitel 2) noch auf keine lange Entwicklungsgeschichte salutogenetisch ausgerichteter pflegerischer Berufe zurückblicken. Dabei sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass der Republik Moldau völlig andere Umstände (u.a. gesellschaftlicher und auch gesundheitspolitischer Art) herrschen, sodass eine verzögerte Entwicklung im Pflegebereich durchaus plausibel erscheint.

4. Projekt der Agapedia-Stiftung: ‚Aufsuchende Gemeindepflege‘

4.1 Agapedia-Stiftung

Die Stiftung mit dem Namen *Agapedia*, was so viel wie ‚Liebe zu Kindern‘ bedeutet, wurde 1995 von insgesamt fünf Gründern und Gründerinnen ins Leben gerufen. Der Hauptsitz der gemeinnützigen GmbH befindet sich in Stuttgart. Mit dem Arbeitsschwerpunkt auf Projekte für hilfsbedürftige, notleidende Kinder ist Agapedia in Deutschland, Rumänien, Bulgarien und der Republik Moldau tätig. In den vier Ländern wirkt sie jeweils als eingetragene Stiftung mit einheimischen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen. Die Stiftung gründet und stärkt in jedem der vier Länder unabhängige Vereine, die so in Kooperation und nicht einem Abhängigkeitsverhältnis mit der Stiftung zusammenarbeiten (Agapedia 2011).

Die mittlerweile ca. 70 Beschäftigten sind überwiegend in Beratung, Planung, Organisation und Durchführung von humanitären Projekten tätig (ebd.). Zwar sollen die Projekte auch die gesellschaftliche Entwicklung begünstigen, doch liegt der Arbeitsschwerpunkt verstärkt auf der direkten und individuellen Hilfe für Kinder, was die Gründungsmitglieder betonen. Ein sehr wichtiger Aspekt bei der Arbeit ist die nachhaltige Anlegung der initiierten Projekte. Die externe Finanzierung eines Projektes endet in der Regel nach zwei Jahren, doch ist die Stiftung stets bemüht, das Projekt anschließend durch Eigenmittel weiter aufrechtzuerhalten. Dies ist bisher in jedem Fall möglich gewesen, da die Agapedia-Stiftung inzwischen auf 7000 feste Spender zählen kann. Ferner gab es bei diversen Projekten Unterstützung durch das Staatsministerium Baden-Württemberg, der Landesstiftung Baden-Württemberg und durch die EU (ebd.).

In der Republik Moldau ist die Stiftung seit 2001 aktiv und beschäftigt ca. 20 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Das Projekt ‚Aufsuchende Gemeindepflege‘, welches im folgenden Kapitel beschrieben wird, stellt eine erstmalige Erweiterung der Zielgruppe dar, denn in diesem Kontext werden nicht

nur Kinder, sondern auch alte, kranke und sozial benachteiligte Menschen einbezogen.

4.2 Idee und Entstehung des Projekts ‚Aufsuchende Gemeindepflege‘

Die Intention des Projekts ist, der im zweiten Kapitel bereits beschriebenen defizitären Versorgungslage entgegenzutreten, wobei folgende Gegebenheiten von den Projektinitiatoren als besonders relevant angesehen werden: Als ärmstes Land Europas liegt die Republik Moldau auf Platz 117 von 182 Ländern im ‚Human Development Report 2009‘. Trotz weltweit überwiegend steigender Werte des Human Development Index (HDI) verschlechtert sich der Wert in der Republik permanent (Barth 2011). Weiterhin gibt es Schätzungen zufolge ca. 30.000 bettlägerige Menschen und über 6.000 Familien, deren Kinder medizinische Hilfe benötigen (GRM 2010). Der Zugang zur einfachsten medizinischen Versorgung besteht kaum, v.a. die unversicherte Landbevölkerung bleibt nahezu ohne jegliche Unterstützung. Laut Statistiken suchen 64 Prozent der Patienten und Patientinnen mit einer Krebserkrankung ärztliche Hilfe erst im weit fortgeschrittenen Stadium auf (Mardarovici 2009).

Entstehung

Durch Spendengelder war es der Agapedia-Stiftung möglich, das sog. Projekt ‚MobiMed‘ zu initiieren. Nach dem Aufbau von provisorischen Stützpunkten in einem etwa 90 km großen Einzugsgebiet rund um Chisinau konnte das ‚MobiMed‘-Team, ein Ärzteteam bestehend aus einer Kinderärztin, einer Gynäkologin und einer Internistin, mit der Arbeit beginnen. Das Team fährt im wöchentlichen Rhythmus in die ländlichen Gebiete, bietet Sprechstunden vor Ort an und macht ggf. Hausbesuche. Ebenfalls kostenfrei werden Präventionsmaßnahmen wie bspw. gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitsaufklärung angeboten. Zur Erfassung aller Patienten und Patientinnen und ihrer Erkrankungen wird parallel eine Daten-

bank erstellt, um die konkreten Bedarfe gezielt ermitteln zu können (Agapedia o.J.).

Da das ‚MobiMed‘-Team nicht die Versorgung der gesamten Bevölkerung in deren Einsatzregion gewährleisten kann und auch der Versorgungsbedarf nicht immer rein medizinisch sowie mehrfach wöchentlich notwendig ist, entstand die Idee, einen zusätzlichen Service anzubieten. Das Konzept der ‚Aufsuchenden Gemeindepflege‘, welches bewusst niedrigschwellig eine soziale, medizinische und pflegerische Versorgung ergänzend zum ‚MobiMed‘-Projekt leistet, wurde entwickelt. Versorgt werden sollen unselbstständige, ältere, chronisch kranke und/ oder pflegebedürftige Menschen, Menschen mit schweren Erkrankungen im Endstadium (bspw. Krebserkrankungen), Personen in einer Phase der Rekonvaleszenz nach Krankheiten oder chirurgischen Eingriffen und auch verlassene Kinder und Familien in sozialen Notlagen.

Insgesamt verfolgt das neue Projekt vier übergeordnete Ziele nach Barth (2009):

- 1) direkte Verbesserung der Lebensverhältnisse von kranken und pflegebedürftigen Menschen sowie von sozial schwachen Familien, Frauen und Kindern
- 2) Initiierung einer aufsuchenden Pflegedienstleistung kombiniert mit einer basismedizinischen Versorgung und Sozialarbeit durch die Gemeindepflegerinnen
- 3) Erstellung und Durchführung des Projekts als Modellprojekt zur Übernahme in das staatliche Gesundheitswesen
- 4) Definition und Durchsetzung der Einsatzmöglichkeiten und Tätigkeiten der Gemeindepflegerinnen in Abgrenzung zur vorherrschenden medizinischen Organisation des Gesundheitswesens in Moldau durch Ärzte und Krankenschwestern.

Die Projektplanung bzw. -durchführung gliedert sich in fünf Schritte. Derzeit befindet sich das Projekt bereits in der fünften Phase. Sowohl die detail-

lierte Projektplanung als auch der dazugehörige Zeitplan können im Anhang III eingesehen werden.

Aufgrund der erfolgreichen Durchführung des Projekts ‚MobiMed‘ besteht bereits eine Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium und den Kreisverwaltungen, auf die auch in diesem Projekt zurückgegriffen werden kann und eine Implementierung in das staatliche Gesundheitssystem voraussichtlich erleichtern wird (Barth 2011).

4.3 Projektstruktur und Durchführung

4.3.1 Projektstruktur

Insgesamt sind im Projekt drei lokale Stützpunkte bzw. regionale Gesundheitszentren⁸ in den Orten Pohrebeni, Gura Galbenei und Jora de Mijloc (in den Bezirken Orhei und Cimislia) vorhanden. Die drei dort angesiedelten Teams, bestehend aus Gemeindepflegerinnen und einem Koordinator, werden von einer übergeordneten Koordinatorin der Agapedia-Stiftung begleitet. Dies übernimmt eine Ärztin des ‚MobiMed‘-Teams, welche vom Büro im sozial-medizinischen Zentrum in Chisinau aus tätig ist und auch weitere Aufgaben für diverse Stiftungsprojekte in Moldau übernimmt. Die Vernetzung von Akteuren und Strukturen, aber auch die Nutzung bereits vorhandener Netzwerke ist ein wichtiger Teil des Projekts (Barth 2011).

Wünschenswert ist die Reintegration der Klientinnen und Klienten in das soziale Umfeld und die Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. der sozialen Bedingungen, sodass eine größtmögliche Unabhängigkeit von der Versorgung durch die Gemeindepflegerin erreicht wird.

In Zusammenarbeit mit den zuständigen Hausärzten und Hausärztinnen der Regionen leitet je eine Krankenschwester den regionalen Stützpunkt. Ihre Aufgaben umfassen die Koordination der Einsätze ihrer zugeordneten Gemeindepflegerinnen, Begleitung und Unterstützung der Gemeindepflegerin-

⁸ Die Stützpunkte waren bereits vorhanden. Im Rahmen des Projekts wurden diese renoviert und einige Räumlichkeiten als Büro, Anlauf- und Treffpunkte der regionalen Teams genutzt.

nen, Zusammenarbeit und Kontaktierung von Ärztinnen und Ärzten oder Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen im Bedarfsfall. Da die Gemeindepflegerinnen aufgrund der niedrigschwelligen Ausbildung weitestgehend nur die basispflegerischen Aufgaben übernehmen, ist die Pflegefachkraft, eine Krankenschwester oder ein Feldscher, weitestgehend für den Bereich Behandlungspflege zuständig. Ferner fallen auch Information und Aufklärung der Bevölkerung über Einsätze des ‚MobiMed‘-Teams und die Vermittlung sonstiger gesundheitsrelevanter Informationen in das Aufgabengebiet (Barth et al. 2011; Mardarovici et al. 2011). Zur Gewährleistung, dass die vorgesehenen Aufgabengebiete, Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Gemeindepflegerinnen genau bekannt sind und dementsprechend geplant werden kann, sind die Leiterinnen und Leiter der drei Pflegestützpunkte verpflichtet, an der Ausbildung der Gemeindepflegerinnen teilzunehmen.

Die Versorgung durch die Gemeindepflegerin beginnt bei jedem Patienten und jeder Patientin mit einem ausführlichem Erstgespräch, aus dem in Zusammenarbeit von Gemeindepflegerin und Krankenschwester bzw. Feldscher eine ausführliche Anamnese erstellt und auch ein detaillierter und individueller Versorgungsablauf erarbeitet wird. Nach dem Erstgespräch wird eine Grundreinigung und ggf. auch eine Renovierung des häuslichen Umfeldes des Patienten oder der Patientin durch die Gemeindepflegerin vorgenommen, um ein gesundes, hygienisches und freundliches Lebensumfeld zu schaffen. Dies ist sehr häufig äußerst notwendig, da die Bedürftigen überwiegend in katastrophalen Verhältnissen leben (Mardarovici et al. 2011).

Die Frauen, welche zu Gemeindepflegerinnen ausgebildet werden, sollen aus den zu versorgenden Dörfern stammen, da sie zum einen Expertinnen ihres Umfeldes sind (vgl. Kapitel 3.1.3) und zum anderen die Arbeitslosenquote auf dem Land enorm ist (vgl. Kapitel 2). Neben der Sicherstellung der Versorgung der Landbevölkerung ist ein weiteres Ziel, arbeitslosen Frauen durch die Ausbildung und Beschäftigung als Gemeindepflegerin eine Zu-

kunftsperspektive zu schaffen (Barth 2011). Die Gemeindepflegerinnen arbeiten fünf Tage die Woche für jeweils acht Stunden.

4.3.2 Projektdurchführung

Gemeindepflegerinnen – Auswahl und Ausbildung

Die Auswahl der Gemeindepflegerinnen fand anhand eines üblichen Auswahlverfahrens statt. Gewollt waren keine generalistisch ausgebildeten Krankenschwestern, sondern Frauen, welche eine basispflegerische, hauswirtschaftliche Versorgung leisten und die soziale Reintegration in die Gemeinde fördern. Eine wichtige Eigenschaft ist eine hohe Sozialkompetenz, um die zum Teil schwierigen Arbeitsbedingungen und auch die Initiation von Nachbarschaftshilfen problemlos organisieren zu können (Barth 2011). Doch nicht ausschließlich die Bewerbungsunterlagen waren bedeutend, sondern auch die Erfahrungen des ‚MobiMed‘-Ärzteteams in den regionalen Gesundheitszentren. Einige Frauen waren bereits durch persönliches Engagement positiv aufgefallen und wurden daher bevorzugt. Voraussetzungen zur Aufnahme in das Projekt waren ein Schulabschluss und grundlegende praktische Erfahrungen.

Die zweimonatige, bewusst sehr niedrigschwellig gehaltene, Ausbildung beinhaltet vier Kurse, deren Curriculum in Zusammenarbeit mit der Vorsitzenden der ‚Asociata Nurselor din Republica Moldova‘⁹ und dem ‚Colegiul National de Medicina si Farmacie‘¹⁰ erarbeitet wurde. Die elf Module sollten sich inhaltlich auf ein Basiswissen beschränken und gleichzeitig äußerst praxisnah vermittelt werden. Eine detaillierte Auflistung der Module ist im Anhang IV einzusehen. Das Modul ‚häusliche Versorgung von Kranken‘ wurde aus dem Curriculum zur Krankenpflegeausbildung entnommen. Darüber hinaus wurde auch das Ausbildungscurriculum der FHN (vgl. Kapitel

⁹ Nationaler Verband der Krankenschwestern in der Republik Moldau

¹⁰ Nationales College für Medizin und Pharmazie

3.2.1) einbezogen. Die inhaltlichen Konzepte wurden mit praktischen Erfahrungen von in diesem Feld tätigen NGOs abgeglichen (Barth 2009).

Die theoretische und auch praktische Ausbildung wurde ausschließlich von Fachpersonal durchgeführt. Lehrende waren u.a.

- Experten und Expertinnen in der häuslichen Versorgung (Thema: Erfahrungen in der häuslichen Pflege)
- Professorinnen und Professoren der Pflegehochschulen
- Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Arbeitsministeriums (Thema: gesetzliche Rahmenbedingungen, juristische Möglichkeiten und Grenzen)
- eine Abgeordnete aus dem Gesundheits- und Sozialministerium

Die enorme Motivation, keinerlei Fehlzeiten während der Ausbildung und auch schon die freiwillige Einarbeitung in die Thematik vorab sind sehr positiv aufgefallen. Die Qualifikation hat ein Team von Gemeindepflegerinnen geschaffen, welches sich durch die hohe Motivation und auch Eigenverantwortlichkeit auszeichnet (Barth 2011). Nach dem Abschluss der Ausbildung bekamen alle Teilnehmerinnen einen Arbeitsvertrag für zwei Jahre.

Erwartete Schwierigkeiten bei der Projektdurchführung

Da es sich um ein neues und alternatives Konzept der häuslichen Versorgung¹¹ handelt, könnte die Anerkennung und Akzeptanz der fächerübergreifend arbeitenden Gemeindepflegerin zunächst schwierig sein. Darüber hinaus grenzt das traditionelle Bild der medizinischen Versorgung die pflegerischen Leistungen scharf ab, da diese als minderwertig betrachtet werden. Das fächerübergreifende Aufgabenfeld der Gemeindepflegerin könnte somit vom höher qualifizierten medizinischen Personal als Schwächung ihrer Position empfunden werden und u.U. zu Problemen führen.

Eine weitere Befürchtung ist die Belastung durch die massive Bürokratisierung und mangelndes Verständnis seitens des Personals dafür. Die Herausforderungen, die Gemeindeschwestern weitestgehend mit Aufgaben der Pa-

¹¹ Bisher waren ausschließlich examinierte Pflegefachkräfte in der häuslichen Versorgung tätig.

tientenversorgung und nicht als Verwaltungskraft (so könnte es angesehen werden) zu beschäftigen, sind groß. Des Weiteren muss von Beginn an nachweislich dokumentiert werden, dass Interventionen im häuslichen Umfeld und auch präventive Maßnahmen eindeutig kostengünstiger als eine Unterbringung in Institutionen wie bspw. in einem Altenheim sind. Diese Argumentation stellt das Hauptargument für die Implementation des Projekts in das moldauische Gesundheitssystem dar (Barth 2011).

TEIL II

UNTERSUCHUNG UND ERGEBNISSE

5. Forschungsinteresse und methodisches Vorgehen der Untersuchung

Die Forschungsaufgabe ist die formative Evaluation des Projektes mit dem Fokus auf den Theorie-Praxis-Transfer, auf die Verbesserungspotenziale bei der Projektdurchführung, auf die Chancen zur Erreichung der Projektziele. Ein besonderes Augenmerk wird aufgrund des Interesses der Projektinitiatoren auf die Nachhaltigkeit der Projektidee gelegt, welche eine Implementierung des Konzeptes der Gemeindepflegerin in das Regelversorgungssystem der Republik Moldau vorsieht. Die Ergebnisse der Untersuchung sollen den Projektverantwortlichen Argumente und handlungsweisende Anregungen an die Hand geben für die Diskussion mit staatlichen Einrichtungen und möglichen Finanzierungsträgern.

Aus dieser Forschungsaufgabe ergeben sich vier zentrale Fragestellungen:

- 1) Sind die Gemeindepflegerinnen durch die Ausbildung ausreichend auf ihre Tätigkeiten vorbereitet worden?
- 2) Welche weiteren Aspekte begünstigen oder behindern den bisherigen Projektverlauf?
- 3) Wie kann das Konzept der Gemeindepflegerin in das Regelversorgungssystem der Republik Moldau implementiert werden?
- 4) Sind die vom Projekt gesetzten Zielvorgaben in der Projektlaufzeit realistisch?

Da es sich um ein innovatives Ausbildungskonzept handelt, welches zum ersten Mal durchgeführt wird, liegt es im Interesse der Initiatoren, die Angemessenheit der Ausbildungsinhalte und der Didaktik zu überprüfen. Die Ausbildung wird als ein maßgeblicher Einflussfaktor auf den Projektverlauf gesehen und ist somit Thema der ersten Frage. Um einen Gesamtüberblick über das Bisherige zu ermitteln, befasst sich die zweite Fragestellung mit begünstigenden oder beeinträchtigenden Faktoren für den bisherigen Projektverlauf. Deren Ermittlung kann zur Optimierung des Projekts beitragen. Zu diesem Zweck sollen konkrete Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden. Wie in Kapitel 4 erläutert, ist ein Projektziel die Nachhaltigkeit des

Pilotprojekts in Form einer dauerhaften Implementierung in das Regelversorgungssystem. Daraus ergibt sich die dritte Fragestellung, welche die Anknüpfungspunkte und Hindernisse für eine Implementierung erfassen soll. Auch aus der Beantwortung dieser Fragestellung sollen Handlungsempfehlungen für die beteiligten Akteure abgeleitet werden. Abschließend soll in der formativen Zwischenevaluation ermittelt werden, ob die vorab formulierten Ziele realisierbar sind, da eine Aussage hierzu erst nach einem gewissen Zeitraum gemacht werden kann.

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden insgesamt sechs Kategorien entwickelt.

- Kategorie 1: Die Ausbildung
- Kategorie 2: Der bisherige Projektverlauf
- Kategorie 3: Die Gemeindepflegerinnen
- Kategorie 4: Rahmenbedingungen der Implementierung
- Kategorie 5: Die Finanzierung
- Kategorie 6: Die gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen

Die Fragestellungen und Kategorien stehen in folgendem Zusammenhang:

Frage 1 wird beantwortet durch die Ergebnisse der Kategorien 1 und 2

Frage 2 wird beantwortet durch die Ergebnisse der Kategorie 2

Frage 3 wird beantwortet durch die Ergebnisse der Kategorien 3, 4, 5 und 6

Frage 4 wird beantwortet durch die Ergebnisse der Kategorien 2, 3 und 4.

5.1 Durchführung der Untersuchung

Die Durchführung eines empirischen qualitativen Forschungsvorhabens kann keinem Patentrezept folgen. Der Forschungsgegenstand und das Forschungsinteresse bestimmen maßgeblich das Vorgehen und die Wahl der Methoden, also das spezifische Forschungsdesign (Kromrey 2009). Um den Forschungsprozess nachvollziehbar zu machen, wird im Folgenden die Durchführung der Untersuchung beschrieben.

Die Idee der Untersuchung entstand aus einem allgemeinen Interesse an der gesundheitlichen Versorgungsproblematik in der Republik Moldau und aus der Teilnahme an der Konferenz ‚Häusliche Gesundheitsversorgung in Moldau – Realität und Entwicklung‘ in Chisinau, Oktober 2010. In Gesprächen mit der Agapedia-Stiftung und auch der Robert-Bosch-Stiftung wurde so die Forschungsaufgabe erarbeitet. Im Rahmen der inhaltlichen Vorbereitung wurden eine Literaturrecherche zu relevanten Themenbereichen durchgeführt sowie weitere projektrelevante Unterlagen gesichtet.

Die Festlegung des Forschungsdesigns sowie die Auswahl der Methode gestalteten sich anfangs durch die gegebenen Umstände kompliziert. Bei der formativen Evaluation (vgl. Kapitel 5.2.1) sollte mit einem Methodenmix gearbeitet werden, welcher aus quantitativen Fragebögen für die Gemeindepflegerinnen und qualitativen Experteninterviews bestand. Für die Experteninterviews war ein Aufenthalt in der Republik Moldau geplant, die Fragebögen für die Gemeindepflegerinnen sollten bereits im Vorhinein losgeschickt und dann vor Ort eingesammelt werden. Von Seiten einer Mitarbeiterin der Robert-Bosch Stiftung wurden Bedenken geäußert, dass die Menschen in der Republik Moldau nicht so wie Menschen hier in Deutschland an den Umgang mit Fragebögen gewöhnt seien. Weiterhin bestehe das Problem, dass Fragebögen sehr unpersönlich und unverbindlich seien, was zu einem sehr geringen Rücklauf führen könne. Aufgrund dieser Überlegungen wurden die Fragebögen verworfen und an deren Stelle Gruppeninterviews mit den Gemeindepflegerinnen geplant. Für beide Interviewformen wurden in der Vorbereitung teilstandardisierte Gesprächsleitfäden (vgl. Kapitel 5.2.2) generiert.

Die Erhebung der Daten mittels qualitativer Interviews erfolgte während des vierwöchigen Aufenthaltes in der Republik Moldau im August und September diesen Jahres. Zu Beginn fand eine Konferenz statt, auf der, neben allgemeinen forschungsrelevanten Hintergrundinformationen, der Ablauf des Forschungsaufenthaltes besprochen und organisiert wurde. Teilnehmende waren neben den Forscherinnen Projektverantwortliche sowohl aus

Deutschland als auch aus Moldau. In den folgenden Wochen wurden insgesamt drei Gruppeninterviews (vgl. Kapitel 5.2.3) und sechs Experteninterviews (vgl. Kapitel 5.2.4) mit Hilfe einer Dolmetscherin durchgeführt. Die Teilnahme an den Interviews erfolgte freiwillig, wurde aber im Fall der Gruppeninterviews durch die Projektverantwortlichen erbeten. Es gab keine Vergütung für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Die Datenauswertung (vgl. Kapitel 5.2.5) und Anfertigung des Berichts erfolgte im Anschluss an den Aufenthalt.

5.2 Methodik der Befragungen

5.2.1 Formative Evaluation

Evaluation ist anwendungsbezogene Forschung, die zumeist durch einen Auftrag initiiert wird. Dieser Umstand führt zu bestimmten Eigenschaften im evaluativen Forschungsprozess (Ovretveit 2002). Zum einen sollte am Ende jeder Evaluation eine Bewertung des Untersuchungsgegenstandes stehen, also eine empirische Überprüfung des Erfolges oder Misserfolges von gezielt eingesetzten Maßnahmen wie einem Programm oder einer Intervention (Kromrey 2009; Bortz & Döring 2006). Zum anderen bestimmt das Interesse des Auftraggebers die Perspektive der Evaluation. Diese kann experimentell, ökonomisch, entwicklungsorientiert oder managementorientiert sein (Ovretveit 2002). Der erwünschte Zweck der auftraggebenden Institution oder Person entscheidet darüber, ob eine abschließende summative oder eine begleitende formative Evaluation durchgeführt wird (Kromrey 2009). „Die *summative Evaluation* beurteilt zusammenfassend die Wirksamkeit einer vorgegebenen Intervention, während die *formative Evaluation* regelmäßig Zwischenergebnisse erstellt mit dem Ziel die laufende Intervention zu modifizieren oder zu verbessern.“ (Bortz & Döring 2006:110)

5.2.2 Erhebungsinstrumente

Sowohl für die Methode Experteninterview als auch für die Gruppeninterviews wurden Leitfäden als die Erhebungsinstrumente der Wahl verwendet. Beide Leitfäden sind ähnlich aufgebaut und sind in den Anhängen VI und VII einzusehen. Für beide Leitfäden wurden zunächst die Kernthemen des Forschungsinteresses definiert, welche sich aus dem Forschungsinteresse der beteiligten Stiftungen und z.T. aus den Zielvorgaben des Projekts selbst ergeben. In den Gruppeninterviews sollten überwiegend Informationen zur Kategorie 1 (Ausbildung), Kategorie 2 (bisheriger Projektverlauf) und Kategorie 3 (Gemeindepflegerinnen) generiert werden. Daraus wurden folgende Frageblöcke erstellt: Arbeitsrealität, Akzeptanz der Arbeit, Patientenstruktur, subjektive Einschätzung, Wünsche und Erwartungen, interne Vernetzung. Die Experteninterviews beinhalten die Kategorie 4 (Rahmenbedingungen der Implementierung), Kategorie 5 (Finanzierung) und Kategorie 6 (gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen). Daraus wurden folgende Frageblöcke erstellt: Verantwortlichkeiten und Finanzierungsmöglichkeiten, Akteure und Vernetzung, gesellschaftliche Akzeptanz, Alternativen und persönlicher Standpunkt. Neben den für die Beantwortung der Fragestellung relevanten Themen wurden auch Hintergrundinformationen erfragt. Dies dient dazu, dass die Forscherinnen die für sie neuen Konzeptstrukturen und fremden politischen Vorgänge in der Republik Moldau verstehen und Vorannahmen aus der Literatur und Gesprächen bestätigen konnten.

Im Anschluss wurden zu den Kernthemen geeignete Fragen und Gesprächsanreize formuliert, wobei der Fokus der Leitfäden auf offenen Testfragen nach Brosius et al. (2009) liegt. Hierbei wurden im Wesentlichen Sachfragen, Einstellungs-, Meinungs- und Verhaltensfragen verwendet. Von der Verwendung von Wissensfragen wurde Abstand genommen, da sie das Gefühl einer Abfrage oder Kontrolle herbeiführen könnten und ein evtl. Unvermögen der Beantwortung die Motivation senken könnte. Weiterhin wurden Funktionsfragen (Brosius et al. 2009) in den Interviewleitfäden eingebaut. Beide Leitfäden beginnen mit einer sog. Eisbrecherfrage, die den Ge-

meindepflegerinnen und den Expertinnen die Möglichkeit geben soll, sich zunächst allgemein zu einem unverfänglichen Thema zu äußern. Um die Verständlichkeit des Ablaufs des Interviews zu erhöhen, wurden Überleitungsfragen formuliert. Auf sog. Kontrollfragen wurde verzichtet, die inhaltliche Gliederung in einzelne Kernthemen sollte den Interviewerinnen ermöglichen, flexibel auf die Antworten zu reagieren und die Reihenfolge der Blöcke zu variieren.

Leitfadengestützte Interviews haben zwei wesentliche Vorteile (Meuser & Nagel 1991). Zum einen ermöglicht der Leitfaden, das Gespräch auf die wesentlichen Themenbereiche zu beschränken und zum anderen wird es dem Interviewpartner oder der -partnerin ermöglicht, die Relevanz einzelner Themen durch seine individuelle Schwerpunktsetzung und der Möglichkeit der Beeinflussung der Reihenfolge zu verdeutlichen. Besonders die Eingrenzung der Themen ist bedeutsam, denn häufig ist eine feststellbare Tendenz, dass die persönliche Meinung mit dem interessierenden Sachverhalt vermischt wird. Daher stellt der Leitfaden ein gutes Kontrollinstrument dar, welches dieses Risiko minimiert (ebd.).

5.2.3 Erhebungsmethode I: Gruppeninterview

Das Gruppeninterview ist eine Methode der qualitativen Sozialforschung. Das Interesse des Forschers bzw. der Forscherin liegt hierbei, im Vergleich zu anderen qualitativen Befragungsmethoden, weniger auf den einzelnen Individuen der Gruppe und ihrer Persönlichkeit, sondern auf einem Umstand, der zum Leben der Gruppe gehört oder gehörte (Muccielli 1973). „[...] das Thema [ist] Bestandteil des Gruppenlebens, und die Teilnehmer sind zwangsläufig darin einbezogen, weil es sie in ihrer Existenz und ihre Affektivität betrifft.“ (Muccielli 1973: 8)

Das soziale System Gruppe ist nicht per se definiert. Die Zugehörigkeit wird durch Merkmale bestimmt, die im Interesse des Forschers oder der Forscherin stehen. Somit kann eine Gruppe, je nach Forschungsinteresse, natür-

lich oder künstlich sein (Fey & Fontana 1991). Gruppeninterviews haben nicht den Anspruch, Einzelinterviews zu ersetzen, sondern sie werden als zusätzliche erkenntnissteigernde Methode für alle Disziplinen der Sozialforschung verstanden (ebd.).

Die optimale Gruppengröße liegt zwischen sieben und zehn Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Mehr als zehn Personen sollten nicht an der Interviewsituation teilnehmen, da es sonst leicht zu der Ausprägung von Verhaltensextremen wie dem Schweigen und dem Vielreden kommen kann (Lamnek 2005). Weiterhin wird es dem Interviewer oder der Interviewerin schwerfallen, sich auf alle Mitglieder der Gruppe zu beziehen und es besteht die Gefahr, dass wichtige Informationen untergehen (Muccielli 1973). Das Vorgehen des Gruppeninterviews entspricht dem des Face-To-Face-Interviews. Es kann strukturiert, teilstrukturiert oder offen durchgeführt werden (Brosius et al. 2009). In der vorliegenden Untersuchung wurde ein teilstrukturiertes leitfadengestütztes Vorgehen gewählt.

Vor- und Nachteile der Methode

In der Sozialforschung ist das Gruppeninterview umstritten. Es herrscht immer noch eine starke One-To-One-Konzentration und darüber hinaus wird die Methode als ungenau und ungünstig kritisiert. Aufgrund der breiten Ablehnung gibt es wenig Literatur zu diesem Thema, besonders im Bereich der Auswertung. Meist wird diese mit den Methoden Gruppendiskussion und Fokus-Gruppen vermischt (Fey & Fontana 1991). Jedoch liegen die Vorteile des Gruppeninterviews auf der Hand. In der Regel ist es weniger zeit-, personal- und kostenintensiv, da mehrere Personen gleichzeitig befragt werden können. Des Weiteren ermöglicht die Methode eine Darstellung von Gruppenrealitäten, -meinungen, -interpretationen und -beziehungen und eignet sich besonders gut für Gruppen mit komplexen Beziehungen und divergierenden Meinungen (ebd.).

Ein großer Nachteil der Gruppeninterviews ist die mögliche Beeinflussung des Antwortverhaltens durch die Gruppendynamik, welche sich aus vielfäl-

tigen Aspekten wie dem Hintergrund, aus dem sich die Gruppe gebildet hat, die Beziehung der einzelnen Gruppenmitglieder zueinander und der Gruppengröße ergibt (ebd.). Diese Gruppendynamik kann u.U. zu destruktivem Gruppenverhalten, wie Konformität, Abwehr oder Solidarisierung gegen den Interviewer oder der Interviewerin, absichtliche Falschaussagen, Gruppenzwang, Gruppenabgrenzung etc. führen. (Mucchielli 1973). Diesen Nachteilen kann jedoch durch die sorgfältige Zusammenstellung der Gruppe, einer angemessenen Interviewsituation und durch die Vorbereitung und das Verhalten des Interviewers oder der Interviewerin entgegengewirkt werden (Fey & Fontana 1991).

Definition der Gruppe

Das interessierende Merkmal für die Forscherinnen war die Teilnahme an der von Agapedia angebotenen Ausbildung zur Gemeindepflegerin und die aktuelle Beschäftigung in dem Projekt. Neben den 13 Gemeindepflegerinnen wiesen die lokalen Koordinatoren und Koordinatorinnen der Versorgungstützpunkte diese Merkmale auf. Somit ergab sich eine Gruppe mit der Grundgesamtheit von 16 Mitgliedern. Diese waren zwischen 22 bis 50 Jahre alt und kamen aus Gura Galbenei, Pohrebeni, Jora de Mijloc oder Chisinau. Die Pflegerinnen selbst leben alle vor Ort in den Dörfern, die sie betreuen. Der Zugang zu der Gruppe erfolgte sowohl über die Vorsitzende als auch über die übergeordnete Projektkoordinatorin von Agapedia Moldova. Aufgrund der Anwesenheit der Stiftungsleiter aus Deutschland, welche sich ebenfalls ein Bild über die aktuelle Projektlage machen wollten, wurden einzelne Klienten und Klientinnen besucht. Durch die Anwesenheit der Gemeindepflegerinnen und deren Erläuterungen zum täglichen Versorgungsablauf, wurde eine direkte Teilnahme am Arbeitsalltag fokussiert.

Da die Gruppe mit 16 Personen eine angemessene Teilnehmerzahl für ein Interview überschritt, wurden sie in drei Gruppen nach Einsatzorten aufgeteilt. Somit bestand jede Gruppen aus den Kolleginnen und Kollegen, die im letzten halben Jahr zusammengearbeitet hatten.

Durchführung der Interviews

Die drei Gruppen wurden in den jeweiligen Versorgungsstützpunkten während der Arbeitszeit der Gemeindepflegerinnen befragt:

Gura Galbenei: fünf Gemeindepflegerinnen und eine Krankenschwester (Leiterin des Stützpunktes)

Pohrebeni: fünf Gemeindepflegerinnen und ein Feldscher (Leiter des Stützpunktes)

Jora de Mijloc: drei Gemeindepflegerinnen und eine Krankenschwester (Leiterin des Stützpunktes).

Weitere Anwesende bei allen Interviews waren die beiden Forscherinnen, eine Dolmetscherin und die Agapedia-Vorsitzende. Während des ersten Gruppeninterviews waren zusätzlich die Geschäftsführerin der Agapedia-Stiftung Deutschland und die Chefkoordinatorin der moldauischen Agapedia Stiftung anwesend. Jedes Interview begann mit einer Vorstellung der Anwesenden sowie der Einverständniserklärung für die Aufzeichnung. Die Stimmung während der Interviews war freundlich und offen und von gegenseitiger Neugier geprägt. Das erste Interview dauert 62 Minuten, das zweite Interview 72 Minuten und das dritte Interview 68 Minuten. Am Ende der Interviews gab es immer einen informellen Austausch der Forscherinnen mit den Anwesenden.

5.2.4 Erhebungsmethode II: Experteninterview

In den Sozialwissenschaften gibt es keine allgemeingültige Definition des Expertenbegriffs. In dieser Arbeit werden die Definitionen von Deeke (1995) und Meuser und Nagel (1991) zugrunde gelegt. Deeke (1995: 8) sagt: *„Als Experten könnte man diejenigen Personen bezeichnen, die in Hinblick auf einen interessierenden Sachverhalt als Sachverständige in besonderer Weise kompetent sind“*. Meuser und Nagel halten die Definition noch einfacher, denn für sie ist der Experte oder die Expertin *„Teil des Handlungsfeldes, dessen Probleme gelöst werden sollen“* (Meuser & Nagel 1991: 182). Die autobiografischen Elemente des Experten bzw. der Expertin

stehen dabei weniger im Fokus, von Interesse sind die Zuständigkeiten, Aufgaben und Tätigkeiten und die daraus gewonnenen Wissensbestände (Meuser & Nagel 1991). Das Experteninterview hat somit die Besonderheit, dass der Interviewpartner nicht als Person, sondern in seiner Funktion als Experte oder Expertin mit dem spezifischen Wissen bezüglich des Forschungsinteresses im Fokus steht (Bogner & Menz 2009).

Für die Durchführung bietet sich das leitfadengestützte Experteninterview an. Bereits während der Entwicklung des Leitfadens setzt sich die Forscherin bzw. der Forscher ausführlich mit der Thematik auseinander und kann auf diese Weise verhindern, als inkompetent oder unwissend aufzutreten. Ferner wird durch eine gute inhaltliche Vorbereitung eine selbstbewusste und lockere Gesprächsatmosphäre begünstigt (Meuser & Nagel 1991).

Vor- und Nachteile der Methode

Diese Interviewform ist in den Sozialwissenschaften eine gängige und beliebte Vorgehensweise, um unbekannte Sachverhalte zu erforschen und Zusammenhänge aufzuzeigen. Anwendung finden sie v.a. dort, wo Informationen für Menschen außerhalb eines Fachgebietes schwer erschließbar sind (Gläser & Laudel 2006).

Jedoch ist die Methode des Experteninterviews, genau wie die des Gruppeninterviews, nicht gänzlich frei von Nachteilen. Das Gelingen hängt im Wesentlichen von der Vorbereitung und dem themenspezifischen Wissen der interviewenden Person ab. Ist dies nicht der Fall, so ist eine Interviewsituation mit dem Experten bzw. der Expertin auf Augenhöhe und auch der gewünschte Wissensgewinn aus dem Interview nicht gewährleistet. Auch von Seiten der Person mit Expertenstatus können Faktoren den Erfolg des Interviews beeinflussen, bspw. wenn sich im Gesprächsverlauf herausstellt, dass der vermeintliche Expertenstatus für den interessierenden Sachverhalt nicht gegeben ist. Eine weitere Schwierigkeit tritt auf, wenn der Experte oder die Expertin die interviewende Person zum Mitwisser über interne Problematiken macht. Darüber hinaus kann die bereits erwähnte Vermischung von Ex-

perten- und Privatperson problematisch werden (Meuser & Nagel 1991). Im Idealfall jedoch ist das Interview erfolgreich. Dies kann an einem regen Interesse am Forschungsstand sowie der Bereitschaft an einem ebenbürtigen Gedankenaustausch seitens des Experten oder der Expertin gedeutet werden (Meuser & Nagel 1991).

Rekrutierung und Charakterisierung der Stichprobe

Die Stichprobe umfasst sechs weibliche Personen, welche in gehobenen Positionen des Gesundheitssektors tätig sind bzw. welche indirekt mit diesem Sektor zusammenarbeiten. Rekrutiert wurden die Frauen durch ein ehemaliges Mitglied des moldauischen Parlaments, welches gleichzeitig die Vorsitzende von Agapedia Moldova ist. Bei der Auswahl wurde bewusst darauf geachtet, dass verschiedenste Akteure und somit möglichst umfassende Perspektiven und Expertenmeinungen erfasst werden können. Neben Mitbegründerinnen des Projekts und dessen Ausbildungscurriculums waren Mitarbeiterinnen zweier Ministerien, die Leiterin des Vereins Homecare und Leiterinnen regionaler Gesundheitszentren vertreten. Die Frauen waren im Alter zwischen 36 und etwa Mitte 50 Jahren¹².

Als Entwicklerin des Ausbildungscurriculums, promovierte Pädagogin und Präsidentin der nationalen Krankenschwestervereinigung war durch eine Interviewperson eine sehr praxisnahe und wissenschaftlich fundierte Expertenmeinung gegeben. Eine andere Befragte, welche Leiterin des Ministeriums für Sozialschutz und Arbeit ist, hatte zwar eine weniger enge Beziehung zum Projekt, doch wies sie v.a. auf dem Gebiet möglicher Zuständigkeiten und Finanzierungsmöglichkeiten im Falle einer Implementation Expertenwissen auf. Die beiden Ärztinnen und Leiterinnen der regionalen Gesundheitszentren in den Kreisen Cimislia und Orhei, in dessen Dörfern die Gemeindepflegerinnen tätig sind, konnten mit ihrem Wissen zur allgemeinen medizinischen Versorgung, deren Problematik und Bedarfe sowie hinsichtlich regionaler Kooperations- und Finanzierungsmöglichkeiten einen

¹² Eine genaue Aussage über das Alter ist nicht möglich, da nicht alle Teilnehmer das Alter nennen wollten.

fundierten Beitrag leisten. Mit langjähriger Erfahrung als Ärztin und Leiterin des Vereins Homecare, erwies sich eine weitere Interviewpartnerin als gute Quelle für Informationen über den Aufbau eines Versorgungssystems im häuslichen Umfeld. Ferner war in ihrem Fall eine unmittelbare Beziehung zum Projekt der Agapedia-Stiftung gegeben, da die Gemeindepflegerinnen ihr Praktikum beim Verein Homecare geleistet hatten. Weitere Informationen zu Hürden beim Aufbau bzw. bei der Implementation, aber auch mögliche Kooperations- und Finanzierungsmöglichkeiten konnten von ihrer Seite erläutert werden. Eine andere Interviewpartnerin war im Gesundheitsministerium als Chefdirektorin im Bereich in der Abteilung Gesundheitsversorgung tätig. Sie wies hinsichtlich der allgemeinen Bedarfssituation in der Republik Moldau, dem aktuellen politischen Streben, der Rolle der Pflegenden und der Implementationschancen fundiertes Expertenwissen auf.

Durchführung der Interviews

Anwesend waren, neben den Interviewerinnen und einer Dolmetscherin, die Vorsitzende von Agapedia Moldova als Kontaktpunkt zwischen Expertinnen und Interviewerinnen. Während eines Interviews war vertretungsweise die Chefkoordinatorin der Projekte ‚Aufsuchende Gemeindepflege‘ und ‚MobiMed‘ anwesend, denn als leitende Projektkoordinatorin arbeitet sie mit den Expertinnen eng zusammen.

Zunächst wurden die Interviewerinnen, deren Vorhaben und konkrete Ziele des Interviews durch die Vorsitzende bzw. die Chefkoordinatorin vorgestellt. Im Anschluss an Vorstellung, Begrüßung und der Einverständniserklärung zur digitalen Gesprächsaufzeichnung wurde das Interview mit dem Eisbrecher und recht allgemeinen Themen begonnen. Erst im Interviewverlauf wurden die Themen konkreter und projektbezogener.

Die Dauer der insgesamt sechs Experteninterviews variierte zwischen 26 Minuten und 113 Minuten. Die Gespräche verliefen überwiegend in guter und angenehm lockerer Atmosphäre, in der die Interviewerinnen und Inter-

viewpartnerinnen sich auf gleicher Augenhöhe befanden. Lediglich in einem Interview kann die Gesprächsatmosphäre als etwas hektisch beschrieben werden, da die Expertin unter enormen Zeitdruck stand und daher weniger ein Gespräch, sondern eher eine Befragungssituation entstand. Ein weiteres Interview wurde in einem Großraumbüro durchgeführt, wodurch eine eher unruhige Atmosphäre entstand, was die Gesprächsqualität jedoch nicht beeinträchtigte. Alle Interviews wurden in den Büros der Expertinnen durchgeführt.

5.2.5 Datenauswertung

Zur Vorbereitung der Auswertung wurde das gewonnen Datenmaterial in Anlehnung an Mayring (2003) und Flick (2004) aufbereitet. Das zu Grunde liegende Material umfasst die Transkripte der drei Gruppeninterviews und der sechs Experteninterviews mit Personen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen. Alle durchgeführten Interviews wurden für die Auswertung verwendet. Die Interviews, welche simultan übersetzt wurden, wurden digital aufgenommen und anschließend transkribiert. Die Transkriptionsregeln waren:

- wörtliche Transkription ausschließlich der übersetzten Aussagen – gegebenenfalls marginale Umformulierungen, falls Verständlichkeit gefährdet ist,
- unverständliche Wörter oder Passagen mit (...) markieren,
- inhaltliche Ergänzungen für die Verständlichkeit in eckigen Klammern hinzufügen,
- inhaltliche Zusammenfassung nicht themenrelevanter Teile,
- keine Berücksichtigung von Gestik, Redepausen und Füllwörtern,
- Erwähnung und Begründung von Unterbrechungen.

Für die Auswertung wurden alle Interviews von beiden Forscherinnen gesichtet und sie orientierten sich dabei an den Interpretationsregeln von Heckmann (1992). In Anlehnung an die ‚Qualitative Inhaltsanalyse‘ nach Mayring (2003) und Lamnek (2005) wurden die Transkripte kategorisiert

und zusammenfassend analysiert. Die Kategorienauswahl erfolgte deduktiv. Zu jeder Kategorie wurden im Vorhinein einige Unterkategorien zur Orientierung generiert. Während der Auswertung wurden induktiv neue Unterkategorien aus dem Material ermittelt und bestehende z.T. verworfen. Nach einer ersten Sichtung des Materials wurde gemeinsam die endgültige Kategorisierung mit der Neuentwicklung von Unterkategorien vorgenommen. Hierfür wurde das Auswertungsprogramm MaxQDA verwendet, das jedem Textabschnitt einen Paragraphen zuordnet, anhand dessen die kategorisierten Textstellen rückidentifiziert werden können. Der endgültige Kategorienbaum mit Unterkategorien war wie folgt:

Kategorie 1: Die Ausbildung

- Ausbildungsinhalte und Didaktik
- Ergänzungsvorschläge

Kategorie 2: Der bisherige Projektverlauf

- Akzeptanz und Annahme des Agapedia-Projekts
- Das Klientel
- Ressourcenmangel und mangelhafte (infra-)strukturelle Bedingungen
- Ergänzende Hilfen und Projekte im Umkreis

Kategorie 3: Die Gemeindepflegerinnen

- Akzeptanz der Gemeindepflegerinnen
- Zufriedenheit der Gemeindepflegerinnen
- Arbeitseinstellung und Motivation
- Aufgabenfelder und Tätigkeitsbereiche
- Vernetzung und Kommunikation

Kategorie 4: Die Rahmenbedingungen der Implementierung

- Bestehende Versorgungsstrukturen und Versorgungsalternativen
- Gesetzliche Rahmenbedingungen
- Expertenmeinung zum Projekt und Implementierungsvorhaben
- Mögliches Vorgehen

Kategorie 5: Die Finanzierung

- Erkenntnis der Notwendigkeit zur Bereitstellung von Ressourcen
- Klärung von Zuständigkeiten

Kategorie 6: Die gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen

- Strukturelle Rahmenbedingungen
- Mentalität der Bevölkerung
- Image der Pflegeberufe
- Gesellschaftliches Problembewusstsein

Die sechs Kategorien wurden aufgeteilt und von den beiden Forscherinnen in Einzelarbeit ausgewertet. Die Auswertung umfasste die inhaltliche Gliederung und Zusammenfassung der Unterkategorien sowie die Auswahl aussagekräftiger Zitate. Abschließend wurden zu jeder Kategorie die Kernaussagen der einzelnen Unterkategorien formuliert. Nach Abschluss der Einzelarbeit wurde die Ergebnisse vorgestellt, diskutiert und interpretiert.

6. Ergebnisse

Nach den erläuterten Kategorien werden nun die Ergebnisse dargestellt. Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wurde auf die durchgängige Verwendung des Konjunktives verzichtet. Es ist aber zu beachten, dass nur subjektive Aussagen der Interviewpartnerinnen und -partner wiedergegeben werden. Im Zuge der Darstellung der Ergebnisse nach Kategorien lässt es sich nicht vermeiden, dass einzelne Zitate, die Relevanz für verschiedene Kategorien haben, mehrfach verwendet werden.

Wie bereits in Kapitel 5.2.2 erwähnt, erfasst die Evaluation mehr Informationen, als für die Beantwortung der Fragestellung notwendig sind. Dennoch sollen an dieser Stelle alle Ergebnisse der Interviews dargestellt werden, da sie für ein weiteres Interesse der Projektverantwortlichen und Finanzierungsträger sowie für weitere Auswertungen bereitgestellt werden sollen.

6.1 Kategorie 1: Die Ausbildung

Die erste Kategorie befasst sich mit der Ausbildung zur Gemeindepflegerin. Ferner soll Optimierungspotenzial durch die Ermittlung von Ergänzungs- und auch Verbesserungsvorschlägen erfasst werden.

6.1.1 Ausbildungsinhalte und Didaktik

Neben Inhalten des Curriculums und der Didaktik soll sie Aufschluss über die Zufriedenheit der Gemeindepflegerinnen mit der Ausbildung bzw. dem Ausbildungsumfang und dem Theorie-Praxis-Transfer geben. Die Expertenmeinungen zu den Modulen und die Gedanken, weshalb welche Ausbildungsmodule und -inhalte gewählt wurden, sollen ebenfalls in dieser Unterkategorie erschlossen werden.

Um sicherzustellen, dass alle drei Koordinatoren und Koordinatorinnen die Kompetenzen der Gemeindepflegerinnen genau kennen, haben sie an der Ausbildung teilgenommen.

„Sie haben eigentlich die Krankenschwester und den Arzt hier. Und wenn sie jetzt etwas nicht kennen oder nicht wissen, dann eigentlich fragen sie immer. Und dann bekommen sie die Ratschläge, die sie brauchen. [...]“ (G1 §78)

„Es hat mir persönlich sehr gut gefallen bei der Ausbildung. Wir waren ein gutes Team. Wir waren auch gut versorgt sozusagen. Ich habe sehr viele neue Sachen da gelernt. [...] Und es gefällt mir, dass ich das jetzt bei den Patienten das mache und weiß wie man das richtig macht. Vielleicht für die Krankenschwester [Koordinatorin] war es nicht so viel Neues, aber für mich persönlich und für die Pflegerinnen war es ganz viel Neues.“ (G2 §160)

Auf die Frage, welche Lehrinhalte sie im Arbeitsalltag anwenden oder auch welche für die Arbeit als Gemeindepflegerin nicht nützlich sind, antworteten die Gemeindepflegerinnen wie folgt.

„Sehr viel, fast alles, was sie gelernt haben. Das benutzen sie jetzt auch in ihrer Tätigkeit.“ (G2 §76)

„[...] Alles gebraucht. Sie haben alles benutzt, was sie gelernt haben. [...]“ (G1 §89)

„Für mich waren alle Themen so richtig interessant. Viel Auskunft und Information. Eine sehr gute Information, die wir jetzt auch benutzen.“ (G3 §300)

„Im Allgemeinen eigentlich haben sie uns alles erzählt über die Krankheiten und wie man die Verbände macht. Vielleicht machen wir nicht so oft Verbände, aber eigentlich ist das benutzt.“ (G2 §168)

Hinsichtlich der wichtigsten und interessantesten Ausbildungsinhalte gab es verschiedene Antworten. Jedoch waren alle Pflegerinnen sich einig, dass basispflegerische Aktivitäten wie das Messen des Blutdrucks, Lagerungen etc. sehr wichtig für sie sind.

„Erstmals das ist das Blutdruckmessen. Das ist das Wichtigste, weil sie es nicht konnten und nicht wussten, wie sie das machen. Und das haben sie gelernt. Wie sie mit der mit den Medikamenten richtig geben und wie sie die Bettlägerigen von der einen Seite zur anderen richtigen stellen. Wie sie die Unterwäsche so richtig anziehen und ausziehen sollen.“ (G1 §83)

„Die Versorgung hier von Tag zu Tag [war das wichtigste Gelernte]. Weil wir hier das jeden Tag machen.“ (G2 §172)“

Eine sehr beliebte Unterrichtseinheit im Rahmen der Ausbildung war das Modul „Kommunikation“, wie ein Großteil der Pflegerinnen erläuterte. Dieses erschien ihnen als sehr sinnvoll und nützlich, da sie täglich bei der Arbeit davon profitieren.

„Und was mir am wichtigsten gefallen hat, das ist die Unterhaltung. Wir haben uns sehr viel unterhalten, auch wie man das macht. Und jetzt müssen wir auch hier mit den Patienten sprechen und das ist auch eine große Hilfe. Sehr viele Patienten sind eigentlich sehr verschlossen und wollen es nicht sagen. Und sie müssen es langsam angehen, damit sie etwas sprechen und etwas erzählen. Und sie wissen jetzt genau, wie man das macht.“ (G2 §173)

„Mit den Unterhaltungen haben sie etwas gelernt. Wie sie sich unterhalten sollen. Frau Catinka [Fr. Mardarovici] fragte gerade und sie sagten ja. Das auch. Wie sie sich unterhalten, was sie sagen sollten. Das ist auch wichtig. Sie hat eine Patientin, die 74 ist und sie wollte Selbstmord begehen. Und da hat sie sehr viel mit ihr gesprochen, ihr erklärt, dass sie das nicht machen soll. Und deshalb ist das sehr wichtig, dass sie das mit der Unterhaltung gelernt haben. Und das ist auch für sie, genau, für sie sehr wichtig, wie sie jetzt sprechen sollen und wie sie sich unterhalten sollen. Das hat ihnen vieles beigebracht.“ (G1 §89)

„Ja, auch sollten wir auch viele Gedichte gelernt, wenn vielleicht ein Patient sich schlecht fühlt, dann können wir ein Gedicht ihm beibringen und mit ihm unterhalten und so.“ (G2 §160)

Eine Expertin, welche für die Entwicklung des Ausbildungscurriculums verantwortlich war, schildert ihre Ideen und die Gründe weshalb sie sich für die Auswahl von Modulen und deren Inhalte entschieden hat. Den Pflegerinnen eine gute Grundlage für angemessene Kommunikationsstrategien zu bieten, war ihr sehr wichtig.

„Das war das interessanteste Thema [Kommunikation] und das hat ihnen am meisten gefallen. Die haben ihnen beigebracht, was heißt verbale Kommunikation und nonverbale Kommunikation. Zum Beispiel viele Patienten nach einem Schlaganfall können nicht mehr sprechen und wir haben ihnen gezeigt, wie sie dann entweder schreiben, was sie brauchen. Oder wenn sie trinken möchten, an die Tasse

klopfen, dass es verschiedene Möglichkeiten gibt sich nonverbal auszudrücken und man auch auf Sachen zeigen kann und er nickt oder das man halt mit Körpersprache spricht. Und sie haben auch Rollenspiele gemacht, wo der eine der Patient war und der andere der Pfleger. Das hat ihnen am meisten gefallen, weil da haben sie Rollenspiele gemacht und da wurde vorher festgelegt, wer ist der Patient, wer ist die Krankenschwester und wer ist die Pflegerin. Und dann haben sie auch gespielt, die Krankenschwester hat keine Lust und telefoniert und guckt aus dem Fenster und sagt nichts und der Patient will nicht. Und die Rollenspiele waren sehr interessant. Wir haben ihnen beigebracht, dass sie auch gut angezogen und sauber zu den Patienten gehen sollen, wie man ihn anspricht, dass man nicht gleich auf ihn stürzt und sagt ‚Ihre Krankheit, das ist aber schlimm.‘ sondern das man damit anfängt, dass man sagt ‚Schauen Sie mal draußen, was das für schönes Wetter ist; heute sehen Sie aber schön aus; haben Sie schon gesehen, draußen sind die Blumen gewachsen oder die Äpfel sind reif‘. Wie man mit dem Patienten spricht, dass er Hoffnung kriegt und es einfach eine gute Basis für die Kommunikation ist. Die haben ihnen auch gezeigt, wie man nicht mit den Patienten spricht. Zum Beispiel kommt die Pflegerin und der Patient sagt ‚Au, heute hab ich aber Kopfschmerzen, und dann sagt die Pflegerin ‚Ja, ich hab heute auch Kopfschmerzen.‘“ (E1 §79)

„Und sie haben auch gelernt in dem Kurs, wie man auch negative Gefühle, zum Beispiel, wenn man jetzt nicht so mit dem Patienten kann, wie man die überwinden kann und dann trotzdem herzlich zu sein. Und es ist nicht möglich, jemanden zu pflegen und dabei auf Distanz zu bleiben.“ (E1 §100)

Neben Grundkenntnissen im pflegerischen und medizinischen Bereich wurden auch Themen wie Gesundheitsförderung und Prävention gelehrt.

„[...] wir haben auch Zeichnungen, wie man zum Beispiel die Brust abtastet, und die Pflegerinnen haben diese Zeichnungen auch dabei und zeigen den Frauen auch, wie sie selber die Brustuntersuchungen machen können. Dann machen sie auch die Blutdruckmessung und Zucker. Und die zwei Krankheiten sind hier – also jeder Zweite und Dritte hat hier hohen Blutdruck und Zucker und daraus resultieren ja auch Krankheiten, wenn man die frühzeitig erkennt, dann kommt es beispielsweise gar nicht zum Herzinfarkt.“ (E1 §70)

„Die Pflegerinnen, die ich bei Agapedia ausgebildet habe, hatten auch einen Kurs in Gesundheitserhaltung bekommen, wie man zum Beispiel den Leuten beibringt zu gucken, dass sie keinen hohen Blutdruck kriegen, keinen Zucker kriegen, wie man mit Demenzkranken umgeht, woran man das merkt. Und sie hatten eine Instruktion auch in Gesundheitserhaltung. Sie haben ihnen auch beigebracht – zum Beispiel Nägel schneiden, ist ja keine große Aufgabe, aber wenn man

beim Nägelschneiden bei alten Leuten die Haut verletzt und dann kommen Bakterien rein und dann kann es sein, man muss den ganzen Fuß abschneiden. Und deshalb wurden die Pflegerinnen ausgebildet, wie man das genau macht, dass man den Fuß vorher einweichen muss und dann erst die Nägel schneidet, aber nicht mit spitzen Gegenständen. Also wie man es richtig macht, damit nichts passiert. Wir haben ihnen auch gelehrt, dass sie den Patienten genau erklären müssen, wie sie sich ernähren müssen und dass sie diese Ernährung beibehalten müssen, weil es sonst sein kann, dass sie blind werden oder dass sie ein Bein verlieren. Und dass sie ihre Medikamente zur richtigen Zeit nehmen müssen und all diese Unterrichtseinheiten waren auch bei den Pflegerinnen dabei, waren Bestandteil der Ausbildung.“ (E1 §70)

Auch über die Dauer und Aufteilung von theoretischen und praktischen Anteilen gab die Expertin Auskunft. Da zwei Monate eine sehr kurze Zeit sind, wurde sich bewusst auf ein Grundwissen beschränkt, bei dem Vertiefungen bewusst vermieden wurden und die Inhalte so praxisbezogen wie möglich gehalten werden sollten.

„[...] 80 Stunden Theorie [...]. Und 80 Stunden praktisch. [...] [insgesamt zwei Monate] Bei der praktischen Ausbildung sind wir auch aufs Land gefahren, in die Zentren rein, wir haben die Patienten Zuhause besucht und wir waren in der Palliativstation auch bei der Caritas und dem Projekt Homecare.“ (E1 §§82; 84)

„Hier haben wir natürlich nur die am häufigsten vorkommenden Krankheiten erklärt. Wir sind nicht in die klinische Medizin rein gegangen. Das ist sehr praxisbezogen, nur das, was den Pflegerinnen auch wirklich, womit sie sich auseinandersetzen müssen. Zum Beispiel, wie man die Windeln richtig wechselt, dass man nicht wund liegt, wie man den Patienten umbettet, all die praktischen Sachen, die sie täglich brauchen.“ (E1 §75)

„Ich hab vorher mit den Krankenschwestern im Projekt gesprochen und ihnen gesagt, was sie ihnen zeigen müssen, dass man nicht alles zeigt, sondern nur das, was dann später wichtig ist für die Ausübung, das wurde gezeigt und gelehrt.“ (E1 §90)

Die Ausbildung wurde nicht in Form von reinem Frontalunterricht durchgeführt. Diverse Medien wie bspw. Filme wurden eingesetzt. Ferner wurde Wert auf praktische Übungen zur Festigung des Gelernten gelegt und ein Praktikum im Verein Homecare absolviert.

Vor allem die praktischen Übungen und auch das dreiwöchige Praktikum beim Verein Homecare loben die Frauen, denn es war für sie besonders hilfreich, die theoretischen Kenntnisse aus der Ausbildung immer wieder durch praktische Übungen anzuwenden und zu vertiefen.

„Sie haben miteinander Übungen gemacht. Wie sie die Wunden behandeln sollen. Ja. Und sie haben miteinander immer Übungen gemacht.“ (G1 §86)

„Wir haben auch Filme da gesehen. Sie haben uns Filme da gezeigt auch wie ein Altersheim da ist [in Deutschland] und wie die Alten behandelt werden. [...]“ (G2 §162)

„Während der Ausbildung [...] [habe ich] – auch mit Filmen gezeigt – wie man die Patienten wäscht und wie man sie anzieht und wie man sie sauber hält und wie man da Ordnung macht.“ (E1 §16)

„Power Point Präsentationen, wir haben einen Film gezeigt und dann mussten sie sich gegenseitig verbinden, umlagern, umbetten, Pampers anziehen, ausziehen, umbetten, wenn man alleine ist, wie kriegt man den Topf unter den Patienten, wie macht man einen Verband. Weil die Krankenschwestern schaffen es nicht, jedes Mal zu einem Patienten zu kommen, wenn so was anfällt, so dass die Pflegerinnen das schon selbst machen kann. Erste Hilfe praktisch.“ (E1 §77)

Insgesamt waren laut einer Expertin die Ausbilder und Ausbilderinnen sehr zufrieden mit dem Ausbildungsverlauf, v.a. im Praktikum fiel die Motivation und Hilfsbereitschaft der Teilnehmerinnen positiv auf.

„Ich kann sagen, sie waren hilfsbereit und mit einem großen Herz und sehr offen und sie waren sehr interessiert, in dem Bereich was zu erfahren und zu machen. [...]. Sie waren sehr großzügig.“ (E4 §330)

Allgemein kann gesagt werden, dass alle Gemeindepflegerinnen sowohl inhaltlich als auch mit der Dauer von zwei Monaten sehr zufrieden sind. Sie sehen wenig Ergänzungspotenzial, da zu einem das Aufgabengebiet nicht so weit gefasst ist wie das der Krankenpflegerinnen und -pfleger (Kapitel 6.3.3). Zum anderen haben sie jederzeit die Möglichkeit, im Bedarfsfall den

zuständigen Koordinator bzw. die zuständige Koordinatorin oder auch eine Medizinerin bzw. einen Mediziner zu kontaktieren.

6.1.2 Ergänzungsvorschläge

Um die Ausbildung zu optimieren, sollen durch diese Unterkategorie Ergänzungs- und Verbesserungsvorschläge dargestellt werden.

Zwar sind die Gemeindepflegerinnen und Ausbildungsverantwortlichen generell zufrieden mit der Ausbildung, doch wurden auch Verbesserungsvorschläge angemerkt. Durch die Ausbildung fühlen sich alle Teilnehmerinnen gut geschult. Hin und wieder kommen jedoch Fragen auf und es ist Unterstützungsbedarf gegeben.

„Wir wissen auch eigentlich nicht alles. Vielleicht werden wir noch mehr wissen, wenn es möglich ist.“ (G2 §164)

Der Aufbau und die Kombination von theoretischen und praktischen Anteilen wurde von einer Pflegerin begrüßt, doch durch die Arbeit hat sie auch noch dazugelernt. Neben Fortbildungen, welche auch von einigen Pflegerinnen begrüßt würden, wünschen sie sich regelmäßige Treffen aller drei Teams zum Informationsaustausch. Darüber hinaus ist für die Frauen auch interessant, wie die häusliche Versorgung international organisiert ist.

„Ja, im Praktikum ja. Aber bei der Arbeit finden wir immer was Neues, was wir noch lernen sollten. So wie wir am Anfang waren, dass wir nichts kannten und so haben wir viel gelernt.“ (G3 §302)

„Es wäre eigentlich besser, wenn wir auch so ein Teamzusammentreffen machen und uns unterhalten, wie sie es machen und wie wir es machen und vielleicht auch von anderen Ländern.“ (G2 §160)

„In der Ausbildung wär' es besser, dass es auch eine Fortbildung nach zwei oder drei Jahren gibt. Damit wir uns auch zusammen treffen können und die Probleme sagen können, die wir getroffen haben und was die Lehrer dazu sagen können.“ (G3 §308)

Eine Expertin, welche die Pflegerinnen während des Praktikums beim Verein Homcare begleitete und bereits langjährige Erfahrungen in der häuslichen Versorgung hat, bemerkt, dass die Ausbildung vom Grundinhalt ihrer Meinung nach gut sei. Doch auch aus ihrer Sicht besteht weiterer, regelmäßiger Fortbildungsbedarf.

„Das ist niemals eigentlich ausreichend [allgemein Ausbildungen im medizinischen Bereich]. Da muss man schon etwas lernen und in zwei Monaten werden sie nicht so viel lernen und man muss immer Fortbildungen machen und etwas dazu lernen.“ (E4 §332)

6.1.3 Zusammenfassung der Kernaussagen zur Ausbildung

Ausbildungshinhalte und Didaktik

- Die Gemeindepflegerinnen sind inhaltlich und auch mit der Dauer ihrer Ausbildung sehr zufrieden.
- Bei der kurzen Ausbildung wurde sich bewusst auf die Vermittlung von Basiswissen beschränkt.
- Das Modul Kommunikation und die praktischen Übungen haben den Frauen besonders gefallen.
- Bei der Didaktik wurde bewusst auf große Anteile an praktischen Übungen gelegt.
- Wenn die Gemeindepflegerinnen unsicher sind, kontaktieren sie den zuständigen Koordinator und einen Arzt.

Ergänzungs- und Verbesserungsvorschläge

- Konkrete Ergänzungs- oder Änderungsvorschläge für die Ausbildung gibt es nicht.
- Regelmäßige Fortbildungen und Teamtreffen zum Informationsaustausch sind von Pflegerinnen und einer Expertin erwünscht.

6.2 Kategorie 2: Der bisherige Projektverlauf

Die zweite Kategorie erfasst Aussagen, welche unmittelbar mit dem Projektverlauf zusammenhängen. Sie beschreibt die Annahme und Akzeptanz des Projekts auf mehreren Ebenen. Untersucht wird darüber hinaus das Klientel. Neben dessen Erkrankungen und Bedarfen sollen auch die Anforderungen an die Pflegerinnen ermittelt werden. Ferner werden in einer Unterkategorie die Lebensbedingungen und projektbedingte Lebensveränderungen beschrieben. Des Weiteren soll die Erfassung (infra-)struktureller Mängel und auch der Mangel an medizinischen und pflegerischen Ressourcen einen möglichen Optimierungsbedarf aufzeigen.

6.2.1 Akzeptanz und Annahme des Agapedia-Projekts

Diese Unterkategorie beschreibt die Akzeptanz des Projekts seitens der Patientinnen und Patienten und ihrer Familien, der Gemeinden und auch anderer Akteure, welche direkten oder indirekten Einfluss auf das Projekt haben.

Versorgte Personen und Angehörige

Von Seiten der Versorgten ist die Annahme und Akzeptanz mittlerweile gut und der Wunsch, dass das Projekt langfristig läuft, wird nicht nur von ihnen geäußert. Auch die Expertin bestätigt diese Ansicht:

„Sehr positiv akzeptiert. Und die Patienten wünschen sich, dass die es nicht verlassen in zwei Jahren. Am Anfang war es vielleicht schwieriger. Sie wollten uns nicht akzeptieren. Aber jetzt sie öffnen selbst die Türen und warten auf uns.“ (G2 §175)

„Wir wünschen uns das [dass das Projekt dauerhaft implementiert wird]. Die Leute fragen nach, ob sie es weitermachen und wie sie es mal weitermachen. Sie wünschen das. Und auch die Pflegerinnen. Alle sagen, wir wünschen uns, dass das Projekt weiterläuft.“ (G2 §156)

„Also, sie [Patientin] ist sehr dankbar, aber sie denkt, wenn sie alleine bleibt, ohne Hilfe und so. Was wird sie machen?“ (G1 §23)

„Sie sagen eigentlich nichts Schlechtes, nur Positives. Und sagen, dass ist eine gute Arbeit geleistet. Eigentlich gefällt das den Familien und alles und es wäre schöner eigentlich, wenn das Projekt länger laufen würde.“ (G2 §177)

„Ich kenne die Situation hier im Land, also die Krise, die es jetzt hier gibt – finanzielle Krise – und wie es den Leuten hier geht und vor allem hier auf den Dörfern, in welchem schlechten Zustand manche Familien dort leben müssen und deshalb kann ich nicht nur sagen, wie ich denke, dass das Projekt angenommen wird, sondern ich weiß, wie das Projekt angenommen wird. Und in diesem Zusammenhang [durch die Arbeit an dem Projekt] habe ich auch die Möglichkeit auf dem Land die Familien zu besuchen und ich sehe die Situation vor Ort und ich besuche auch die Stützpunkte und spreche mit den Krankenschwestern und deshalb kenne ich die Situation vor Ort. Und deshalb kann ich sagen, dass vor allem die Patienten sehr, sehr dankbar sind, dass es diesen Service gibt. Des Weiteren auch die Angehörigen im näheren Umkreis, aber auch die Leute, die im Dorf wohnen, also die die um den Patienten rum sind und als drittes die medizinischen Pflegestützpunkte und als viertes auch die Ärzte, die in diesem Projekt dabei sind. Alle, die in diesem Projekt dabei sind, sind sehr dankbar, dass es das gibt.“ (E1 §10)

Einige Patienten und Patientinnen hatten von den Pflegerinnen erfahren, dass das Projekt evaluiert werden soll und dafür Interviews durchgeführt werden sollen. Sie haben den Gemeindepflegerinnen vorgeschlagen, was sie an alle Projektbeteiligten weitergeben sollten.

„Sie [die Gemeindepflegerinnen] sollen nur die Guten sagen und sich bedanken für das Projekt. Und nicht nur von ihrer Seite, sondern auch für die Bedürftige und für alle, die warten. Und die Patienten sagen immer viel Gesundheit für euch und auch für die, die das Projekt gemacht haben. Und sie machen das fast jeden Tag, wenn sie kommen, sie sagen dann immer sich bedanken und sagen immer, jeden Tag viel Gesundheit für dich und für die, die das machen und die helfen.“ (G1 §114)

Nachbarn und Dorfgemeinschaft

Die allgemeine Akzeptanz und auch Dankbarkeit der Dorfgemeinschaften und der Nachbarn ist inzwischen beachtlich, obwohl das Projekt in zwei Gemeinden zunächst skeptisch beäugt wurde. In einem Fall wurde die angebotene Unterstützung durch das Agapedia-Projekt jedoch abgelehnt:

„Ja, es gab hier auch so Fälle. Eine Person, die vielleicht Hilfe brauchte, sie hat es nicht akzeptiert, sie sagte die brauche nur Holz für den Winter und wenn sie helfen können, dann sollen sie Holz bringen, aber sonst will sie keine Hilfe annehmen. Eine Patientin hat gesagt bei der Renovierung brauch' ich keine Hilfe, nur bei der Landwirtschaft oder so.“ (G3 §241)

„Ja, wir sind eigentlich jetzt immer erwartet und sind alle dankbar. Eigentlich hier der Stadt [Staat?] hilft nicht so den alten Leuten und deshalb ist das Projekt hier so gut angesehen.“ (G2 §181)

„[...] Und die Nachbarn, alle sagen auch, wie schön es hier ist, wie schön ist es geworden, seit hier die Frauen kommen und sauber machen. Bis jetzt war sie geschlossen im Haus, und jetzt kann man sie schon besuchen. Und sie wünschen sich, dass sie weiter noch kommen und sie nicht verlassen werden.“ (G2 §175)

„Und die Nachbarn schon sprechen über all das, dass jemand kommt und hilft hier und es ein sehr gutes Projekt ist. Und – alles schön. Sie sind sehr dankbar. Die bedanken sich für die Ergebnisse.“ (G2 §135)

„Ich will mich bedanken für das ganze Projekt, für das Team hier, das so viel arbeitet und so viel Hilfe herbringt. Dafür, dass das Projekt hier funktioniert. Diese Dankbarkeit ist von allen Leuten, die versorgt sind und vom Dorf, die hier sind, weil sie bedanken sich dafür. Viel Gesundheit für euch und alles Gute. Und Erfolg euch.“ (G2 §136)

„Eigentlich im Kreis gibt es so welche Projekte nicht mehr. Sie haben nur gehört, wenn sie die Ausbildung gemacht haben, dass auch so welche Projekte gibt und waren begeistert, dass es so was gibt.“ (G2 §158)

Beteiligte Akteure

Die Annahme und Akzeptanz der direkt oder auch indirekt beteiligten Akteure ist unterschiedlich in den Dörfern. Der zuständige Arzt eines Dorfes äußerte seine Zufriedenheit mit dem Projekt und sieht dies als Unterstützung an. Während die Bürgermeister in zwei Regionen die Projekte befürworten, gibt es Schwierigkeiten in einem der Dörfer. Diese Probleme klingen jedoch langsam ab.

„[...] Und der Arzt war auch da und ist zufrieden, wie sich alles verändert hat. Und das Projekt ist sehr gut, ist sehr viel Hilfe hier.“ (G2 §134)

„Wir haben hier ein bisschen Probleme mit dem Bürgermeister. Der Bürgermeister ist nicht einverstanden mit dem Projekt und meint, sie brauchen hier so ein Projekt nicht und ich habe es den alten Leuten auch gesagt, dass der Bürgermeister so was gesagt hat und sie schimpfen immer, sie werden zu dem Bürgermeister persönlich gehen und ihm die Meinung sagen. Hier gibt es ein Problem mit dem Bürgermeister. Es wurde der Bürgermeister gewählt, aber wir wollten den anderen, der früher war, der hat uns viel geholfen. Und jetzt, wo der andere gewählt wurde, der setzt uns unter Druck, dass wir den anderen wollten.“ (G3 §252)

„Wir hatten – am Anfang war es schwer, aber jetzt geht alles in Ordnung. Hier gab es das Problem, dass das Zentrum, wo das Büro jetzt steht, gab es Probleme, sie haben es nicht erlaubt am Anfang und deswegen war der Anfang schwer und jetzt ist alles in Ordnung.“ (G3 §231)

Auch eine Expertin betont, dass die Einstellung und Akzeptanz des Bürgermeisters bzw. Bürgermeisterin und der Gemeinde Einfluss auf die Projektdurchführung hat.

„Das hängt auch sehr viel an den Bürgermeistern, die in den einzelnen Bezirken vor Ort sind. Ich meine jetzt, dass es nur ganz wenige Ausnahmen gibt, wo der Bürgermeister sagt, dass es schwerwiegendere Probleme gibt, die gelöst werden müssen, als Patienten zuhause zu versorgen. Aber ich kenne eigentlich nur Bürgermeister und Leute in der Umgebung, die dieses Projekt befürworten würden.“ (E1 §14)

Zusammenfassend beurteilen zwei Expertinnen die Annahme und Akzeptanz des Projekts und der Pflegerinnen als positiv.

„Des Weiteren [sind] auch die Angehörigen im näheren Umkreis [sehr dankbar], aber auch die Leute, die im Dorf wohnen, also die, die um den Patienten rum sind und als drittes die medizinischen Pflegestützpunkte und als viertes auch die Ärzte, die in diesem Projekt dabei sind. Alle die in diesem Projekt dabei sind, sind sehr dankbar, dass es das gibt.“ (E1 §10)

„[...] Ja, so wie gesagt, das Projekt arbeitet in Cimisia, Gura Galbenei und Orhei in zwei Dörfern. Und es ist ein gutes Projekt, es ist sehr gut akzeptiert von der Gesellschaft.“ (E6 §413)

6.2.2 Klientel

Mittels dieser Unterkategorie soll dargestellt werden, wie die Bedürftigen ausfindig gemacht werden, welches Krankheits- und Bedürftigkeitsspektrum vorliegt und wie hoch der damit verbundene Versorgungsbedarf ist. Zur Ermittlung der Patientenstruktur und ihrer Bedarfe wurde in den Interviews zunächst der Versorgungsablauf und die Anzahl der zu versorgenden Patientinnen und Patienten pro Tag ermittelt.

Die Bedürftigen werden auf unterschiedliche Weise ausfindig gemacht. Neben der Information durch die Dorfgemeinschaft ist das Bürgermeisteramt eine wichtige Quelle.

„Im Bürgermeisteramt gibt es eine Stelle, die heißt Sozialassistent und er macht diese Liste. [...] In den Dörfern weiß das Bürgermeisteramt, welche Personen bedürftig sind. Es gibt sogar eine Liste, was die Bedürftigen haben oder nicht haben dürfen. Es ist festgelegt, wer in diese Gruppe reingehört. Zum Beispiel die Person älter als 60 Jahre, sie ist bettlägerig, sie hat kein Einkommen, sie hat eine ganz kleine Rente, sie hat keine Verwandten die sie pflegten, da gibt es praktisch Stichpunkte und nach denen wird geguckt. Und wenn das gegeben ist, dann fällt die Person unter diesen Status. [...] Er [der Sozialarbeiter] muss nicht durch's ganze Dorf laufen, die Sachen werden im Dorf weiter getragen. Und jedes Dorf hat eine Liste mit allen Pensionären und dann weiß man schon, wer Rentner ist und anhand von dem wird dann geguckt, bei wem ist es ganz schlecht und das dringt durch. Es gibt schlimme Fälle, aber es gibt auch schlimme, schlimme Fälle.“ (E1 §§106, 108, 110)

In der Regel werden pro Tag sechs bis acht Klienten und Klientinnen versorgt und einmal täglich besucht. Je nach Bedarf kann dies jedoch variieren. In einem Ort besuchen die Pflegerinnen je sechs Patientinnen und Patienten täglich.

„Sie hat sieben zu versorgen. Und zwei sind in einer Familie, einer ist im Dorf der Nähe. Nachbardorf.“ (G1 §11)

„Ich hatte acht, jetzt nur noch sechs – zwei sind gestorben.“ (G2 §140)

„Alle [versorgen] sechs.“ (G3 §260)

„Das hängt davon ab welche Krankheiten sie haben. Es gibt Patienten, die auch täglich versorgt werden sollten. Eigentlich sind fast alle, alle, die täglich versorgt werden sollen. Wenn sie später das nicht können, dann werden sie das auch nicht so oft. Aber jetzt sind sie täglich versorgt.“ (G1 §45)

„[...] Oder der Patient mehr braucht, dann bleibt die Pflegerin den ganzen Tag bei einem Patienten, um zu versorgen. Aber sonst sind alle Patienten jeden Tag. Wenn ich zum Beispiel bei einem Patienten den ganzen Tag bleiben soll, dann sag ich den anderen, dass ich morgen zum Beispiel nicht kommen werde. Dann lass ich mehr Wasser da und Essen. Damit zu versorgen etwas haben. Und dann kommen sie den nächsten Tag.“ (G2 §145)

„Wir gehen jeden Tag zu ihnen, sie sind bedürftig. Aber es hängt davon ab, was für eine Krankheit und was sie brauchen. Bei einem länger, bei dem anderen etwas kürzer. Wenn sie bei einem viel zu tun haben kann es sein, dass der nächste, der nicht so viel Hilfe braucht, am nächsten Tag dran kommt.“ (G3 §262)

Krankheit und soziale Notlage

Das Projekts ist ausgelegt, sowohl kranke Menschen als auch sozial Benachteiligte zu unterstützen. Alle Pflegerinnen schilderten allerdings überwiegend von Krankheitsfällen. In einer Region werden nur Kranke behandelt, die sozialen Fälle werden in diesem Dorf an das lokale Sozialamt verwiesen. In einem anderen Dorf wird gerade begonnen, auch die reinen Sozialfälle in die Versorgung aufzunehmen.

„Nein, hier sind die Patienten alle nur, wenn sie eine Krankheit haben. Weil hier gibt es im Dorf auch eine Krankenschwester vom Sozialamt, die auch zu den Bedürftigen hingeht. (G3 §274)

„Er [sie] hat einen Mann, der eigentlich Alkoholiker ist oder viel Alkohol getrunken hat und der Blutdruck war immer zu hoch und er konnte nicht verstehen, woher das kommt. Aber er hat eigentlich viel Alkohol getrunken morgens. Und die Kinder sind nicht da. Irgendwo. Weg. Er hat nur die Rente und kein Geld mehr. Und hat geweint, dass jemand doch zu ihm kommt, weil keiner da ist. Und sie geht zu ihm – aber er ein Mann ist – auch irgendwie ist ihr das auch ein wenig peinlich, und hilft ihm. Aber sie [die Gemeindepflegerin] geht mit ihrer Tochter oder mit jemand anderem zu ihm.“ (G1 §59)

„Ich habe persönlich im Dorf so einen Patienten, der kein Haus hat, kein Essen und gar nichts. [...]“ (G2 §152)

„Ich war selber beim Patienten [...] wir haben gesehen, dass er eine Packung Maccaroni in zehn kleine Portionen aufgeteilt hat, in kleine Päckchen verteilt hat, damit die sie ihm zehn Tage reichen, um zehn Tage essen zu haben. Die Rentner hier haben einfach zu wenig Geld. [...].“ (G1 §45)

Krankheitsspektrum

Das Spektrum verschiedener Erkrankungen ist breit. Am häufigsten werden Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, diverse Frakturen und Krebserkrankungen erwähnt. Auch Alkoholmissbrauch wird mehrfach geschildert. Die Erläuterungen unterschieden sich jedoch in den einzelnen Gebieten. Während zwei Teams vermehrt über Frakturen der Extremitäten und Krebserkrankungen berichten, herrschen in einer Region überwiegend die typischen Alterserkrankungen vor.

„Ja, ich habe hier einen, der eine Lähmung hatte [...]“ (G3 §276)

„Sie hat einen Beinbruch, sie ist bettlägerig, braucht einen Rollstuhl und deswegen braucht sie am meisten. [...]“ (G2 §268)

„Sie hat eine Patientin, die Diabetes hat. Und Herzprobleme. Sie ist bettlägerig. Sie bekommt Hilfe, zur Toilette zu gehen. Der andere hat Operation bekommen, Augenoperation.“ (G1 §41)

„Sie haben auch eine Frau, die Parkinson-Krankheit hat und die konnte gar nichts machen. Sie hat auch Medikamente bekommen.“ (G1 §23)

„Wir haben einen Kranken, der Krebserkrankung hatte und bettlägerig war“ (G2 §132)

„[...] Die mit dem Rollstuhl muss üben und manchmal wartet sie auf den Mann, dass er ihr hilft sich auf den Rollstuhl zu setzen aber sie will nicht so viel machen. Manchmal trinkt sie auch Alkohol. [...] Der Mann trinkt auch ein bisschen [...].“ (G3 §§270, 272)

Folgende Haupterkrankungen wurden geschildert:

„Bluthochdruck, Unfälle [oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen ‚acciente vasculare‘ unklare Übersetzung in diesem Kontext – die Mehrheit schildert jedoch Symptome von Herz-Kreislauf-Erkrankungen], Brüche und so, Diabetes, Krebs.“ (G3 §266)

„Eigentlich gibt es Krebserkrankungen und Brüche. Beim Hand oder Beine. Und sie können sich nicht bewegen. Bluthochdruck gibt es auch.“ (G2 §150)

„(...) vaskuläre Erkrankungen/ Ereignisse, Hypertension, Arthrose, Epilepsie, Parkinson, Enzephalopathie usw.“ (G1 §43)

Bedarfe und Ansprüche

Einige Patienten und Patientinnen haben vergleichsweise hohe Ansprüche an die Gemeindepflegerinnen und sind nicht immer leicht zu versorgen.

„Er [Patient] hatte Depressionen auch und der sollte auch einen halben Tag da bleiben [der Besuch]. Und weil er wollte auch ganz viel, weil wenn man depressiv ist [...] Am Wochenende war sie [Pflegerin] auch da und hat mit ihm gesprochen, weil er Depressionen haben.“ (G1 §15)

„Wenn sie vielleicht die Anweisungen annimmt, die ich ihr gebe, dass sie mehr übt und mehr macht, dann wird es besser. Aber es gefällt ihr so ganz gut, glaub ich und da will sie nicht so viel machen und ich glaube nicht, dass sie so schnell heilt. [...]“ (G3 §270)

„Ich hatte diese eine Patientin ohne Herd und ohne Heizung, aber sie konnte schon richtig so laufen. Die Krankenschwestern von der Stadt haben sie verlassen, weil sie so zickig war. Wir haben sie aufgenommen, haben renoviert und richtig sauber gemacht. Sie wollte eigentlich nicht, dass man ihre Sachen anfasst. Und sie hatte das Land zum Pachten weitergegeben und sie dachte, dass sie ihr das Haus wegnehmen wollen und sie hat gefragt, ob sie ihr bei der Landwirtschaft helfen können, aber sie erlaubt eigentlich nichts. Und jetzt sagt die Frau wieder sie braucht keine Hilfe und sie wird eh sterben und wir sollen weggehen. Aber ich bin sicher, dass sie im Winter doch noch mal Hilfe braucht.“ (G3 §340)

„Sie warten auf uns und wenn wir zum Beispiel uns verspäten oder nachmittags kommen, dann wird gefragt ‚Warum seid ihr nicht gekommen, wir haben den halben Tag gewartet‘.“ (G3 §227)

Projektbedingte Veränderungen

Das Klientel hat bisher von der Versorgung profitiert und ist bereits deutlich selbstständiger oder sogar unabhängig vom Projekt geworden.

„Sie hat zum Beispiel eine, die braucht dreimal täglich hinzugehen. Weil sie bettlägerig war. Und da sollte vormittags, mittags und abends nochmal hingehen. Später ist sie nur einmal täglich geworden und dann nur einmal in zwei Tagen.“ (G1 §47)

„Ich hatte acht Patienten, zwei können schon wieder für sich selbst sorgen. Deshalb sind sechs geblieben.“ (G2 §143)

„Diese Frau ist eine Patientin. Sie konnte am Anfang nicht laufen, sie hat aber mit dem Stuhl so ein bisschen laufen gelernt und jetzt kann sie schon mit dem Stock rausgehen.“ (G3 §246)

„Und wir im Dorf ein Haus gesucht [für den Patienten ohne Haus], wo niemand mehr da wohnt, hat jemand da gewohnt und jetzt wohnt nicht mehr. Er ist blind, kann nicht sehen. Und auch die Beine sind sehr geschwollen. Und wir haben ein Zimmer renoviert. So durften wir. Und haben wir bei der Kirche und bei den Leuten auch gefunden die Sachen, die er nötig hat. Möbel usw. Wir werden sehen, wie wir es im Winter mit der Heizung machen. Er hat aber eine Rente und hat es erlaubt, mit der Rente zu kaufen, was nötig ist. Essen usw., das Budget zu machen. Er will eigentlich auch, dass mit dem Budget auch so, dass sie alles besorgen, was nötig ist. Für's Essen für Heizung vielleicht etwas zu lassen usw. ist einverstanden.“ (G2 §152)

6.2.3 Ressourcenmangel und mangelhafte (infra-)strukturelle Bedingungen

In dieser Unterkategorie wird der Mangel an Ressourcen und Strukturen untersucht. In diesem Kontext werden die konkreten Bedarfe der Pflegerinnen im Arbeitsalltag ermittelt.

Zeit und Personal

Zeitliche und personelle Ressourcen sind knapp. Es gibt vielerlei Aufgaben, die erledigt werden müssen, sodass die Frauen sehr viel Zeit bei den Patienten und Patientinnen verbringen. Das Arbeitspensum sei zwar sehr hoch, doch sagen alle Pflegerinnen, dass sie es im Grunde schaffen. Allerdings ist

nicht geklärt, ob sie die Arbeit schaffen würden, wenn sie keine freiwilligen Überstunden leisten würden.

„Bei der Patientin brauch’ ich vielleicht den ganzen Tag jeden Tag. Es ist schwer und ich bin ganz allein. Die anderen beschwerten sich ‚Bei der bleibst du den halben oder den ganzen Tag und bei mir nur so schnell‘.“ (G3 §335)

„Wir versuchen so, alles zu schaffen. Eigentlich schaffen wir es nicht. Wenn wir renovieren müssen oder den ganzen Tag bei den Patienten arbeiten sollen. Aber dann lasse ich die Patienten. Nur morgens gehe ich kurz und dann mache ich es am nächsten Tag. Aber eigentlich so schaffen wir es.“ (G2 §208)

„Sie sagen, nach der Arbeit vielleicht gehen sie auch noch eine Stunde, wenn sie es unbedingt brauchen. Eigentlich versuchen sie es zu schaffen. [...]“ (G1 §107)

„Das macht mir die Arbeit schwer und jeden Tag muss ich bei den Patienten waschen und das Wasser ist ganz weit, vom Brunnen muss ich es holen und muss alles waschen und bettlägerig und deshalb ist eigentlich mehr Zeit nötig. [...]“ (G3 §335)

„Es gibt auch Dörfer, die auch mehrere [Gemeindepflegerinnen] bräuchten. Sie haben nur einen Teil übernommen. Aber es gibt noch drei übernehmen sollten. Es gibt mehr Bedürftige eigentlich und sie schaffen es nicht zu allen. Auch die Leute fragen, vielleicht kommt auch zu uns jemand. Warum nur da kommen und gehen und sonst nicht kommen?“ (G2 §150)

„Ja, es gibt viel mehr, die es [eine Versorgung durch die Gemeindepflegerin] brauchen.“ (G3 §328)

Aus allen Gruppeninterviews wurde deutlich, dass es an diversen Ressourcen mangelt und die (infra-)strukturellen Bedingungen ungünstig sind. Auch die Expertinnen sind sich dieser Problematik bewusst.

Medizinische und pflegerische Ressourcen

Neben dem Mangel an Zeit und Personal ist der Bedarf an medizinischen und pflegerischen Utensilien hoch. Es besteht in allen drei Regionen drin-

gender Bedarf sowohl an Medikamenten und Verbandsmaterial als auch an Inkontinenzversorgung und Gehstützen.

„Vielleicht [brauchen wir dringend] Medikamente. Vielleicht für die Kranken, die sie für die Kranken brauchen. Vielleicht erste Hilfe. Windeln für die Kranken. [...] Das ist gut, wenn du vielleicht zu den Patienten gehst und etwas mitbringst, was sie sehr wichtig brauchen.“ (G1 §101)

„Wir haben einen Kranken, der Krebserkrankung hatte und bettlägerig war und wir hatten keine Windeln. Und das war sehr schwer, jeden Tag ihn sauber zu machen. Ohne Windeln es war nach ein paar Stunden wieder so. Und vielleicht auch die Medikamente, einen Teil haben wir aber nicht alle und deshalb macht es die Arbeit ohne Medikamente. Wenn es eine schwierige Krankheit ist, ohne Medikamente ist das schwierig. [...]“ (G2 §132)

„Was uns fehlt, eigentlich ist Windeln. Und für Verbandszeug. Vielleicht diese Gehstützen, Rollator. Vielleicht ein Rollstuhl. Eimer haben wir auch nicht, vielleicht Eimer. Für Toiletten, diese Toiletteneimer. Für alte Leute diese kleinen Eimer [Steckbecken].“ (G2 §198)

„Der Patient, der blind war bei ihr, sie sagt, wenn sie einen Stock hätte oder etwas für Blinde, dass er auch laufen kann. Und sie sagten, sie ist (...) vielleicht bekommt er auch diesen Gehstock, damit er gehen kann. Weil er blind ist und er läuft so nur an der Hand. Langsam.“ (G1 §39)

Es mangelt zwar nicht gänzlich an allem, einige Hilfsmittel sind vorhanden und z.T. werden die Kosten der Medikamente übernommen. In der Regel reicht es jedoch nicht aus.

„Es ist schon eine große Hilfe, dass der Staat etwas zu den Medikamenten gibt. Aber es wäre schon sehr schön, wenn sie auch die Rollstühle oder die Gehstützen oder einen Rollator haben könnten.“ (G3 §389)

„Sie sprechen über die Hilfsmittel, die sie bekommen haben. Die Gehstützen und so. Und sie sollten etwas noch, die Stöcker noch bekommen. Gehstützen. Sie brauchen aber noch irgendwelche Gehstützen. [...] In einem Dorf, da war eine Patientin, sie hatte sechs Jahre keine Gehhilfe und sie hat das jetzt bekommen. Sie war auch nicht mal draußen. Und jetzt sie sehr begeistert, weil sie wieder nach draußen laufen kann.“ (G1 §37)

Strukturelle Mängel

Häufig sind es die ungünstigen Räumlichkeiten, in denen die Klienten und Klientinnen leben, die Pflegehilfsmittel notwendig machen.

„Manche haben das Bad nicht und wir können dann nicht so richtig waschen. Das WC ist draußen und draußen ist weit. Wir haben Probleme die Leute auf's Klo zu bringen. [...] Ja [wir improvisieren], mit einem Eimer und einem selbstgebauten Stuhl.“ (G3 §§235, 237)

„Es fehlt eine Heizung und das Bad, wo wir bei den Patienten waschen können [...]“.“ (G3 §313)

Die vorherrschenden Strukturen sind ungünstig, da viele Patientinnen und Patienten keinen Wasseranschluss in den Häusern haben und die Pflegerinnen das Wasser aus dem Brunnen holen müssen. Darüber hinaus müssen sie sich um Heizmaterial kümmern. Dies sind die beiden wichtigsten Ressourcen, welche fehlen und welche den Arbeitsalltag aller Pflegerinnen enorm erschweren.

„Erstmal [das größte Problem im Versorgungsalltag] die Wasserleitungen. Es gibt manche, die Wasserleitungen haben, dann ist es leichter. Aber manche haben das noch nicht und dann muss ich Wasser vom Brunnen holen. [...]“ (G3 §235)

„[...] Und im Dorf ist es schwierig, auch mit der Heizung. Das Holz ist sehr teuer, Kohle auch und ein Rentner kann das alleine nicht bezahlen. Das sind die schwierigsten [größten Probleme] eigentlich.“ (G2 §132)

„Was am schwierigsten die Arbeit macht, das ist im Winter zum Beispiel die Kohle, das Holz, das es vielleicht gibt es nicht. Wir müssen das irgendwo rausfinden. Oder Heizung anheizen. Wasser auch vom Brunnen muss man holen.“ (G2 §131)

„Das ist schwierig für denen. Weil in dem Dorf ist eigentlich keine Heizung. Sie [die Pflegerinnen] sollen alles heizen im Winter.“ (G1 §23)

Sowohl das Heizen als auch das Wasserholen ist eines der größten und zeitintensivsten Probleme. Hinzu kommen zwei strukturelle Hauptprobleme, über welche alle Frauen klagen: Die Straßenverhältnisse sind schlecht und

geeignete Transportmittel fehlen, sodass die Pflegerinnen bis zu eineinhalb Stunden brauchen, um von Patient zu Patient zu gelangen. Vor allem bei schlechtem Wetter ist das sehr zeitintensiv. Auf die Frage, was die Frauen sich allgemein für ihre Arbeit wünschen, wurde in allen drei Gruppen der Wunsch nach einem Fortbewegungsmittel geäußert.

„Ja, die Straßen, das ist auch ein so richtiges Problem. Im Sommer es geht noch. Sie können noch laufen. Mit Stiefeln bis da oben, wenn es Regen gibt. Regenstiefel. Im Winter ist es auch sehr schwierig. [...] Wenn das regnet im Winter, das geht sehr schwierig. Ja, sie brauchen auch sehr viel Zeit von einem Patienten zum anderen. Weil der Weg ist zu weit. Bei schönem Wetter geht das noch. Manchmal braucht sie eine Stunde oder eineinhalb Stunden für Patient zum anderen, weil sie wohnen weit voneinander.“ (G1 §30)

„[...] Ein Auto oder so etwas. Dass sie sich von einem Patienten leichter zum anderen leichter sich bewegen können.“ (G1 §99)

„[...] Wünsche eigentlich könnte man schon vielleicht schon die Distanz von einem Patienten zum anderen. Das ist das Problem. Es ist sehr groß, sehr lang. Deshalb vielleicht ein Fahrrad oder Motorrad vielleicht irgendwie zu besorgen, dass die schneller da sind.“ (G2 §196)

„Es gibt fünf Minuten oder auch halbe Stunde. Es wäre besser eigentlich wenn es wenigstens ein Fahrrad hier geben würde. Das war am Anfang sehr schwer auch Kleidung zum Waschen hier herzubringen, sie waren sehr schwer so zu Fuß zu tragen. Jetzt gibt es manchmal ein Auto und wir können es bringen.“ (G3 §315)

„Ja, sie brauchen eine Stunde, eineinhalb Stunden. Zwei, drei Kilometer zu laufen. Und das ist schwierig. Deshalb verlieren sie sehr viel Zeit.“ (G1 §32)

Im Vergleich zu der häuslichen Versorgung in den Städten sind die Arbeitsbedingungen auf dem Land ungünstiger. Diese Unterschiede bringen drei Expertinnen zum Ausdruck.

„[...] Die Aufgaben in der Stadt und auf dem Land sind ganz verschieden. Hier in der Stadt sie [die Pflegerinnen] müssen von acht bis zehn Uhr versorgen die Patienten. Und auf dem Land müssen von sechs bis acht oder so. Und hier [in Chisinau] müssen sie es weniger machen, sie müssen ins Krankenhaus gehen und dem Arzt das zeigen. Und auf dem Land sie müssen auch Wasser holen und das ist weit und deshalb ist die

Situation auch anders. Es ist eigentlich verschieden auch die Qualität. Weil hier [in Chisinau] ist erstmal der öffentliche Verkehr da und sie können schneller von einem Patienten zum anderen kommen. Und das ist bezahlt von der Stadt, für den öffentlichen Verkehr, sie müssen es nicht bezahlen. Und im Dorf dann ist es sehr weit vom einem Patienten zum anderen, sie haben auch kein Fahrrad und so. Es ist einfach ziemlich weit. [...]" (E2 §180)

„Ich denke, dass das Projekt sehr gut ist eigentlich, weil die anderen Projekte, die ich kenne, sind mehr in der Stadt und die Lebensbedingungen hier in der Stadt sind ganz anders. Wir haben wenigstens Wasser und da ist es etwas anderes. [...]" (E4 §309)

„[...] die Pflegebedürftigen [auf dem Land] haben keine Wärme, kein Wasser usw. [...]" (E6 §415)

Von suboptimalen lokalen Versorgungsstrukturen spricht ein Team, welches neben dem unkooperativen Bürgermeister (vgl. Kapitel 6.2.1) mit weiteren Problemen zu kämpfen hat.

„Wir haben hier ein bisschen Probleme mit dem Bürgermeister. Der Bürgermeister ist nicht einverstanden mit dem Projekt und meint, sie brauchen hier so ein Projekt nicht [...]. Es wurde der Bürgermeister gewählt, aber wir wollten den anderen der früher war, der hat uns viel geholfen. Und jetzt, wo der andere gewählt wurde, der setzt uns unter Druck, dass wir den anderen wollten.“ (G3 §252)

„Wenn wir Probleme haben mit den Krankheiten und den Arzt brauchen, dann besprechen wir auch mit den anderen Krankenschwestern, dass sie dem Arzt bitte Bescheid sagen, aber es ist das Problem, dass der Arzt hier zwei Dörfer hat und er kommt nur Samstag. Und wenn nötig ist, dass der Krankenwagen kommt, dann muss unbedingt die Krankenschwester vom Dorf kommen, um das zu sehen und dann kommt der Krankenwagen, sonst kommt er nicht.“ (G3 §294)

Eine Expertin schildert, dass jedoch nicht allein der Bürgermeister ein Problem sein kann, sondern dass im Grunde viele übergeordnete Probleme und Mängel in den Versorgungsstrukturen, nicht nur auf dem Land, gegeben sind (vgl. Kapitel 6.6.1).

„Das hängt auch sehr viel an den Bürgermeistern, die in den einzelnen Bezirken vor Ort sind. [...] Die meisten Modelle, wenn es die gegeben hat, dann waren die hier nur in der Stadt. [Für] Das Projekt, das Eca-

terina Mardarovici auch unterstützt, also Agapedia, gibt es folgendes Problem: Beim Ministerium werden immer nur die medizinischen Belange, die bekommen Zuschüsse und die sozialen bekommen keine. Und bei so einem Projekt müssen beide zusammenarbeiten, dass es von beiden Seiten Zuschüsse gibt, um dieses Projekt praktisch längerfristig halten zu können. Ich gehe zu Patienten und ich kann ihnen natürlich bezahlt eine Spritze geben oder sie verbinden, aber wenn ich in das Zimmer komme und es hat keine Heizung und es ist alles dreckig und der Patient liegt da und ist nicht gut versorgt, dann nutzt auch die Spritze und der Verband nichts, wenn man nicht das Ganze ganzheitlich auf die Füße stellt.“ (E1 §14)

6.2.4 Ergänzende Hilfen und Projekte im Umkreis

Diese Unterkategorie soll erfassen, ob in den Regionen, die durch das Projekt unterstützt werden, weitere Unterstützungsangebote für die Landbevölkerung vorhanden sind.

Es gibt andere Unterstützungsangebote. Zwei Teams berichten von kirchlicher Unterstützung im Dorf, welche im Bedarfsfall Kleidung und Decken zur Verfügung stellt.

„Hier im Dorf haben wir eine baptistische Kirche. Wenn wir Hilfe brauchen, dann gehen wir dahin und fragen nach der Kleidung und sie helfen immer. Oder etwas zu organisieren, volontär, ehrenamtlich zu machen die Leute, ob sie helfen können. Und sie helfen uns. [...]“ (G2 §192)

„(...) Und haben wir bei der Kirche und bei den Leuten auch gefunden die Sachen, die er nötig hat. Möbel usw. [...]“ (G2 §152)

„Ja, vielleicht ein Brot oder so von der Kirche.“ (G3 §296)

Neben der Kirche gibt es mittlerweile auch Nachbarschaftshilfen, die Bedürftige unterstützen. Auch helfen Jugendliche freiwillig, bspw. bei Renovierungsarbeiten. Die Rekrutierung von Freiwilligen und der Ausbau von Nachbarschaftshilfen soll von den Gemeindepflegerinnen gezielt gefördert werden.

„Da gibt es auch zwei Frauen, die Nachbarinnen sind. Und sie haben mit ihnen gesprochen und sie kommen an den Feiertagen und sprechen

mit denen und helfen ein bisschen mit denen. Sie machen das volontär auch nur so. [...] und kommen und unterhalten die zwei Frauen. Also sie [Patienten] ist sehr dankbar, aber sie denkt, wenn sie alleine bleibt, ohne Hilfe und so.“ (G1 §23)

„und [...] sie hat jemanden gefunden, eine Nachbarin, die ihr geholfen hat, einfach nur volontär.“ (G1 §25)

„Wir organisieren eigentlich von der Familie, da kann der Sohn im Winter das Holz machen oder ein Nachbar hilft auch ein bisschen.“ (G3 §296)

„Am Anfang bei einem Patienten, bei einer Frau, da war der Herd kaputt und dann haben die das in der Nachbarschaft angesprochen und jemand hat ihr einen alten Herd gegeben, weil der alte war ganz kaputt.“ (G3 §296)

„[...] Es wurden auch Kinder hier organisiert um zu helfen. Sie haben einfach da bei den Häusern geholfen. Ein bisschen sauber zu machen, zu fegen oder Holz zu sammeln. Aja – Kinder so mit 15, 16 – Jugendliche sozusagen.“ (G2 §192)

„Ja, könnte man so machen. Mit Jugendlichen ist das eigentlich leichter zu machen. Erwachsene sind beschäftigt, haben Arbeit. Aber Jugendliche nach der Schule, die können sie schon helfen. Das könnte man schon organisieren.“ (G2 §194)

Eine Koordinatorin konnte einen Mediziner aus einem anderen gesundheitsbezogenen Projekt überzeugen, zu den Patientinnen und Patienten in ihren Zuständigkeitsbereich zu kommen und sie zu untersuchen:

„Ja, von dem Projekt, da ist auch ein Arzt gekommen hier ins Dorf. Also Maria [die Koordinatorin] hat ihn gefragt, ob er herkommt. Und er ist gekommen und hat auch die Patienten versorgt.“ (G1 §95)

Des Weiteren gibt es Sozialküchen. In einem Ort ist diese von einem österreichischen Projekt organisiert, welches warme Mahlzeiten kostenlos zubereitet und auch zu den Menschen nach Hause bringt.

„Und hier gibt es auch ein Projekt wo die alten Leute essen können. Und sie bringen das Essen nach Hause.“ (G1 §19)

„Sie haben auch, die Rente ist sehr klein und deshalb haben sie auch nicht so viel Geld für Essen und alles und gibt es dieses österreichische

Projekt hier. Wo sie Essen machen und da bringen sie eine Mahlzeit am Tag, mittags. Warm.“ (G1 §23)

„Ja, in diesen drei Dörfern in Gura Galbenei, Selimet [?], Cimislia gibt es so eine Sozialküche. [...]“ (E3 §260)

6.2.5 Zusammenfassung der Kernaussagen über den bisherigen Projektverlauf

Akzeptanz und Annahme des Projekts

- Nach anfänglichen Schwierigkeiten konnte das Umfeld vom Projekt überzeugt werden, weshalb es inzwischen gut akzeptiert und eingebunden ist.
- Dorfgemeinschaft, Klientel, Projektmitarbeiter bzw. -mitarbeiterinnen und beteiligte Akteure wünschen sich, dass das Projekt dauerhaft implementiert und somit über die zwei Jahre hinaus fortgeführt werden kann.
- Die Bürgermeister bzw. Bürgermeisterinnen sind wichtige Schlüsselpersonen für einen ungehinderten Projektablauf.

Das Klientel

- Das Klientel besteht überwiegend aus kranken und alten Menschen.
- Die häufigsten Erkrankungen sind: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Brüche der Extremitäten, Krebserkrankungen.
- Durchschnittlich werden sechs bis acht Klienten und Klientinnen pro Pflegerin täglich versorgt.
- Das versorgte Klientel profitiert vom Projekt und viele sind bereits selbstständiger in ihrer Lebensführung geworden.

Ressourcen- und Strukturmängel

- Es bestehen große Unterschiede, Ressourcen und Strukturen betreffend, zwischen der Versorgung auf dem Land und der Versorgung in der Stadt.
- Es mangelt an vielen pflegerischen und medizinischen Ressourcen und die strukturellen Bedingungen sind schlecht.

- Das Wasserholen und die langen Wege auf den schlechten Straßen sind die zeitintensivsten Aufgaben. Neben diesen Faktoren wurden keine anderen Aufgaben erwähnt, die so viel Zeit kosten.

6.3 Kategorie 3: Die Gemeindepflegerinnen

Das Berufsbild der Gemeindepflegerin ist ein Novum. Daher soll mittels dieser Kategorie untersucht werden, wie sich die generelle Annahme und Akzeptanz der Gemeindepflegerinnen durch die Dorfgemeinschaft, durch direkt und indirekt beteiligte Akteure sowie durch das Klientel und deren Angehörige darstellt. Ferner wird die Einstellung der Familien der Gemeindepflegerinnen zu ihrer neuen Tätigkeit untersucht. Auch die Zufriedenheit der Gemeindepflegerinnen im Berufsalltag, ihre Aufgabenfelder sowie ihre Arbeitseinstellung und Motivation ist Inhalt einer Unterkategorie. Neben den Aufgaben und Tätigkeiten werden die Vernetzung und Kommunikation der Gemeindepflegerinnen untereinander sowie mit anderen Akteuren der Gesundheitsversorgung untersucht.

6.3.1 Annahme und Akzeptanz der Pflegerinnen

Bereits im Vorfeld wurde deutlich, dass pflegerische Berufe in der Republik Moldau kein hohes Ansehen genießen (vgl. Kapitel 6.6.3). Aus diesem Grund soll hier die Akzeptanz und Annahme des neuen Berufsbildes der Gemeindepflegerin erforscht werden.

Versorgte Personen und Angehörige

Nicht alle Patientinnen und Patienten konnten oder wollten die Versorgung durch die Pflegerinnen gleich annehmen. Sie waren zunächst skeptisch und z.T. misstrauisch. Einzelne Patientinnen und Patienten waren besorgt, dass die Pflegerinnen Geld verlangen oder sie bestehlen könnten. Im Laufe der Zeit konnten sie überzeugt werden, dass die Gemeindepflegerinnen vertrauenswürdig seien und auch keine (finanzielle) Gegenleistung erwarten:

„Sie haben Angst, dass sie das bezahlen müssen. Zurückhaltung ist das Ding. Das mit dem Essen, dass sie Essen bekommen. Sie sagten nein, sonst sie werden von meiner Rente Geld abnehmen und da bleibt nichts übrig. [...] Sie erklären das langsam, dass sie nichts bezahlen sollen und sonst. Das sind die ersten zwei bis drei Tage. Und dann geht es. Wenn sie sehen, dass sie Massage bekommen, dass sie Essen bekommen und kein Geld dazu zahlen müssen. Dann sind sie Freunde. Unterhalten sich und sind [...] und dann fragen sie nachher wann sie kommen. [...] Ja, sie sind schüchtern am Anfang. ‚Was bist du, dass du mich waschen sollst?‘ und so was. ‚Peinlich!‘ Sie erlauben das am Anfang nicht. ‚Warum bist du hier her gekommen um sauber zu machen? Und um Essen zu machen?‘ Das ist der Anfang. Nachher zeigen sie selber wo alles ist.“ (G1 §§51, 53, 55)

„Am Anfang sind fast alle schon so, ob sie bezahlen sollen. Ob die Rente zu wenig ist. ‚Was machen Sie hier?‘“ (G1 §49)

„Und nach zwei, drei Wochen vielleicht, wenn er schon versorgt ist und so froh ist dass er sehr zufrieden mit dem Ganzen. [...]“ (G2 §134)

„Wenn ich zu den Patienten gekommen bin, dann haben alle nicht Hilfe bekommen [angenommen] – und warum soll ich Hilfe bekommen? Was werden sie geben [bezahlen müssen]? Und so welche Fragen. Aber jetzt fragen sie auch auf der Straße mich immer, ob sie auch zu den anderen gehen werden.“ (G2 §138)

„Ja, am Anfang, als wir angefangen haben, da hatten wir einen Patienten, der hat gesagt: ‚Ja, ich weiß es nicht, wieviel soll ich bezahlen?‘ Und ob die Rente mehr als reicht. Und jetzt hat die Frau, die das gesagt hat, hat es den Nachbarn erzählt: ‚Das ist die Hauspflegerin, vielleicht kommt sie auch zu mir‘. Sie treffen sich oder die Patienten und Nachbarn besprechen sich und loben dann die Pflegerin, dass sie so viel macht. Und deswegen wollen jetzt mehrere.“ (G3 §239)

Wie dankbar die Patienten und Patientinnen nun sind, äußern sie häufig:

„Sie [die Patientin] ist sehr dankbar, dass sie das macht.“ (G1 §7)

„Und die Patienten sind eigentlich sehr zufrieden und fragen immer, wann sie kommen, und sehr dankbar dafür.“ (G2 §127)

„[...] und warten auf denen und sind sehr begeistert von, wenn sie kommen und sind sehr dankbar für Essen und für alles. [...]“ (G1 §28)

„Und sagen dann auch, dass sie sehr dankbar sind. Dass sie versorgt werden sollen. (...)“ (G1 §9)

Durch ihre ehrenamtlichen Einsätze auch am Wochenende können die Pflegerinnen den Patienten und Patientinnen eine zusätzliche Freude machen.

„Ich wollte eine Überraschung machen, weil sie war so lange nicht in der Kirche. Sie wollte es gern mal wieder. Und sie war sehr dankbar dafür.“ (G2 §210)

Manchmal [schaffen sie es] nicht, sie gehen dann in ihrer Freizeit. Wenn sie es brauchen, dann laufen sie auch Samstag, Sonntag. Können sie auch so einfach volontär helfen, manchmal. Sie [Patienten] rufen an. Und wenn sie sich schlecht fühlen, dann rufen sie an Samstag und Sonntag. Wenn es Wochenende ist oder Feiertag, dann rufen sie an und sagen ‚Ich fühle mich schlecht, können Sie mir etwas bringen?‘ [...] Ja, wenn sie anrufen [gehen wir gerne hin], dann ja. Wenn sie was brauchen, dann machen sie das.“ (G1 §§110, 112)

Es kommt auch vor, dass die Arbeit der Gemeindepflegerinnen mit der der staatlichen Krankenschwester verglichen wird und die Gemeindepflegerin dabei positiver beurteilt wird:

„Ich habe in einer Familie – der Mann wurde von der Staat versorgt, von der Krankenschwester, die von der Staat bezahlt wird, und die Frau habe ich übernommen. Und die andere, die Krankenschwester kommt und sagt ‚Was für eine Arbeit Sie machen?‘. Damit sie sehen, sie ist einfach nur neidisch, aber die Frau [die Patientin] schimpft immer mit der Krankenschwester ‚Was für einen Arbeit, Sie machen gar nichts und Sie müssen so was nicht sagen‘. Sie sehen, dass eine gute Arbeit geleistet wird.“ (G3 §251)

„Also, es gab keine Probleme, die haben sie sehr gut aufgenommen und die Patienten haben zum Beispiel am Schluss sogar gesagt, die Agapedia-Pflegerin hat den Verband jetzt aber viel besser gemacht als die Krankenschwester.“ (G1 §88)

Dorfgemeinschaft

Auch das öffentliche Ansehen der Gemeindepflegerinnen ist nicht in jedem Fall von Anfang an gut. In einigen Fällen wird die Geringschätzung ihrer Tätigkeit ihnen gegenüber geäußert. Jedoch könnten die Frauen durch gute Arbeit die Dorfgemeinschaft von ihrer Arbeit überzeugen. Aus diesem

Grund war es ihnen auch wichtig, dass u.a. die Patientinnen und Patienten ihre Erfahrungen aus der Versorgung anderen mitteilen.

„Es ist wichtig, dass die Leute zufrieden sind mit der Arbeit tun, dass sie das auch weitersagen.“ (G3 §339)

„[...] und wenn die Nachbarin kommt und sieht ‚Ah, das ist sauber hier‘, dann bekommt sie [die Gemeindepflegerin] ein Kompliment und dann bekommt sie auch von der Gesellschaft praktisch einen Zuspruch, dass das jetzt alles anders aussieht. Das ist der Input, den sie am Anfang machen müssen, um dann am Ende eine Bestätigung für ihre Arbeit zu bekommen.“ (G1 §16)

„Also, von außen ja, aber von den Patienten nicht. Aber so im Dorf haben sie so was gehört [geringschätzende Äußerungen]. [...] Ich habe mich schlecht gefühlt, aber ich habe versucht, es zu erklären, was wir machen, und jetzt, wo die Leute wissen, was für eine Arbeit wir hier leisten, behandeln sie uns besser.“ (G3 §§248, 250)

„Ja, gibt es. Aber nicht viel. Aber gibt es doch wenige, die das sagen. Manche lachen uns schon aus, ja. Eine 16-Jährige hat sie ausgelacht. Und hat sie gesagt ‚Was kommst du zu so einer alten Frau und was machst du?‘ Das ist auch noch eine Verwandte von der Frau.“ (G1 §65)

Auf die Frage, ob es die Pflegerinnen verletze, wenn schlecht über sie geredet werde, verneint eine Frau:

„Nö, das tut nicht weh. Sie hören einfach nicht zu. Und lassen es. Sie geht weiter und deshalb hören sie nicht zu.“ (G1 §68)

Als der Kurs für die Ausbildung zur Gemeindepflegerin ausgeschrieben wurde und sie hörten, was ihre Aufgaben sein werden, gab es zunächst kaum Frauen, welche die Ausbildung machen wollten. Erst nachdem die ersten Gemeindepflegerinnen tätig sind, wird das allgemeine Interesse für diesen Beruf größer:

„Am Anfang, als wir den Kurs ausgeschrieben haben, sind viele gekommen und wollten mal schauen, was es heißt, diese Ausbildung zu machen. Und als sie gehört haben, dass sie die Patienten auch waschen müssen und Windeln anziehen, haben sie gesagt ‚sie möchten das nicht. Und jetzt mit denen, die absolviert haben, jetzt kommen viele und wol-

len die Ausbildung machen, weil sie hören, wie toll die davon sprechen, die jetzt damit fertig sind. Jetzt haben wir viele Anfragen: ‚Wann können wir denn die Ausbildung machen?‘ In Cimisia haben wir drei Mal die Ausschreibung gemacht, bis wir die Richtigen gefunden haben. Die einen wollten wir nicht, bei den anderen wollte die nicht mehr und dann mussten wir drei Mal die Ausschreibung machen, bis wir das Team zusammenhatten.“ (E1 §96)

Eine Expertin gab ihren Schülerinnen während der Ausbildung mit auf den Weg, dass die Anerkennung mit der Zeit größer werde. Womit sie Recht behalten hat – nach und nach sind alle Gemeinden durch die Arbeit der Gemeindepflegerinnen überzeugt worden und sehen ihre Tätigkeit als sehr positiv an.

„Ich hab den Pflegerinnen immer gesagt, dass das, was sie in die Patienten investieren, dass sie das vom Patienten zurückbekommen, und was gibt es Schöneres, als die Anerkennung vom Patienten, dem es gut geht und der die Arbeit honoriert, die die Pflegerin macht. Das ist das beste Geschenk, das man machen kann, und wenn dann auch jemand sie vorher dann auslacht ‚Was macht ihr hier für `ne Arbeit? Ihr putzt den Popo von den alten Leuten?‘ das wird in den Hintergrund treten und die Anerkennung wird größer werden und vor allem von den Patienten.“ (E1 §16)

„Jetzt sehr viele Leute fahren ins Ausland und jetzt ist es ein normaler Beruf. Weil sie sind auch Pflegerinnen da. In Italien besonders. Aber es gibt auch solche Fälle, wie Sie sagen, wie in Deutschland. Überall gibt es auch Leute, die das auch sagen, ‚Ja, was guckst du auch immer bei dem Alten? Was machst du da?‘“ (G2 §179)

Angehörige der Pflegerinnen

Ebenso wie vereinzelte Patienten bzw. Patientinnen und die Dorfbewohner bzw. Dorfbewohnerinnen standen nicht alle Angehörigen der Gemeindepflegerinnen von Beginn an hinter ihrer Arbeit. Ähnlich wie bei allen anderen konnten sie jedoch im familiären Umfeld gute Überzeugungsarbeit leisten. Der Ehemann einer Pflegerin unterstützt sie und das Projekt jetzt tatkräftig.

„Am Anfang war es schwer. Hier hatten wir keine Waschmaschine und es waren ein paar Frauen da, bei denen unbedingt gewaschen werden musste, und da habe ich es dann nach Hause genommen und mein Mann hat erst nichts gesagt und beim zweiten Mal hat er gesagt, so was

geht nicht. Ich hab versucht, es ihm zu erklären und es ist gut gegangen.“ (G3 §254)

„Am Anfang haben sie doch Probleme. Sie haben die Kleidung [der Patienten] mit nach Hause genommen und haben zuhause die Kleidung gewaschen. Aber dann später haben sie da in dem Haus gewaschen. Das war der Anfang nur. Wie sie jetzt keine Waschmaschine oder so hatten. Aber jetzt das gibt keine Probleme. Der Anfang war schwierig. Sie sagte, sie hatte eine große Hilfe von ihrem Mann. Der hilft ihr selber mit dem Auto, die Gasflaschen zu füllen, von einem Dorf zu einem anderen Dorf und bringt sie zu den Frauen, wo ihr [I2+I1] gestern wart. [...] Sie sagt, wann (...) die anderen Frauen fragen auch, wann ihr Mann auch zu einem Zentrum geht. Und (...) den anderen hilft. Der Mann unterstützt. Genau. Und was sie brauchen, wenn etwas irgendwo nicht im Dorf ist, dann hilft er mit dem Auto und bringt den alten Frauen [...].“ (G1 §§61, 63)

„Sie verstehen, dass wir den alten Leuten helfen und vielleicht wenn wir Hilfe brauchen.“ (G3 §258)

6.3.2 Zufriedenheit im Berufsalltag

Diese Unterkategorie soll Auskunft über das allgemeine Wohlbefinden im Berufsalltag geben und ggf. Veränderungswünsche aufzeigen. Um mehrere Dimensionen erfassen zu können, wurde die Zufriedenheit an verschiedenen Faktoren gemessen.

Feedback von Patienten

Gemessen am Feedback durch ihre versorgten Personen sind alle Gemeindepflegerinnen sehr zufrieden:

„Ich bin zufrieden, wenn die Patienten auch zufrieden sind und dankbar. Und es ihnen gefällt, dass wir ihnen helfen. Es gibt auch andere, es gibt vielleicht auch kein Wasser, was die Arbeit schwer macht. Aber wir versuchen, es so gut zu machen, wie es möglich ist.“ (G2 §129)

„Und nach zwei, drei Wochen vielleicht, wenn er schon versorgt ist und so froh ist, dass er sehr zufrieden mit dem Ganzen. Dann ist sie [die Gemeindepflegerin] auch noch zufriedener als er.“ (G2 §134)

*„Ich bin sehr zufrieden, weil die Patienten sind auch sehr zufrieden.“
(G2 §135)*

„Aber alle, wenn ich reinkomme in das Haus, dann treffen sie mich mit dem Lachen, mit einem Lächeln. Und deshalb bin ich auch so zufrieden. [...]“ (G2 §138)

„Sie freuen sich, wenn sie gehen und die Leute fröhlich sind und warten auf denen und sind sehr begeistert von, wenn sie kommen und sind sehr dankbar für Essen und für alles. Wenn sie geht und der Patient sagt, dass er gut geschlafen hat und sehr fröhlich und auch sie gewartet hat, dann ist sie sehr zufrieden.“ (G1 §28)

Eine Pflegerin erzählt von einer Situation, in der sie mit einem Patienten weniger zufrieden gewesen ist. Eine andere ist sehr unzufrieden aufgrund der anfänglichen Ablehnung.

„Es wäre besser eigentlich – ich habe einen Patienten, der Lähmung hat und ich zeige ihm, wie man die Krankengymnastik macht. Wir machen das zusammen und dann bitte ich ihn, die Übungen später auch zu machen, und wenn ich das nächste Mal gehe, dann hat er es nicht gemacht. Dann bin ich nicht so zufrieden.“ (G3 §230)

„Ich habe mich schlecht gefühlt [wegen geringschätziger Äußerungen], aber ich habe versucht es zu erklären, was wir machen, und jetzt, wo die Leute wissen, was für eine Arbeit wir hier leisten, behandeln sie uns besser.“ (G3 §250)

Projektkonzept

An einem Projekt wie dem der Agapedia-Stiftung mitarbeiten zu können, freut die Gemeindepflegerinnen. An diesem Indikator gemessen, sind sie ebenfalls zufrieden, da sie das Konzept befürworten.

„Es gefällt mir eigentlich hier alles. Es fängt die so sehr schön an. Von morgens an und es ist alles in Ordnung.“ (G2 §138)

„Es ist ein neues Projekt, es ist etwas Interessantes und das Projekt ist sehr hilfreich für die Bedürftigen.“ (G3 §223)

„Es ist sehr interessant und das Projekt sehr gut und für die Patienten auch sehr schön.“ (G1 §34)

„Eigentlich im Kreis gibt es so welche Projekte nicht mehr. Sie haben nur gehört, wenn sie die Ausbildung gemacht haben, dass auch so welche Projekte gibt, und waren begeistert, dass es so was gibt.“ (G2 §158)

„Das Projekt ist sehr gut, besonders für die Dörfer, weil hier sind ganz viele alte und kranke Leute und am Anfang waren sie auch nicht begeistert davon. Wir wurden nicht akzeptiert, aber jetzt, wo sie sehen, was wir machen, was für eine Arbeit wir leisten, sind sie sehr zufrieden.“ (G3 §224)

Lohn und Überstunden

Gemessen an Lohn und Überstunden äußerte eine Pflegerin, dass die Bezahlung ihrer Tätigkeit besser sein könnte. Einsätze in der Freizeit kommen vor, was einige als Überstunden ansehen, andere als volontäre Einsätze, andere werten dies gar nicht.

„Der Lohn vielleicht ist es ein bisschen wenig für die Arbeit. Ich bleibe auch mehr nach der Arbeit und dann helfe ich den Leuten, weil sie es unbedingt brauchen und eigentlich ist das viel Arbeit.“ (G3 §333)

„Manchmal nicht, sie gehen dann in ihrer Freizeit. Wenn sie es brauchen, dann laufen sie auch Samstag, Sonntag. Können sie auch so einfach volontär helfen, manchmal. Sie [Patienten] rufen an. Und wenn sie sich schlecht fühlen, dann rufen sie an Samstag und Sonntag. Wenn es Wochenende ist oder Feiertag, dann rufen sie an und sagen: ‚Ich fühle mich schlecht, können Sie mir etwas bringen?‘“ (G1 §110)

„Am Wochenende war sie [Pflegerin] auch da und hat mit ihm gesprochen, weil er Depressionen haben.“ (G1 §15)

„Das war an einem Feiertag an einem Samstag, wo wir eigentlich nicht arbeiten. Das war freiwillig.“ (G2 §210)

„Und sie [die Gemeindepflegerin] bleibt auch ein bisschen länger, damit sie auch vielleicht sich bewegen. Wichtig ist, Bewegung haben.“ (G1 §13)

6.3.3 Arbeitseinstellung und Motivation

Sowohl durch vorherige Gespräche als auch durch die Beschreibung des Berufsbildes und des Tätigkeitsspektrums der Gemeindepflegerinnen entstand die Vermutung, dass bei den Frauen eine positive Arbeitseinstellung und hohe Motivation vorliegt. Diese soll in dieser Unterkategorie untersucht werden.

Trotz erschwelter Arbeitsbedingungen (vgl. Kapitel 6.2.3) kann die Arbeitseinstellung der Versorgerinnen als positiv und die Motivation als sehr hoch eingestuft werden. Eine Expertin schreibt den Pflegerinnen eine hohe intrinsische Motivation zu, eine weitere beschreibt die Frauen als sehr hilfsbereit.

„Das ist von Mensch zu Mensch verschieden [die Motivation] und es gibt verschiedene Pflegerinnen. Es hatten natürlich diejenige leichter, die in der Familie oder im Bekanntenkreis einen Pflegefall hatten und sich damit identifizieren konnten und wussten, was es heißt, jemanden zu pflegen, wie jemanden, für den das jetzt ganz neu war. Und sie haben auch gelernt in dem Kurs, wie man auch negative Gefühle, zum Beispiel wenn man jetzt nicht so mit dem Patienten kann, wie man die überwinden kann und dann trotzdem herzlich zu sein. Und es ist nicht möglich jemanden zu pflegen und dabei auf Distanz zu bleiben. Also man muss – man hat 'ne Annäherung. Trotzdem macht das niemand wegen dem Geld, weil man muss durch den ganzen Schlamm, durch den Dreck, man muss eine Stunde laufen und das macht niemand nur aus rein intrinsischen Anreiz, wegen Geld. Da braucht man eine externe Motivation. Die Pflegerinnen muss man auch bezahlen, weil die haben auch Verantwortung. Es ist was anderes, wenn ich freiwillig komme, eine Stunde da bin, eigentlich keine Verantwortung habe und dann auch kein Geld dafür krieg, wie jemand, der wirklich Verantwortung hat, der muss dann auch dafür bezahlt werden.“ (E1 §100)

„Ich kann sagen, sie waren hilfsbereit und mit einem großen Herz und sehr offen und sie waren sehr interessiert, in dem Bereich etwas zu erfahren und zu machen. So wie ich Frau Ecaterina [Frau Mardarovici] kenne, wird sie hier auch keine Leute ohne Erfahrung hinbringen. Sie waren sehr großzügig.“ (E4 §330)

„Diesen Job müssen Menschen übernehmen, die das machen wollen, die das vom Herzen her machen möchten, mit den alten Leuten zu arbeiten.“ (E1 §41)

Ferner ist laut einer projektverantwortlichen Expertin die Ausbildung für die Frauen und deren Familien wichtig.

„Das ist auch wichtig gewesen für sie [die Gemeindepflegerinnen] persönlich, diese Ausbildung zu machen. Auch für ihre Familien war es wichtig.“ (E1 §94)

Die Pflegerinnen selbst sind stets bemüht, es dem Klientel so angenehm wie möglich zu machen. Sogar Arbeit in ihrer Freizeit wird von einigen Pflegerinnen z.T. aus Eigeninitiative übernommen.

„Ich glaube, es ist eigentlich auch besser, wenn man nicht per Telefon was sagt, sondern persönlich geht und man sieht, wie es ihm geht. Und vielleicht, wenn es etwas nötig ist, dann besorgt.“ (G2 §148)

„Was mir am wichtigsten ist, ist, dass die Leute sehr zufrieden sind.“ (G3 §226)

„Die Rentner hier haben einfach zu wenig Geld. Manchmal jammern die Patienten auch an die Pflegerinnen hin, dass sie schon lange kein Obst mehr gegessen haben oder kein Gemüse und die Pflegerinnen bringen dann von irgendwo ein Stück Obst mit oder ein Gemüse.“ (E1 §45)

Zwar leisten die Pflegerinnen gute Arbeit und engagieren sich, doch wissen sie, dass sie nicht alle Bedürftigen versorgen können.

„Was mir am wichtigsten gefällt, dass die Leute sich viel besser fühlen und dass sie froh sind, dass sie Hilfe benötigen und deshalb gefällt mir das auch. Was mir nicht gefällt, dass es sehr, sehr viele Leute, die Hilfe nötig haben sind und wir nicht helfen können.“ (G2 §126)

Da der Bedarf ohnehin hoch ist, können sich die Pflegerinnen nicht vorstellen, wie ihr Arbeitsausfall kompensiert werden könnte. Auf die Frage, wie die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten im Krankheitsfall gewährleistet werden könne, antwortet eine von ihnen, dass sie auch aus diesem Grund nicht erkranken möchte.

„Eigentlich sollen wir dem Koordinator Bescheid sagen [im Krankheitsfall]. Eigentlich soll es so sein, dass eine andere Pflegerin übernehmen soll. Ja, sie werden dann die Patienten übernehmen. Ich glaube, deshalb werden wir auch nicht krank werden (lacht). Ich muss für die Patienten sorgen und nur an die Patienten denken, was sie machen und wie sie es schaffen“ (G2 §214)

Arbeit, welche ungern erledigt wird, gibt es nicht. Eine Pflegerin begründet dies mit dem Argument, dass sie im Bedarfsfall auch froh über jede Unterstützung sei.

„Ungerne gibt es nicht. Wenn sie auch bedürftig wären, dann wären sie auch (...) das ist (...) das ist am Anfang, wenn sie es noch nicht genau die Situation kennen, wenn die Leute noch nicht mal zur Toilette gehen sollen und wir sollen ihnen zeigen, wie sie das machen und wo sie das machen. So das ist die Situation, die am schwierigsten ist am Anfang. Der Anfang ist das Schwierigste, aber die organisieren sich und machen das zusammen am Anfang. Sauber im Haus, sprechen mit den Leuten und (...) sie hat jemanden gefunden, eine Nachbarin, die ihr geholfen hat, einfach nur volontär. Und so und der Anfang.“ (G1 §25)

„Sie sagen nach der Arbeit, vielleicht gehen sie auch noch eine Stunde, wenn sie es unbedingt brauchen. [...] Manchmal nicht, sie gehen dann in ihrer Freizeit. Wenn sie es brauchen, dann laufen sie auch Samstag, Sonntag. Können sie auch so einfach volontär helfen, manchmal. Sie [Patienten] rufen an. Und wenn sie sich schlecht fühlen, dann rufen sie an Samstag und Sonntag. Wenn es Wochenende ist oder Feiertag, dann rufen sie an und sagen: 'Ich fühle mich schlecht, können Sie mir etwas bringen?' [...] Ja [sie machen es gerne], wenn sie anrufen, dann ja. Wenn sie brauchen, dann machen sie das.“ (G1 §§107, 110, 112)

6.3.4 Aufgabenfelder und Tätigkeiten

Die Aufgabengebiete und Aktivitäten der Gemeindepflegerinnen werden in dieser Unterkategorie beschrieben. Neben den festgelegten Aufgaben übernehmen die Frauen freiwillige Arbeiten für ihr Klientel (vgl. Kapitel 6.3.1 und 6.3.2).

Zu den festgelegten Aufgaben gehören Reinigung und/ oder Renovierung der Häuser, pflegerische und medizinische Versorgung, Gesundheitsaufklärung und Prävention, psycho-soziale Betreuung, Massagen und Krankengymnastik, Bildung von Unterstützungsnetzwerken durch Angehörige, Nachbarn uvm.

Zu Beginn der Versorgung durch das Projekt werden zunächst bei jedem Klienten bzw. jeder Klientin eine Grundreinigung und ggf. auch Renovierungsarbeiten vorgenommen.

„Ich persönlich habe einen Patienten, der nach einem Herzinfarkt bettlägerig ist. Und wir haben alles renoviert, sauber gemacht.“ (G2 §134)

„Ich hatte diese eine Patientin ohne Herd und ohne Heizung [...]. Wir haben sie aufgenommen, haben renoviert und richtig sauber gemacht.“ (G3 §340)

Abgesehen von den Renovierungsarbeiten ist es auch vorgekommen, dass eine neue Bleibe gesucht werden musste. Ferner kann es bei aufwändigen Renovierungsarbeiten vorkommen, dass sie viel Zeit in Anspruch nehmen:

„Ich habe persönlich im Dorf so einen Patienten, der kein Haus hat, kein Essen und gar nichts. Und wir im Dorf ein Haus gesucht, wo niemand mehr da wohnt, hat jemand da gewohnt und jetzt wohnt nicht mehr. Er ist blind, kann nicht sehen. Und auch die Beine sind sehr geschwollen. Und wir haben ein Zimmer renoviert.“ (G2 §152)

„Diese Patienten, die wir haben, jeden Tag. Von morgens bis abends. Ja, alle. Wenn zum Beispiel Renovierung ist, oder so was. [...] Wenn zum Beispiel Renovierung ist oder so was. Oder der Patient mehr braucht, dann bleibt die Pflegerin den ganzen Tag bei einem Patienten, um zu versorgen.“ (G2 §145)

Je nach Arbeitsaufkommen teilt ein Team sich die Arbeitszeiten flexibel ein.

„Ja, die Arbeitszeit ist eigentlich von acht Uhr morgens bis 17 Uhr abends. Eine Zeit haben wir auch Mittagspause. Aber so der Anfang, so wie sie gesagt haben [Renovierung/Reinigung], kann es auch zwei Tage dauern. Bis alles richtig steht. Die Arbeitszeit ist eigentlich von acht bis 17, aber sie können sich auch anders verteilen. Vielleicht mittags nehmen sie sich mehr Zeit, aber dafür gehen sie erst abends zu den Patienten. Ja, manchmal gehe ich zu den Patienten, sie wollen es auch einfach nicht so früh morgens und deshalb muss ich es einplanen, dass ich erst später die Arbeit anfangen.“ (G2 §210)

Damit die Bedürftigen auch finanzielle Unterstützung, bspw. in Form einer Alters- oder Behindertenrente, bekommen, unterstützen die Pflegerinnen sie bei der Stellung solcher Anträge und setzen sich mit lokalen Behörden in Verbindung.

„Damals war ich im Rathaus bei dem Bürgermeister, habe ich auch Hilfe beantragt und hab 2000 Lei bekommen und dann bin ich weiter gegangen und hab die Dokumente für den Behinderungsgrad gemacht und jetzt bekommen sie das Geld.“ (G3 §276)

„[...] Und wir werden jetzt anfangen mit den anderen, die Sozialhilfe benötigen. Wir haben einen Patienten, wir haben sie gestern gesehen, mit dem Brustkrebs. Wir haben sehr viel die Dokumente fertig gemacht, damit sie Hilfe benötigt [bekommt], für die Behinderung. Wir haben dreimal vielleicht im Zentrum und im Kreis sind gefahren, um die Dokumente zu machen. Wir haben auch die Dokumente hier vom Bürgeramt richtig gestellt und dann sind wir nochmal im Umkreis gefahren, um die Papiere zu machen, damit sie auch eine kleine Rente bekommt. Wir warten auf diese Rente, dass sie kommt. Sie haben es noch nicht bekommen, weil sie die Dokumente nicht richtig gestellt. Und von anderswo haben sie gar keine Finanzierung. Und das ist die einzige, eigentlich Rente, die sie (...). Eigentlich so welche Leute gibt es hier mehrere und wir müssen sorgen dafür, dass sie von irgendwo ein bisschen Geld bekommen. Weil sonst haben sie nichts zu essen da.“ (G2 §154)

„Ein Junge ist 31 Jahre alt. Als wir ihn aufgenommen haben, war er bettlägerig, er hatte die linke Seite gelähmt und er konnte nicht sprechen. [...] Wir haben am Anfang mit den Sozialproblemen alles geklärt, mit den Dokumenten, und dann haben wir angefangen, mit ihm Massagen zu machen und mit ihm langsam zu sprechen. [...]“ (G3 §342)

„[...] Sie hat die Papiere fertig gemacht, damit er Hilfe bekommt, Sozialhilfe, etwas zum Essen, Gemüse oder etwas und Kleidung auch. Und sie haben das alles organisiert und jetzt ist der Verwandte da zuhause. [...]“ (G1 §15)

„Der hat jetzt die ganzen Jahre keine Rente gekriegt, obwohl ihm die Rente zustehen würde. Also haben unsere Pflegerinnen einen Renten Antrag gestellt, dass der seine Rente kriegt, das wäre eigentlich auch Aufgabe von dem Sozialarbeiter, das hat er aber auch nicht gemacht.“ (E1 §110)

Die medizinische und pflegerische Versorgung ist eine der Hauptaufgaben der Frauen. Die psycho-soziale Begleitung ist untrennbar damit verbunden.

„[...] ich habe einen Patienten, der Lähmung hat, und ich zeige ihm, wie man die Krankengymnastik macht. Wir machen das zusammen und dann bitte ich ihn, die Übungen später auch zu machen“ (G3 §230)

„Sie geht jeden Morgen, guckt was braucht. [...] Also sie können auch nicht laufen und dann können sie (...) sie nehmen die Medikamente von der Apotheke und dann schreibt sie auf. Morgens, mittags und nachmittags, welche Medikamente sie nehmen soll. Und sie wäscht den Fußboden auch, spült, das Bett sozusagen (...) auch fast jeden Tag also – sauber sein. Und sie soll auch gewaschen sein. Sie sind sehr dankbar, dass sie das macht.“ (G1 §7)

„Sie [die Gemeindepflegerin] macht sauber, hilft auch beim Essen kochen. Sie [die Patientin] kann laufen, aber schwierig. Sie [die Gemeindepflegerin] hilft beim Kleidung waschen. Auch Füße Massage machen, weil sie (...) Hausarbeit und dann sind zu geschwollen, die Füße. Und dann macht sie eine kleine Massage. Und sie, sie hilft ihr. Hilft, was sie helfen kann.“ (G1 §13)

„Viele haben kein Wasser, keine Wasserleitungen. Deshalb sollen sie vom Brunnen Wasser holen. Kämmen, Nägel sauber machen, waschen. Und hier gibt es auch ein Projekt, wo die alten Leute essen können. Und sie bringen das Essen nach Hause.“ (G1 §19)

„Wenn ich erst einmal zum Patienten gehe und ihn in Versorgung nehme. Und es ist alles durcheinander und er hat niemanden da. Und nach einer Woche, wo er schon versorgt ist, und ich ihn Massage mache und mich mit ihm unterhalte. Ich behandle eine Wunde oder gebe die Medikamente. [...].“ (G2 §134)

„(...) Das ist auch wichtig. Sie hat eine Patientin, die 74 ist, und sie wollte Selbstmord begehen. Und da hat sie sehr viel mit ihr gesprochen, ihr erklärt, dass sie das nicht machen soll. [...]“ (G1 §89)

„Ja, wenn ich zum ersten Mal zu einem Patient gegangen bin, hab ich den Blutdruck gemessen und der war zu hoch und dann hab ich ihm die Medikamente gegeben und hab ihm gesagt, dass er sich ein bisschen hinlegen soll und dann bin ich später noch mal hingegangen und hab noch mal gemessen und hab gesehen, dass es ihm gut geht, und da war ich beruhigt. Also es nicht immer alles nach der Planung.“ (G3 §321)

Gesundheitsförderung und Prävention in Form von Erklärungen, wie die Klienten und Klientinnen gesünder leben und wie sie bestimmten Krankheiten durch einen gesunden Lebensstil entgegenwirken können, gehören ebenfalls zum Aufgabenspektrum.

„Ja, wir erklären [gesunden Lebensstil, Präventionsmaßnahmen]. Das hängt davon ab, was für eine Krankheit sie haben. Wenn sie zum Beispiel ein Diabetes hat, was sie essen darf und was sie essen nicht darf. Und die anderen dann erklären sie. Das hängt davon ab, was für eine Krankheit Patient hat. Bei der Ausbildung wurde uns das auch erklärt. Bei der Ausbildung haben wir das auch gelernt bei jeder Krankheit. Was man essen soll und was man nicht essen soll. Und das wir auch den Patienten erklären, was wir wissen, dann erklären wir es auch weiter.“ (G2 §204)

In der Ausbildung haben die Frauen Materialien an die Hand bekommen, welche sie in der Präventionsarbeit einsetzen können.

„Selbstverständlich, das ist kein Problem, wir haben auch Zeichnungen, wie man zum Beispiel die Brust abtastet, und die Pflegerinnen haben diese Zeichnungen auch dabei und zeigen den Frauen auch, wie sie selber die Brustuntersuchungen machen können. [...]“ (G1 §70)

6.3.5 Vernetzung und Kommunikation

Eine angemessene Vernetzung und gute Kommunikationsstrukturen zwischen allen Projektbeteiligten sind wichtig, u.a. auch, damit die Gemeindepflegerinnen im Bedarfsfall den Koordinator kontaktieren können (vgl. Kapitel 6.1.1). Diese Unterkategorie soll sowohl die Kommunikation zwischen den Pflegerinnen als auch mit den Koordinatoren untersuchen.

Austausch zwischen den Pflegerinnen

Ein regelmäßiger Austausch zwischen und mit den Gemeindepflegerinnen soll gewährleistet sein, weshalb alle Projektmitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen Mobiltelefone erhalten haben. Auch die Koordinatoren bzw. die Koordinatorinnen sollen jederzeit kontaktiert werden können. Hinzu kommt, dass auf diese Weise auch die Klientinnen und Klienten die Möglichkeit haben, die Pflegerinnen im Bedarfsfall zu erreichen.

Den Pflegerinnen ist ein Austausch untereinander wichtig. Durch eine gute Vernetzung können sie sich jederzeit beraten und daneben über Probleme und Sorgen sprechen. Die Pflegerinnen begrüßen diese Möglichkeit des regelmäßigen Austauschs mit den anderen Teams und es besteht regelmäßiger Kontakt zwischen allen Frauen.

„Sie haben sich ein Telefonnetz aufgebaut. Wo sie sich alle, die da teilgenommen haben, gegenseitig anrufen und [...]. Und alle haben Mobiltelefone bekommen, also dass das funktioniert, dass man gleich anrufen kann.“ (G1 §92)

„Ja. Sie haben hier einmal in der Woche eine Sitzung. Zusammen. Und sie unterhalten sich zusammen, welche Probleme es gibt, was sie gemacht haben und wie sie die Probleme lösen sollen. Hier im Zentrum machen sie das. [...] Und fragen auch. Sie kommunizieren und unterhalten sich auch mit den Frauen, die sie auch in Orhei zusammen gelernt haben. Sie rufen an und fragen bei den anderen nach.“ (G1 §91)

„Ja, mit Pohrebenei und Gura Galbenei. [...] Wir telefonieren oder wir treffen uns, wenn wir die Dokumente fertigmachen, bei einem Zentrum, Kreis. [...] wir sprechen über Erfahrungen und auch über Probleme und wie wir es machen. [...] Ja. Wir denken, dass es hilft.“ (G3 §§ 287, 289, 291, 292)

„Ja, [wir haben regelmäßigen Kontakt] das Projekt von Cimislia und Orhei. [...] Ja, sie haben ein Handy bekommen, jeder. Und sie telefonieren und sprechen das alles miteinander ab.“ (G2 §§184, 188)

Auch in den einzelnen Regionen treffen sich die Pflegerinnen regelmäßig zu Besprechungen. In einer Region ist unklar, wie häufig sich die Frauen treffen, in den anderen beiden kommen die Frauen für Besprechungen mindestens einmal die Woche in das Zentrum.

„[...] Das haben sie schon vorgestern, mit zwei Pflegerinnen waren wir da und haben uns auch gesehen, wie da sie arbeiten. Ja, sie treffen sich manchmal. [...] Wir gehen nur manchmal und so und gucken Erfahrung. Aber hier wir treffen uns jede Woche und besprechen wir das alles. Mit den anderen Projekten, da ist es nur ab und zu. Aber hier ist es jede Woche. Wenn es ein Problem gibt, dann werde ich anrufen [Feldscher] und dann gehe ich dann dahin und bewerte die Situation, wie wir sie lösen.“ (G2 §§188, 190)

„Nein, das Büro hier. Ja, wo wir uns treffen können. Wir haben uns bei jemandem zu Hause getroffen oder so, sie hatten nicht das Büro. Die organisatorischen Probleme am Anfang waren sehr schwer hier.“ (G3 §233)

„Das ist hier neu [das Gebäude], aber wir treffen sich fast jeden Tag hier. Wenn wir arbeiten hier, dann machen wir das Zentrum. Wir treffen uns hier jeden Tag, weil wir hier alles selbst gemacht haben, Renovierung und so. Wir haben uns früher einmal die Woche getroffen bei jemand zu Hause oder so. Aber jetzt, wo wir hier Renovierungsarbeiten machen, können wir uns fast jeden Tag treffen“ (G3 §330)

Kontakt zum Koordinator

Bei aufkommenden Fragen kontaktieren sie die Koordinatorin bzw. den Koordinator, der ggf. das zuständige medizinische Personal informiert (vgl. Kapitel 6.1.1).

„Ja, wir sprechen mit dem Koordinator. Er sagt uns Bescheid, wie wir es machen sollen.“ (G2 §166)

„Ja, wenn etwas nicht klar ist, dann rufen wir die Koordinatorin an, die Leiterin, und dann ruft sie den Arzt. Es ist gut, dass wir die Handys haben, und dann können wir schnell anrufen und das Problem lösen.“ (G3 §306)

„Und dass wir auch den Patienten erklären, was wir wissen, dann erklären wir es auch weiter. Was nicht, dann fragen wir auch den Arzt.“ (G2 §204)

Allgemein könnte die Vernetzung jedoch nach Meinung einer Gruppe optimiert werden. Sie wünscht sich regelmäßige Treffen mit allen drei Teams oder ggf. einen Austausch mit internationalen Pflegekräften.

„Es wäre besser eigentlich, wenn wir auch so ein Teamzusammentreffen machen und uns unterhalten, wie sie es machen und wie wir es machen und vielleicht auch von anderen Ländern. Und ja, in Tschechien im Krankenhaus, da war ein Bekannter da und hat ganz andere Erfahrungen da, wenn sie sich was erzählen, dann ist das super schön [...]“ (G2 §160)

6.3.6 Zusammenfassung der Kernaussagen über die Gemeindepflegerinnen

Akzeptanz der Gemeindepflegerinnen

- Durch gute Arbeit und Aufklärung konnten die Gemeindepflegerinnen überzeugen und sind inzwischen gut angesehen und akzeptiert.

Zufriedenheit der Gemeindepflegerinnen

- Die Frauen sind allgemein sehr zufrieden mit ihrer Arbeit:
 - gemessen an der Patientenzufriedenheit: sehr zufrieden

- gemessen am Projektkonzept und an der Durchführung: sehr zufrieden
- gemessen an Lohn und Überstunden: bedingt zufrieden.

Arbeitseinstellung und Motivation

- Trotz erschwelter Bedingungen ist die Arbeitseinstellung positiv und die Motivation hoch.
- Die Frauen leisten freiwillig Überstunden.

Aufgabenbereiche und Tätigkeiten

- Die Hauptaufgaben der Pflegerinnen sind Reinigung und Renovierung der Häuser, pflegerische und medizinische Versorgung (auch Massagen und Krankengymnastik), Gesundheitsaufklärung, psycho-soziale Betreuung, Netzwerkförderung, Antragstellung.

Vernetzung und Kommunikation

- Alle Projektmitarbeiter und -mitarbeiterinnen bekamen ein Handy, was zum Aufbau eines guten Kommunikationsnetzes geführt hat.
- Die telefonische Vernetzung ist gut, doch sind regelmäßige Zusammentreffen aller Teams gewünscht.

6.4 Kategorie 4: Die Rahmenbedingungen der Implementierung

Diese Kategorie umfasst die gegebenen Rahmenbedingungen des Versorgungssystems der Republik Moldau mit dem Fokus auf die gesetzlichen Bestimmungen. Weiterhin werden die Expertenmeinungen bezüglich der Implementierungschancen sowie Ratschläge für ein mögliches Vorgehen zur Implementation dargestellt.

6.4.1 Bestehende Versorgungsstrukturen und Versorgungsalternativen

In dieser Unterkategorie werden bestehende Versorgungsangebote der Ministerien für Sozialschutz und Arbeit und für Gesundheit gesammelt. Weiter-

hin werden aktuelle Systemprobleme benannt. Zusätzlich sollen hier andere existierende Projekte dargestellt werden, die in gleichen Bereichen wie Agapedia arbeiten.

Soziale Unterstützung und Fürsorge

Die Absicherung im Alter läuft in der Republik Moldau derzeit über die sog. Sozialdienste. Diese Dienste umfassten Rente, Sozialpflege und monetäre Unterstützung von bedürftigen und behinderten Menschen und dienen der sozialen Sicherung der Bevölkerung. Bereitgestellt werden sie vom Ministerium für Sozialschutz und Arbeit und werden über Arbeitnehmerbeiträge finanziert. Dazu werden 23 Prozent von jedem Gehalt an den Staat abgeführt. Arbeitslose und behinderte Menschen bezahlen keine Beiträge.

„So etwa wie eine Pflegeversicherung haben wir nicht, aber Sozialversicherung bezahlen wir. Bei uns heißt es also nicht Pflegeversicherung oder überhaupt Versicherung, sondern für Sozialdienste, wenn wir im Alter sind, dann soll der Staat uns unterstützen. Eigentlich bezahlen wir jeden Monat dafür. Vielleicht von diesem Bereich könnte man etwas nehmen. Die Arbeitslosen und die, die behindert sind, bezahlen das nicht. [...]“ (E3 §250)

„Ja, der Arbeitnehmer, [bezahlt] 23% von seinem Gehalt. Der Arbeitgeber hier ist der Staat. Da ist aber auch die Rente mit drinnen. So wie eine Rentenversicherung. [Sie] heißt aber nicht Rente, sondern Sozialdienst. Von hier [vom Staat] kommt später auch die Rente und wenn ich ein Geschäftsmann oder eine Geschäftsfrau bin, kann ich noch selbst dazu beitragen, damit die Rente später höher ist.“ (E3 §254)

„Es gibt so ein Paket, das ist zusammen gestellt. Um im Haushalt ein Minimum im Haushalt zu helfen, sauber zu machen, die Leute zur Toilette zu bringen oder Essen zu holen, Essen zu machen. Das ist ein Leistungspaket mit dem Minimum, was die Leute brauchen. Für die, die das nötig brauchen.“ (E2 §144)

Der Zugang zur monetären Unterstützung ist durch spezifische Zugangskriterien wie z.B. Kinderzahl bei Alleinerziehenden geregelt.

„Es gibt in der Satzung genaue Kriterien, die entscheiden, welche Familie soll Fürsorge eigentlich kriegen. Und wenn sich die Familien sich nicht leisten können, bekommen sie wenigstens das Minimum vom Staat bezahlt.“ (E2 §142)

„[...] Bis jetzt war es so, die Mutter hat fünf Kinder, dann muss sie Versorgung [staatliche Unterstützung] kriegen. Und die Mutter hat nur ein Kind – sie braucht keine Versorgung. Das ist eigentlich jetzt so, wir müssen jetzt gucken, wer welche Versorgung hat. Die fünf Kinder kann Versorgung brauchen.“ (E2 §126)

Neben der monetären Unterstützung stellt das Ministerium für Sozialschutz und Arbeit auch die soziale Unterstützung auf dem Land in Form von Sozialarbeitern und -arbeiterinnen. Deren Aufgaben decken sich größtenteils mit denen der Gemeindepflegerinnen wie z.B. Unterstützung beim Waschen und Putzen, landwirtschaftliche Hilfe, Pflegetätigkeiten bei älteren Menschen und Aufklärungsarbeit. Jedes Dorf hat eine gesetzlich vorgeschriebene Stelle eingerichtet.

„Nein, hier sind die Patienten alle nur, wenn sie eine Krankheit haben. Weil hier gibt es im Dorf auch eine Krankenschwester vom Sozialamt, die auch zu den Bedürftigen hingeht.“ (G3 §274)

„[...] In dem Curriculum zur Ausbildung der Sozialarbeiter stehen prinzipiell die Aufgaben, die jetzt von den Gemeindepflegerinnen übernommen werden (Waschen, landwirtschaftliche Hilfe, Pflege etc.) [...]“ (E1 §103)

„Ja, in die Sozialpflege kommt auch die Alterspflege rein [gehört zu deren Aufgabenbereich].“ (E2 §140)

„Und eben in den Dörfern auf dem Land versuchen wir durch den Sozialpfleger Aufklärung leisten, er kennt schon die Leute dort und kann auch mit einzelnen Personen reden und sie aufklären.“ (E2 §160)

Medizinische Versorgung und Pflege

Die Versorgung von kranken Menschen läuft in den Dörfern über medizinische Stützpunkte, in denen jeweils eine Krankenschwester bzw. ein Pfleger und ein Arzt bzw. eine Ärztin beschäftigt ist. Die Stützpunkte versorgen meist mehrere Dörfer und haben hauptsächlich Präsenzzeiten und Sprechstunden. Hausbesuche werden in der Regel nicht gemacht.

„Was wir haben, sind diese Stützpunkte, wo die Krankenschwestern und ein Hausarzt, sind und wenn es die Krankenschwester dort schafft, zu den Patienten nach Hause zu gehen und sie zuhause zu pflegen, dann ja, aber eine staatliche Einrichtung, die das übernimmt, gibt es im Moment nicht.“ (E1 §41)

Häusliche Pflege wird in der Republik Moldau nur temporär und im akuten Krankheitsfall bei entsprechender Indikation angeboten und von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen. Es gibt mittlerweile auch private Anbieter, die diesen Service anbieten, welche direkt mit der Krankenkasse abrechnen. Es werden dabei aber nur medizinische Leistungen erstattet. Die Höhe der Erstattung hängt vom Schweregrad der Krankheit und von der Diagnose des Hausarztes oder der Hausärztin ab. Angaben variieren in den Interviews zwischen 33 Lei (ca. 2 Euro) und 96 Lei (ca. 6 Euro) pro Besuch und umfassen laut Aussage einer Expertin ca. 7 Prozent der real anfallenden Kosten.

„Wenn es hier schwere Krankheiten sind, bezahlt das Gesundheitsministerium, eigentlich bezahlt die Krankenpflege. Dass sie nach Hause zu den Patienten gehen und sie dort versorgen. Aber das sind nicht sozial bedürftige Leute, sondern die, die es unbedingt brauchen, zum Beispiel Krebsversorgung. Das ist nicht eine dauerhafte Versorgung, vielleicht einen Monat oder eine Woche. Es hängt davon ab, was für eine Krankheit das ist. Das wird von der Krankenkasse bezahlt. Aber das mit dem Sozialschutz, das ist schon etwas anderes.“ (E5 §369)

„Damit jemand in das Netz aufgenommen wird, dass er die Pflege zuhause bekommt, muss der Arzt eine Bescheinigung ausstellen, dass dieser Patient häusliche Pflege braucht.“ (E1 §111)

„Es gibt auch Patienten, die weniger bekommen als das. Es hängt immer vom Schweregrad des Patienten ab. Es gibt Patienten, die weniger als 69 Lei bekommen und bei schwer bettlägerigen Patienten kann es auch sein, dass die mehr kriegen als die 69. Das hängt vom Grad ab, wie der Hausarzt die Diagnose stellt.“ (E1 §26)

Aktuelle Probleme bei den bestehenden Versorgungsstrukturen

Laut zwei Expertinnen umfassen die Aufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter die gleichen Tätigkeiten, die derzeit von den Gemeindepfle-

gerinnen durchgeführt werden (vgl. Abschnitt ‚Soziale Unterstützung und Fürsorge‘). Es wird beklagt, dass die Sozialarbeiter und -arbeiterinnen ihre Aufgaben nicht richtig wahrnehmen. Dafür werden von den Expertinnen zwei Gründe genannt. Zum einen werden sie durch die Ausbildung nicht ausreichend auf ihre Aufgaben vorbereitet und ihnen fehlt das Equipment wie zum Beispiel Putzmittel und Waschlappen, aber auch Transportmittel. Zum anderen ist es üblich, in vielen Dörfern diesen Posten nur pro forma zu besetzen, sodass im Prinzip kaum Sozialpflege angeboten wird.

„Auch die Sozialarbeiter, die auf dem Dorf tätig sind, die haben zwar ihre Ausbildung, aber sie haben keine Erfahrung und sie arbeiten auch nicht richtig und sie haben keinen Bezug zu ihrer Arbeit, und auch da müsste eine Änderung stattfinden. Die Sozialarbeiter, die auf dem Dorf sind, die haben praktisch, also ihre Aufgaben ist nicht gut definiert, also, die sind zwar da, aber damit die das Gas und Wasser bezahlen für die alten Leute, aber sonst nichts machen. Die Pflegerinnen, die ich ausgebildet habe, die gehen hin und machen eine wirklich gute Arbeit und helfen den Patienten und arbeiten mit den Patienten. Und die ausgebildeten Sozialarbeiter auf dem Dorf kommen einmal im Monat, um eine Unterschrift sich geben zu lassen, dass die das Wasser bezahlt haben, und das kann nicht sein.“ (E1 §16)

„Es wurde darüber diskutiert, dass die Sozialarbeiter im Dorf ihre Arbeit nicht ordentlich machen. [...] Das Problem ist, dass die Sozialarbeiter kein Equipment haben, also keine Handschuhe, Seife, Putzmittel und somit die Aufgaben nicht erfüllen können, wollen. [...]“ (E1 §103)

„[...] Aber dafür gibt es nicht genug Geld und nicht überall. Es gibt mehrere Dörfer, wo sie überhaupt keinen Transport haben. Und deshalb haben sie die Aufgabe jetzt, das privat zu finanzieren. Damit die Sozialpfleger irgendwie motiviert sind, dass sie irgendwann etwas kriegen, das die Arbeit erleichtert.“ (E2 §182)

„[...] Es ist für jedes Dorf gesetzlich vorgeschrieben, dass es einen Sozialarbeiter geben muss, aber oft werden irgendwelche Leute alibi-mäßig in diese Funktion eingesetzt, die die Aufgaben aber nicht erfüllen.“ (E1 §103)

Eine Expertin fordert eine Umstrukturierung der Ausbildung der Sozialarbeiter oder die Abschaffung des Berufes.

„Diese Sozialarbeiter müssen eine neue Ausbildung kriegen, mit 'nem neuen Curriculum, wo genau drinsteht, wie sie den Patienten helfen können, wie es auch effizient ist.“ (E1 §18)

„[...] In der Diskussion spricht sich eine Person dafür aus, die Funktion des Sozialarbeiters abzuschaffen, da er seine Aufgaben sowieso nicht erfüllt.“ (E1 §103)

Auch bei der medizinischen Versorgung gibt es systemische Probleme. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stützpunkte haben nicht die Kapazitäten, um Hausbesuche und häusliche Pflege zu durchzuführen. Außerdem begreifen sie solche Tätigkeiten nicht als ihre Aufgabe, da diese zum einen Aufgabe der Sozialarbeiter und -arbeiterinnen seien und zum anderen der dadurch entstehende Aufwand der derzeitigen Bezahlung nicht entspreche.

„Die Krankenschwestern in den Versorgungszentren möchten diese Arbeit auch gar nicht machen, den Patienten zuhause pflegen. Erstens mal, weil es viel zuviel Zeit in Anspruch nimmt. Sie brauchen eine Stunde, bis sie erst mal beim Patienten sind, dann möchte der vielleicht auch ein bisschen reden, bis sie dann beim Nächsten sind, ist dann der halbe Vormittag rum. Die möchten die Arbeit gar nicht machen. Vor allem nicht mit dem kleinen Gehalt, das sie kriegen, sind sie nicht interessiert, auch noch häusliche Pflege zu übernehmen. Sie machen den Part mit medizinischer Versorgung, praktisch Spritzen oder Verband, aber mehr nicht.“ (E1 §41)

Weiterhin ist die Aufnahme einer Person in die bisher bestehende temporäre häusliche Krankenpflege für die Krankenschwester oder den Pfleger sehr aufwändig und hängt somit von deren persönlichen Anstrengungen ab.

„Um diese Bescheinigung [Pflegebedürftigkeit – Aufnahme in die häusliche Pflege] auszustellen, braucht man einen Termin beim Hausarzt. Das läuft aber nicht so, dass die Krankenschwester Vorrang hätte und mal geschwind kommen kann, um die Bescheinigung ausfüllen zu lassen. Sondern sie muss fünf Stunden mit den anderen Patienten da warten, bis sie an der Reihe ist. Da warten ja Patienten zum Behandeln und sie wartet da manchmal fünf Stunden, bis sie dran ist – also was macht sie – sie bezahlt 50 Lei aus ihrer Tasche, damit sie schnell drankommt, damit der Hausarzt die Bescheinigung ausstellt, damit sie jemanden in die häusliche Pflege aufnehmen kann.“ (E1 §111)

„Die Krankenschwestern von der Stadt haben sie verlassen weil sie so zickig war.“ (G3 §340)

Mögliche Versorgungsalternativen

In den Interviews wurden von allen Expertinnen verschiedene andere Projekte angesprochen, welche dem Agapedia-Projekt ähnlich sind und auch privat häusliche Versorgung anbieten. Besonders hervorgehoben wurden die drei Projekte Homecare, Hospice und Angelus. Weiterhin wurden noch andere Projekte ohne Namen genannt. Homecare ist ein Projekt für häusliche Krankenpflege und Palliativmedizin in Chisinau und Umgebung, initiiert von der Caritas Tschechien. Das Projekt ist auf vier Jahre angelegt und hat eine zweijährige Verlängerung bekommen. Die Leistungen der häuslichen Pflege werden nur von ausgebildeten Krankenschwestern und -pflegern erbracht. Formell hat sich das Projekt von der Caritas getrennt, damit es seine Dienste an die obligatorische Krankenkasse verkaufen kann. Dies geschieht bereits zu einem geringen Teil.

„Wir haben hier in der Stadt Chisinau häusliche Krankenpflege mit Palliativmedizin.“ (E1 §56)

„Nein, das heißt Homecare und wird von der Caritas aus Tschechien finanziert. Und das ist nur für die Stadt Chisinau und Umkreis.“ (E1 §58)

„Das Homecare Projekt zum Beispiel läuft jetzt schon vier Jahre und hat jetzt noch zwei Jahre Verlängerung. Was jetzt danach kommt, weiß ich jetzt nicht, aber das war ein lang angelegtes Projekt, mit der Caritas Tschechien. Dieses Projekt wird aber nur von Krankenschwestern geführt, die diese häusliche Pflege machen und von freiwilligen Volontären, die dort hochkommen und unterstützen.“ (E1 §62)

„[...] Und es wurde uns empfohlen, unsere Dienste an die obligatorische Krankenkasse zu verkaufen, so dass wir wenigstens 10% haben, welche von dem Staat bezahlt werden. Das war aber nicht möglich, weil Caritas Moldova es nicht erlaubt hat eigentlich. Es ist nicht erlaubt, die Dienste zu verkaufen, das sind religiöse (...), und da sollte man die Dienste nicht verkaufen dürfen. Und der Pfarrer der katholischen Kirche wollte es eigentlich nicht, das wurde nicht erlaubt, dass die Dienste verkauft wurden. Das war der Status und das wollten sie

auch nicht verändern, das war religiös und deswegen sollte sich die Organisation selbst registrieren als gesellschaftliche Organisation, als soziale Organisation. Seit 2005 haben wir uns registriert und haben auch schon angefangen, an die obligatorische Krankenkasse die Dienste wenigstens zu einem Teil zu verkaufen. Wir haben in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium, mit dem Sozialschutzministerium gearbeitet und die Kasse hat einen Teil übernommen.“ (E4 §285)

Hospice und Angelus sind Projekte mit dem Fokus auf die onkologische Betreuung von schwer kranken Menschen. Sie betreiben Hospize in und in der Nähe von Chisinau. Hospice hat eine Kooperation mit der obligatorischen Krankenkasse, die einen Teil ihres Services übernimmt. Angelus ist bisher vollständig abhängig von ausländischer Finanzierung.

„Das Projekt Hospice von Strasenî zum Beispiel ist eigentlich jetzt unterstützt von den USA. Aber ein Teil ist schon übernommen von den Krankenkassen, der regionalen Krankenkasse. Und wir versuchen es weiterhin, jemanden zu finden es weiterhin zu unterstützen. Dies als Beispiel.“ (E6 §409)

„Angelus Moldova heißt es. Es ist aber etwas anders, sie arbeiten nur mit Krebskranken – Pflege für Krebskranke.“ (E3 §258)

„Das Angelus Projekt wird aus England finanziert. Das Projekt hat auch nur noch ein Jahr Laufzeit mit Finanzierung und danach sitzen die auch auf dem Trockenen. Da gibt es auch keine weitere Finanzierung.“ (E1 §60)

Neben den drei Projekten werden eine Sozialküche, diverse private Altenheime und ein soziales Projekt in der Stadt Belz genannt.

„In der Stadt Belz gibt es auch eine Organisation für geistig Behinderte, die auch zusammenarbeiten. [...]“ (E2 §174)

„Ja, in diesen drei Dörfern in Gura Galbenei, [Selimet?], Cîmislia gibt es so eine Sozialküche. [...] Hier ist auch ein Altersheim, das von der Stadt unterstützt wird, vom Kreis. Wir arbeiten auch zusammen, wenn sie einen Arzt brauchen, dann geht der Arzt dort hin, damit die alten Leute nicht hierher kommen müssen, und das ist auch eine gute Zusammenarbeit. Ich habe auch von der Stadt Belz [Balti] gehört, da gibt es viele soziale Projekte, nur ich kenne nicht genau die Namen,

aber ich weiß auch, dass sie in den Dörfern Pflege machen.“ (E2 §206)

„Ja, so wie ich es kenne, da gibt es schon Zentren, die sich um die Versorgung kümmern, zum Beispiel Altenhäuser im Dorf, oder es gibt auch ähnliche Projekte. Aber so genau die Namen weiß ich nicht. Es sind Einrichtungen von der Bezirksregierung finanziert. Vom Gesundheitsministerium gibt es auch die sogenannten Büros, im Dorf heißen sie nicht Zentren, sondern Gesundheitsbüros. Die sind finanziert vom Gesundheitsministerium. Die Stützpunkte, die Sie besucht haben. Da gibt es auch noch ein paar, die von Projekten unterstützt werden. Soweit ich weiß, gibt es in den Altenhäusern auch Tag- und Nachtbetreuung. In anderen Dörfern, wo sie nur ein paar Übungen machen oder so.“ (E5 §385)

In zwei Gruppeninterviews und zwei Experteninterviews wird festgehalten, dass eigentlich kein Projekt und keine staatliche Einrichtung genauso arbeiten wie Agapedia und sie die einzigen sind, die etwas gegen die Unterversorgung auf dem Land tun.

„Es gibt momentan keine staatliche Einrichtung, die zum Beispiel so arbeitet wie Agapedia jetzt im Moment.“ (E1 §41)

„Hier gibt es keine anderen Projekte [die in dem Bereich häusliche Pflege aktiv sind].“ (G3 §282)

„Aber so wie das von Agapedia gibt es hier nicht, die auch die soziale Versorgung machen, das mit dem Waschen und alles. So was gibt es hier nicht.“ (E5 §385)

„Eigentlich im Kreis gibt es so welche Projekte nicht mehr. Sie haben nur gehört, wenn sie die Ausbildung gemacht haben, dass auch so welche Projekte gibt, und waren begeistert, dass es so was gibt.“ (G2 §158)

„Das Modell was ich zusammen mit Agapedia aufgebaut habe und auch die Ausbildung, die ich hier geleitet habe, ist ein Modell und ich kann nicht sagen, dass es schon vorher so ein Modell gegeben hat, wo man auch auf die Dörfer gefahren ist. Die meisten Modelle, wenn es die gegeben hat, dann waren die hier nur in der Stadt.“ (E1 §14)

6.4.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen des Versorgungssystems und die Bedingungen der Gesetzgebungsverfahren in der Republik Moldau sollen mittels dieser Unterkategorie genauer betrachtet werden.

Gesetzliche Versorgungspflicht

Laut einer Expertin gibt es eine gesetzliche Pflicht, dass Kinder für die Versorgung ihrer Eltern im Pflegefall aufkommen müssen. Dies gilt auch, wenn die Kinder im Ausland arbeiten. Wenn keine Kinder vorhanden sind oder diese die Versorgung nicht leisten können, übernimmt der Staat diese Fürsorgepflicht.

„Wir haben das jetzt gemacht, dass der Staat auch Geld gibt. Weil eigentlich die Sozialfürsorge bekommen Menschen, die keine Verwandten haben. Und jetzt ist das Gesetz so, dass die Verwandten oder die Kinder, die es machen können, müssen die Kinder versorgen. Trotz Auswanderung, das ist hier ja ein Riesenthema, können Kinder es sich erlauben, wenigstens die Pflege zu bezahlen. Und deshalb machen sie es in das Projekt rein, dass die Regierung akzeptiert, dass Verwandte, die es können, einfach nur die Pflege bezahlen.“ (E2 §136)

„Eigentlich ist das Gesetz so, dass die Kinder die Eltern versorgen müssen. Und wenn sie es trotzdem nicht wollen, es gibt solche Fälle, dann macht der Staat das. Die alten Leute oder die Leute, die Fürsorge brauchen, kriegen dann das vom Staat.“ (E2 §146)

Bindung an gesetzliche Grundlagen

Drei der sechs Expertinnen geben zu bedenken, dass gesetzliche Regelungen der Grundstein für Veränderungen sind. Die Ministerien und auch die Gesellschaft sind nur gewillt, finanzielle Mittel bereit zu stellen, wenn sie gesetzlich dazu verpflichtet sind.

„Nur wenn es über ein Gesetz geht, dass sie verpflichtet sind zu zahlen, dann müssen sie zahlen, weil dann können sie nicht sagen ‚ich mach es nicht‘. Also wenn es praktisch von der Regierung kommt, dass es eingeführt wird, dann müssen sie zahlen. Sie werden es zwar nicht mögen, aber sie müssen bezahlen.“ (E1 §35)

Besonders bei der Finanzierungsdebatte, welchen Teil das Gesundheitsministerium und welchen das Sozialschutz- und Arbeitsministerium übernehmen könnte, ist dieser Umstand relevant. Der Ankauf von Serviceleistungen externer Anbieter ist im Gesundheitsministerium bereits gesetzlich verankert, im Sozialschutzministerium steht so ein Gesetz noch aus.

„Das ist das Gesetz, das vorhat die Dienste im Sozialbereich zu kaufen, Sozialpflegebereich, Fürsorge etc. Das war nur Krankenpflege und jetzt auch Sozialpflege [...] Es ist abgelegt und dann muss es noch akzeptiert werden – durchkommen[...].“ (E4 §313)

„Es wird eigentlich gut angesehen bei der Krankenkasse – ja, die werden schon etwas übernehmen, aber bei den Sozial[-diensten] nicht, denn das Gesetz ist noch nicht durch- gekommen. Und solange das Gesetz nicht durchgekommen, können sie so viel machen, wie sie wollen, da werden sie sowieso nichts bekommen.“ (E4 §311)

„Aber dieses Sozialministerium wird das nicht machen, weil das in der Satzung nicht steht. Und ist nur der Teil vom Gesundheitsministerium, das werden wir übernehmen, wenn sie die Akkreditierung haben. Dann werden wir es machen. Aber mit dem Sozialministerium ist jetzt schwieriger, das zu machen. Wenn es im Gesetz nicht steht, in der Satzung nicht steht, dann wird das nicht gemacht werden.“ (E6 §411)

6.4.3 Expertenmeinung zum Projekt und Implementierungsvorhaben

Diese Unterkategorie soll Aufschluss darüber geben, wie die ausgewählten Expertinnen aus der Gesundheits- und Sozialversorgung das Projekt einschätzen und welche relevanten Aspekte sie für eine Implementierung sehen.

Meinungen zu dem Projekt und dessen Auswirkungen

Die Expertinnen wurden zu ihrer persönlichen Meinung über das Projekt befragt. Die Antworten waren übereinstimmend positiv und alle hielten das Projekt für sehr unterstützungswert. Es wurde besonders hervorgehoben, dass der Fokus des Projektes darauf liegt, auf dem Land, also in den Dörfern, zu arbeiten.

„So welche Projekte können wir nicht kritisieren. Das ist eine gute Leistung, eine gute Arbeit und wir müssen es weiter entwickeln und unterstützen. Und es wäre sehr schlecht für die alten Leute, wenn es nicht weiterlaufen würde.“ (E4 §340)

„Ja, ich unterstütze das Projekt sehr, wenn ich im Ministerium Ministerin wäre, dann hätte, würde ich das schnell implementieren, mit der gesetzlichen Pflegeversicherung. Es ist notwendig, weil wir so wenig Spezialisten haben hier im Kreis.“ (E3 §262)

„Ich denke, dass das Projekt sehr gut ist eigentlich, weil die anderen Projekte, die ich kenne, sind mehr in der Stadt und die Lebensbedingungen hier in der Stadt sind ganz anders. Wir haben wenigstens Wasser und da ist es etwas anderes. Und das Projekt ist sehr gut und könnte vielleicht weiterentwickelt werden [...].“ (E4 §309)

„Ich bin eigentlich sehr froh, dass es so ein Projekt gibt. Und das Projekt hat unseren Kreis gewählt, und insbesondere die Dörfer, die sehr bedürftig waren, die weit weg von hier sind. Und das hat viel gebracht. Die Krankenpflege und auch die Sozialpflege sind sehr zufrieden und die alten Leute auch. Und deshalb wünsche ich noch viel Erfolg weiter.“ (E5 §391)

Durch die Existenz des Projektes hat sich die Mentalität der Bevölkerung – in Bezug auf den Pflegeberuf – verändert und es hat geholfen, die Problematik der Unterversorgung in die öffentliche Diskussion zu bringen.

„[...] Es ist eine gute Methode, um der Gesellschaft zu zeigen, was das hier ist, denn sie sprechen andauernd über das Projekt und über alles, wie sie es machen. Und es ist auch gut, um ein Beispiel zu zeigen, um die Gesellschaft zu informieren, was der Pflegebereich ist.“ (E4 §309)

„Eigentlich ist es ein sehr gutes Projekt. Es hat sehr viel verbessert hier, seit das Projekt hier ist. Wir koordinieren, arbeiten zusammen schon seit längerer Zeit. Und erst mal hat es die Mentalität der Leute etwas verändert, dass es so was gibt und dass man so was machen konnte.“ (E4 §387)

Eine Expertin glaubt, dass das Projekt dem Mangel an spezialisierten Medizern und Medizinerinnen auf dem Land entgegenwirken kann. Weiterhin schafft es Arbeitsplätze in ruralen Gebieten und holt Menschen aus der Ar-

beitslosigkeit. Das kann Perspektiven schaffen und die soziale Grundsicherung stützen.

„[...] Weil hier fehlen die Spezialisten, und das Projekt ist eine gute Leistung. Und wenn man sieht, dass hier doch Spezialisten da sind, und die Leute werden älter und die Auswanderung ist groß und wir haben nicht mal jemanden, um im Pflegebereich zu arbeiten, und wenn sie das schon alles bereitgestellt haben [mit dem Projekt], dann werden sie [das Gesundheitsministerium] schon eine Lösung finden, um das zu unterstützen – wenigstens. Wir haben diskutiert mit Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums, offiziell und inoffiziell – das muss man dazu sagen. Sie verstehen, dass das ein gutes Projekt ist, dass die Spezialisten da sind und ausgebildet sind und es eine gute Lösung ist, dass Projekt weiter zu unterstützen.“ (E3 §234)

„Wir haben schon etwas bekommen mit Agapedia zusammen. In Gura Galbenei haben wir fünf Angestellte und eine von den Krankenschwestern auch, denn sie hatte nur ein halbes Gehalt, weil die andere Hälfte konnten sie nicht bezahlen in Gura Galbenei. Und das heißt, dass fast sechs Leute jetzt dort Arbeit haben. Und wenn das zum Beispiel in jedem Dorf so wäre, dann wäre es viel besser, dann würde es drei, vier Leute geben, die nicht auswandern würden. Dann könnten sie hier bleiben und hätten auch eine Sozialversicherung, Rentenversicherung und so weiter. Und das ist schon ein guter Vorteil.“ (E3 §266)

Es wird von drei Expertinnen angemerkt, dass das Projekt nur ein kleiner Schritt in die richtige Richtung ist. Auf republikweiter Ebene sind die positiven Auswirkungen eines solchen Projektes eher gering. Deswegen soll die Idee hinter dem Projekts ausgeweitet werden.

„Wir machen tolle Sachen, wo die anderen vielleicht denken ‚Das sind nur Kleinigkeiten‘, aber das kann man schon als Ergebnis sehen.“ (E3 §268)

„Sehr wenig. Aber ja. (lacht). Ja, so wie gesagt, das Projekt arbeitet in Cimislia, Gura Galbenei und Orhei in zwei Dörfern. [...] Aber wir haben 1000 [Dörfer] und noch etwas. Und deshalb haben wir gesagt, es ist ein wunderbares Projekt, aber es ist sozusagen wenig. Vielleicht wenn Sie es weitermachen können, dann wird es noch mehr Verbesserung geben in diesem Land.“ (E6 §413)

„Das, was Agapedia hier mit diesem Projekt macht ist leider nur ein Tropfen auf den heißen Stein, weil es diesen Service in jedem Bezirk, in jedem Dorf geben sollte. Wir haben hier in Chisinau total 5.000 – nur

allein hier in der Stadt Chisinau gibt es 5.000 bettlägerige Patienten, die eigentlich versorgt werden müssten zu Hause und sie schaffen es im Jahr, nur 800 Patienten zu besuchen. Aber da kommt rein palliativ, Pflege, Hausbesuche.“ (E1 §§10, 11)

Projektlaufzeit

Die Expertinnen sind sich einig, dass die Projektlaufzeit einen großen Einfluss auf die Implementierungschancen hat. Ein gutes Projekt, das aber zu kurz angelegt ist, kann laut zwei Expertinnen keine dauerhafte Veränderung bringen, da die notwendigen politischen Entscheidungsprozesse langwierig sind.

„Ich bin sehr optimistisch. Und eigentlich brauchen wir noch Zeit dafür. Aber wir werden schon versuchen, dass die Ministerien zusammenarbeiten können. Wir brauchen aber noch Zeit.“ (E2 §152)

„[...] Aber ich kann Ihnen sagen, ich habe bei vielen Projekten mitgearbeitet und nur die, die längerfristig über vielleicht auch fünf Jahre angelegt waren, waren die guten Projekte, weil man da Zeit hat, nach Finanzierungsmöglichkeiten zu gucken, nach Implementierungsmöglichkeiten zu gucken. Zwei Jahre und das andere, das ist zu kurz. Da kriegt man das nicht hin, dass man das irgendwo reinbringt und dann ist die Arbeit umsonst.“ (E1 §60)

Weiterhin können zu kurze Laufzeiten von Projekten allgemein die Motivation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und das Vertrauen der Gesellschaft beeinträchtigen, da nach Projektende die Situation genauso ist wie vorher und alle Anstrengungen umsonst gewesen sind.

„Ja, so wie ich schon am Anfang gesagt habe, das muss weiterlaufen, sonst sind wir wieder am Anfang.“ (E5 §389)

„Es ist richtig, dass im Dorf so viele Leute sind, die pflegebedürftig sind. Und vielleicht wären sie sehr froh, dass das Projekt weiterläuft und mehrere Leute einbezogen werden. Aber es ist auch schlecht, wenn das Projekt nur ein Jahr läuft und dann plötzlich ist nichts mehr da.“ (E5 §363)

„Ich sage Ihnen wie das hier läuft: Man kommt, man baut ein tolles Projekt auf, mit zwei Jahren Laufzeit, und dann kommt schon das letzte Jahr und man hat was Tolles aufgebaut und dann gibt's kein Geld mehr und das ganze Schöne, was man investiert hat und was man auf-

gebaut hat, ist kaputt. Wir sind sehr dankbar, für jede Art von Hilfe, auch wenn wir nur ein Jahr Unterstützung kriegen oder zwei – es gibt auch Projekte, die drei Jahre unterstützt werden[...].“ (E1 §60)

Rolle der NGOs bei der Implementierung

Die Expertinnen stimmen darüber ein, dass für eine Implementation des Projektes in das Regelversorgungssystem die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit mit NGOs besteht. Der angebotene Service der häuslichen Pflege in den Dörfern kann derzeit nicht vom Staat gewährleistet werden. Somit müsste Agapedia oder eine andere NGOs ihre Dienste auf irgendeine Weise an den Staat „verkaufen“.

„Es ist noch nicht das richtige Niveau im Pflegebereich, aber es sind viele NGOs aktiv, so wie Agapedia, Homecare, Caritas etc., die helfen [...]. Weil wir das jetzt noch nicht so richtig alles allein machen können, deshalb ist es sehr gut angekommen, diese Unterstützung aus dem Ausland und von verschiedenen NGOs.“ (E6 §405)

„Wir arbeiten jetzt mit der NGOs und das ist jetzt sozusagen eine Lösung. In Zukunft werden sie auch unterstützen, die Hauspflege. Ich sehe das auch als eine gute Zusammenarbeit.“ (E3 §236)

„Ich glaube, dass ist auch nicht wichtig, woher die Pflege kommt - die Hauspflege – von Agapedia oder einer anderen NGOs [...].“ (E3 §238)

Bei der Frage, wie eine Finanzierung dieses Services aussehen soll, sind sich die Expertinnen nicht einig. Eine Expertin stellt klar, dass dies nur eine Übergangsregelung darstellt und die Kosten nicht vollständig vom Staat übernommen werden können. Andere hoffen auf eine vollständige Kostenübernahme durch den Staat.

„Deshalb habe ich auch gesagt, das ist eine Übergangsphase. Weil das wird für den Staat eine große Last werden. Und auf der anderen Seite das ist eine gute Pflege, das ist eine gute Qualität und eine Ausbildung und das ist eine gute Praxis, bis der Staat übernimmt.“ (E2 §116)

„[...] Wir haben schon darüber diskutiert. Wir haben uns schon unterhalten, das es ist sehr gut, das Projekt. Aber erkennen, dass der Staat das nicht alles bezahlen soll.“ (E2 §164)

„[...] Es ist wichtig, dass das Ministerium ansieht, dass das ein guter Bereich ist und dass sie [Agapedia] die ersten sind und dass es gut funktioniert, und sie haben gute Leistungen gebracht und das wird vielleicht jemand anderes weitermachen. Aber dass das Ministerium ansieht, dass man das weiter unterstützen sollte.“ (E3 §238)

Es wird von zwei Expertinnen angesprochen, dass die Idee des Leistungsverkaufs, nicht funktionieren kann, da die Kosten für die Bereitstellung des Services die Rückerstattung des Staates weit überschreiten werden. Somit können NGOs, die in diesem Bereich arbeiten wollen, nur existieren, wenn sie externe Finanzierungsmittel erhalten.

„Das geht über die staatliche Krankenversicherung. Aber das reicht hinten und vorne nicht. Wenn eine private Organisation von diesem Geld leben müsste, wenn sie Patienten versorgen würde, würde das hinten und vorne nicht reichen, weder für die Administration, weder für einen Koordinator oder einen Direktor noch für Medikamente oder was so anfällt. Das Geld reicht auf jeden Fall nicht, um das auszubauen.“ (E1 §24)

„Um das Geld von der Kasse zu bekommen, muss man die Berichte einreichen. Um diese ganzen Dokumente zusammenzubekommen, dann sind die Kosten höher als man durch die Versicherung rausbekommt.“ (E4 §334)

Schaffung des neuen Berufsbildes der Gemeindepflegerin

Eine Expertin sieht einen Bedarf für die Schaffung eines neuen Berufsbildes. Das ausgebildete medizinische Personal sollte entlastet werden. Es kann sich nicht um die Hauspflege kümmern, da es mit seinen medizinischen Aufgaben bereits ausgelastet ist.

„[...] und das Projekt hat gut ausgebildete Leute, insbesondere diese Hauspflege, dann kann die Krankenschwester und die Ärzte etwas anderes machen, wo es notwendiger ist.“ (E3 §262)

„Ja, die Pflegerin von Agapedia. Ich sehe, dass es besser wird, wenn das Ministerium diese Pflegebereiche Sozialpflege und Hauspflege in

das Team einbringt. Damit die Krankenschwestern nicht unbedingt da sein muss, wo sie nicht sein muss. [...]“ (E3 §238)

Nach Meinung dieser Expertin ist der Einsatz von Krankenschwestern und Pflegern für die häusliche Pflege zu teuer. Eine spezielle Ausbildung wie die der Gemeindepflegerinnen beinhaltet weniger als die der Krankenschwesterausbildung, würde eine geringere Bezahlung rechtfertigen und somit kostensparender für den Staat sein.

„[...] Weil sie [die Krankenschwester] muss auch die Ausbildung drei Jahre machen und im Pflegebereich dann ist es nicht so lange, die Ausbildung kostet dann auch weniger [und es kostet auch insgesamt weniger], weil die Arbeit [die die Krankenschwester jetzt machen muss, obwohl sie nicht in ihren Aufgabenbereich fällt] wird dann die Hauspflege übernehmen. Und das mit den Medikamenten dann die Krankenschwester.“ (E3 §238)

6.4.4 Mögliches Vorgehen einer dauerhaften Implementierung

In den Interviews wurden die Experten zu möglichen Vorgehensweisen für eine dauerhafte Implementierung befragt. Vorschläge und Einschätzungen der Experten sowie Vorgänge in den Ministerien sollen in dieser Unterkategorie dargestellt werden.

Vorschläge der Expertinnen

Als Empfehlung für die Agapedia-Stiftung wird vorgeschlagen, einen detaillierten Rechenschaftsbericht nach einem Jahr Projektlaufzeit anzufertigen und bei dem Gesundheitsministerium und dem Sozialschutz- und Arbeitsministerium einzureichen. Dieser Bericht soll die Ziele, Aufgaben und Kosten beinhalten. Die Voraussetzung für eine staatliche Kostenübernahme ist eine Lizenzierung und Akkreditierung durch das verantwortliche Ministerium. Wenn diese beiden Vorgänge abgeschlossen sind, kann mit den Ministerien in Verhandlungen bezüglich einer Kostenübernahme gegangen werden. Im Falle des Gesundheitsministeriums sollen direkte Verhandlungen

mit der Krankenkasse geführt werden. Der Einstieg erfolgt über ein Online-Tool auf der offiziellen Homepage des Ministeriums.

„Ich sehe diese zwei Partner, die das übernehmen könnten, vielleicht sollte Agapedia eine Erklärung aufschreiben, eine große Werbung, was für Leistungen sie bringen, und bei den beiden vorstellen und vielleicht werden sie [dann] sehen, welchen Teil sie übernehmen könnten oder welche [der beiden] das schneller machen könnte, das mit den Kosten zu regeln. Aber sie [Agapedia] sollten da auf dem Tisch etwas haben, um da weiter zu machen.“ (E3 §244)

„Bei der obligatorischen Krankenkasse in der juristischen Abteilung. Da muss man dieses Paket dann machen, sie haben versprochen auch über die Lizenz, aber sie haben schon das geschafft. Und dann muss man noch die Akkreditierung bekommen und das ist das Problem (...).“ (E4 §291)

„Der Anfang hier war schwer, denn wir waren die ersten hier und niemand wusste, wie man das macht, welche Berichte man darstellen musste und wo. Jetzt ist es sozusagen ein bisschen leichter, da sind schon die Formulare für die Berichte – die gibt es im Internet bei der offiziellen Homepage der obligatorischen Krankenkasse. Die muss man ausfüllen und dann muss man die Lizenz haben – wir haben schon eine Lizenz – und dann muss man noch eine Akkreditierung vom Sozialministerium haben. Das ist auch schwierig, aber es ist nicht unmöglich.“ (E4 §289)

„Also dafür sollte man eine Lizenz haben, Sie haben schon eine Lizenz, und diese Akkreditierung. Da sollten die Papiere und alles stellen (...). Und damit das Gesundheitsministerium den Teil übernehmen kann. Aber im Sozialbereich gibt es in der Satzung, nach dem Gesetz, gibt es noch nicht, dass wir diesen Teil übernehmen können. Und deshalb werden wir es auch nicht machen. Nur in den Regionalverwaltungen, wenn sie etwas haben, dann können wir unterstützen. Oder irgendwo anders.“ (E6 §411)

Die Expertinnen sehen kaum Chancen, dass anfallende Ausbildungskosten staatlich übernommen werden. Dies bleibt in privater Verantwortung. Aber sie sehen eine Chance, dass mögliche erstattete Gelder für Serviceleistungen so umverteilt werden können, dass Stellen für Buchhaltung und Koordination geschaffen werden können.

„Dafür braucht man noch zusätzliches Geld. [...] Wenn man hier in Moldau eine Ausbildung machen möchte, muss man sowieso bezahlen. Und das würde dann so laufen, dass hier dann Organisationen wären,

die diese Ausbildung anbieten und die Leute, die diese Ausbildung machen würden, müssen dann Geld bezahlen für die Ausbildung. [...] Aber eigentlich muss der, der die Ausbildung machen will, diese auch privat bezahlen.“ (E1 §64)

„Die Kasse erlaubt das Budget zu modellieren, um eine Buchhalterin zu finanzieren. Es hängt von der Anzahl der Besuche ab. Wir haben im Durchschnitt 3.200 Besuche und haben im Jahr 8.000 Euro bekommen. Da ist nicht viel, aber es ist machbar.“ (E4 §336)

Vorgänge in den Ministerien

In einem Interview wurde der Prozess innerhalb des Gesundheitsministeriums beschrieben. Nach einem Jahr Projektlaufzeit werden von allen antragstellenden Projekten Gesamtkostenberechnung aufgestellt. Die durchschnittlichen Kosten werden von Experten des Gesundheitsministeriums und Vertretern der antragstellenden NGOs erarbeitet und anschließend dem Gesundheitsministerium präsentiert. Nach internen Prüfungen und Präsentationen werden die Kostenberechnung an die obligatorische Krankenkasse weitergereicht. Zu diesem Zeitpunkt müssen die antragstellenden NGOs mit der obligatorischen Krankenkasse in Verhandlungen treten, welche der angegebenen Kosten von ihr übernommen werden können.

„Zuerst müssen wir nach Ablauf von einem Jahr von diesem Projekt die Gesamtkosten berechnen. Dann nehmen wir noch von anderen Organisationen, die vielleicht auch so einen ähnlichen Service anbieten, ihre Kostenrechnung und werfen die zusammen und schauen, was für ein Durchschnitt ungefähr an Kosten für so ein Projekt herauskommen würde. Und dann müssten Spezialisten kommen und sagen ‚So und so‘, das sind die realen Kosten für das Projekt. Und mit diesem Kostenvoranschlag könnte man dann weitermachen.“ (E1 §29)

„Es sind Buchhalter und es sind Manager des Gesundheitsministeriums, die das dann berechnen, aus den Abteilungen des Gesundheitsministeriums. Und Repräsentanten der Nichtregierungsorganisationen, die dann auch noch ihr Wissen und Können da einfließen lassen.“ (E1 §31)

„[...] Die Kosten werden der öffentlichen Gesundheitsverwaltung präsentiert, die wiederum gehen aufs Gesundheitsministerium, präsentieren das dort und das Gesundheitsministerium muss seine Bewilligung abgeben, ob die Kosten, die sie errechnet haben, so in Ordnung sind,

oder ob man was weniger oder irgendwo mehr machen muss. Vom Gesundheitsministerium, wenn die das also befürworten, dass die Kosten so in Ordnung sind, die wiederum arbeiten mit der staatlichen Krankenversicherung zusammen, und wenn dann Organisationen da sind, die diese Aufgabe praktisch machen möchten, müssen [sich] die Organisationen mit der staatlichen Krankenversicherung in Verhandlungen begeben, ob die staatliche Krankenversicherung mit den jeweiligen Organisationen, die diese Aufgaben übernehmen wollen, zusammenarbeiten wollen, um dann diese Kosten praktisch übernommen zu bekommen.“ (E1 §33)

Auf die Vorgänge im Sozialschutzministerium wurde in einem Interview kurz eingegangen. Die antragstellenden Projekte werden überprüft und lizenziert. Dies bedeutet aber noch keine mögliche Kostenübernahme, sondern lediglich die Legitimation, den Service überhaupt anzubieten.

„Das sind Spezialisten vom Sozialamt, die das überprüfen und untersuchen, ob das richtig ist. So wie die Lizenz zum Beispiel bei Socio-Med. Wir wurden überprüft, dass wir das richtig machen, dass die Versorgung gut ist, und dann wurde es uns erlaubt, das Projekt im Dorf zu laufen. Es ist das jetzt mit dem Staat.“ (E2 §198)

6.4.5 Zusammenfassung der Kernaussagen zu den Rahmenbedingungen der Implementierung

Bestehende Versorgungsstrukturen und Versorgungsalternativen

- Die Sozialpflege wird in der Republik Moldau von dem Ministerium für Sozialschutz und Arbeit in Form der Sozialdienste geleistet.
- Diese werden aus Arbeitgeberbeiträgen (23 Prozent des Gehaltes) finanziert und umfassen Rente, Sozialpflege und monetäre Unterstützung von bedürftigen und behinderten Menschen.
- Das Ministerium beschäftigt auch Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, die in den Dörfern arbeiten und deren Aufgaben sich weitestgehend mit denen der Gemeindepflegerinnen decken.
- Die Krankenpflege auf dem Land läuft über medizinische Versorgungspunkte des Gesundheitsministeriums.
- Häusliche Krankenpflege wird in der Regel nur temporär geleistet und bei bestimmten Indikationen von der Krankenkasse übernommen.

- Mittlerweile gibt es einige private Anbieter (NGOs), die diese Serviceleistung unabhängig von ärztlichen Verschreibungen anbieten und diese teilweise von der obligatorischen Krankenkasse erstattet bekommen.
- Die erstatteten Beträge für Serviceleistungen der NGOs reichen in der Regel nicht, um die realen Ausgaben zu decken.
- Die Sozialarbeiter und -arbeiterinnen in den Dörfern nehmen ihre Aufgaben oft nur unzureichend wahr, weil sie entweder schlecht ausgebildet sind oder keine Motivation haben.
- Das medizinische Personal kann die häusliche Pflege nicht leisten, da es zu wenig Zeit hat und diese nicht ihrem Aufgabenspektrum entspricht.
- Projekte oder staatliche Einrichtungen mit den gleichen Zielsetzungen und Methoden wie Agapedia gibt es nicht.

Expertenmeinungen

- Alle Expertinnen halten das Projekt für unterstützungswert.
- Durch Projekte wie dieses können Arbeitsplätze geschaffen und der Perspektivlosigkeit in den ruralen Gebieten entgegengewirkt werden.
- Die Projektlaufzeit hat direkten Einfluss auf die Nachhaltigkeit und den Implementierungserfolg von Projekten.
- Eine Implementierung oder eine Fortführung der Idee hinter dem Projekt kann nur unter Beteiligung von NGOs als Serviceanbieter gelingen.
- Die service anbietenden NGOs sind weiterhin auf externe Zusatzfinanzierung angewiesen.
- Die aktuellen Lücken in der Versorgung bedürftiger Menschen auf dem Land lässt auf den Bedarf der Schaffung des neuen Berufsbildes der Gemeindepflegerin schließen.
- Das vorhandene medizinische Personal hat eigentlich andere Aufgaben und ist für die Aufgaben der Gemeindepflegerinnen überqualifiziert und somit auch zu teuer.

6.5 Kategorie 5: Die Finanzierung

Diese Kategorie umfasst alle für die Finanzierung einer Implementierung relevanten Aussagen. Es werden zu Beginn Aussagen darüber gesammelt, ob der Staat anerkennt, dass er finanzielle Ressourcen bereitstellen muss. Im zweiten Teil wird versucht, die Zuständigkeit von Ministerien in diesem Prozess zu klären.

6.5.1 Erkenntnis der Notwendigkeit zur Bereitstellung von Ressourcen

Zum einen soll durch diese Unterkategorie ermittelt werden, wie die Einschätzung des Staates hinsichtlich der Notwendigkeit einer Bereitstellung von Ressourcen und finanziellen Mitteln ist. Auch soll die Unterkategorie untersuchen, ob der Staat es für notwendig hält, andere Träger dabei einzubeziehen.

Staatliche Bereitstellung finanzieller Ressourcen

Zwei Expertinnen erkennen die Notwendigkeit staatlicher Unterstützung zur Lösung der aktuellen Problemlage an. Das Versorgungssystem befindet sich derzeit in einer Übergangsphase, in der NGOs als Serviceanbieter benötigt werden (vgl. Kapitel 6.4.3). Der Service kann aber nicht dauerhaft nur von externen Trägern angeboten und finanziert werden, sondern sollte in irgendeiner Weise in die Regelversorgung aufgenommen werden. Es wird klargestellt, dass diese staatliche Aufgabe als Investor Qualitätskontrollen des Services voraussetzt.

„Es gibt schon ein paar Möglichkeiten, aber kann nicht das alles übernehmen. Deshalb ist es ein guter Übergang. Aber wir haben schon Reserven und überlegen, wie wir das weiter auch vielleicht unterstützen können. Wir verstehen, dass das eigentlich nicht immer so sein wird, dass die Investoren kommen und helfen werden. Aber eben nicht dauerhaft. Und wir versuchen deshalb auch irgendwie herauszubekommen, wie wir es weitermachen, woher wir das Geld nehmen wollen. Und wie wir die Qualifikation der Pflege dann vielleicht es weitermachen können [die Ausbildung der Gemeindepflegerinnen]. Und damit die Pflegequalität bleibt und sie auch richtig bezahlt wird.“ (E2 §164)

„[...] Das ist nicht wie Privatkredite. Da muss der Staat schon sehen, dass dieses Projekt gut läuft, dass die Qualität ist in Ordnung, Pflege ist in Ordnung. Und man kann das genehmigen, das Projekt weiterlaufen zu lassen. Diese Genehmigung, Bewilligung vom Staat. Und dann kann der Staat bezahlen. Die Regierung gibt die Genehmigung, dass das Geld da ist vom Budget. Also der Staat ist der Kreditor dann.“ (E2 §196)

„Seit 2006 unterstützt die Krankenkasse ganz viel diesen Pflegebereich. Mit Krankenpflegern und Ärzten usw. Und deshalb ist es sehr wichtig, dass die NGOs das jetzt machen. Wir wünschen uns zwar, dass wir mehr machen können vom Gesundheitsministerium, aber wir sind erst am Anfang und würden gerne diese Teile übernehmen, wenn wir das können.“ (E6 §407)

Staatliche Verantwortungsabgabe

Da der Staat nach Meinung von drei Expertinnen nicht in der Lage ist, die Finanzierung vollständig zu übernehmen, sehen die Expertinnen die Notwendigkeit der dauerhaften externen finanziellen Unterstützung durch ausländische NGOs und Unternehmen im Rahmen von Public Privat Partnerships. Sie sehen keine große Chance für Investitionen von Unternehmen, da es in Moldau nur wenige große Unternehmen gibt und diese sich eher für Kinderprojekte engagieren.

„Das Ministerium ist sehr offen für eine Zusammenarbeit im Bereich der sozialen Fürsorge. Und diese Zusammenarbeit steht als erstes und ich sehe es als sehr gute Form der Zusammenarbeit. Wenn Sie auf die Website sehen und Leiter der Abteilungen, da steht es auch als erstes oder zweites oder drittes, es ist eigentlich Pflicht zu arbeiten in der Entwicklung von Public Partnerschaft.“ (E2 §168)

„[...] Ich möchte noch sagen, dass auf jeden Fall diese NGOs, die den Vertrag mit der Krankenversicherung machen, auf jeden Fall noch Gelder woanders herbekommen müssen, weil das sonst niemals reichen wird, den Service aufzubauen. Die müssen noch Fonds entweder vom Ausland oder von irgendwo anders herbekommen. Weil nur über die Krankenversicherung werden die Kosten niemals gedeckt werden.“ (E1 §39)

„Das andere bezahlt sie nicht, die soziale Pflege wird auch nicht bezahlt und deshalb brauchen wir immer Unterstützung vom Ausland, anderes geht es nicht, weil der Staat das Ganze nicht übernehmen kann.“ (E4 §291)

„Es gibt eigentlich nicht so viele große Unternehmen. Gibt es nur ein paar. Und sie machen es eigentlich schon ganz viel, aber sie sind sensibler mehr mit Kindern.“ (E2 §186)

In zwei Interviews wird auf die Eigenverantwortung der Individuen eingegangen. Die finanziellen Mittel sollen nicht nur vom Staat kommen, sondern auch von Privatmenschen. Somit müssen auch diese erkennen, dass sie finanzielle Ressourcen bereitstellen müssen.

„Und wir versuchen auch, bis jetzt hat der Staat das alles bezahlt, die Fürsorge, und wir wollen es jetzt auch privat. Das es auch bezahlt wird, auch privat. Weil bis jetzt war es nur der Staat?“ (E2 §134)

„Wir haben das jetzt gemacht, dass der Staat auch Geld gibt. Weil eigentlich die Sozialfürsorge bekommen Menschen, die keine Verwandten haben. Und jetzt ist das Gesetz so, dass die Verwandten oder die Kinder, die es machen können, müssen die Kinder versorgen. Trotz Auswanderung, das ist hier ja ein Riesenthema, können Kinder es sich erlauben, wenigstens die Pflege zu bezahlen. Und deshalb machen sie es in das Projekt rein, dass die Regierung akzeptiert, dass Verwandte, die es können, einfach nur die Pflege bezahlen“ (E2 §136)

„Für die Ausgaben, um auf die Frage von vorher nochmal zurückzukommen, für die Ausgaben, die Kosten. Im Ministerium wurde die Frage gestellt: Es gibt oft Verwandte oder jemanden, der ein gutes Gehalt bekommt, und sie können es sich leisten, für die Eltern zum Beispiel, für zwei, drei Stunden, dass ein Pfleger kommt und selbst bezahlt. Deshalb ist die Frage jetzt, dass nicht nur der Staat das bezahlt.“ (E2 §140)

„Dafür braucht man noch zusätzliches Geld. [...] Wenn man hier in Moldau eine Ausbildung machen möchte, muss man sowieso [privat] bezahlen.“ (E1 §64)

6.5.2 Klärung von Zuständigkeiten

Die Expertinnen wurden befragt, welche Akteure (Ministerien) ihrer Meinung an dem Prozess einer Implementation beteiligt sein müssten. Zunächst sollen die Rollen der beiden Hauptakteure, des Gesundheitsministeriums und Sozialschutz- und Arbeitsministeriums, anhand dieser Unterkategorie

dargestellt werden. Im Anschluss soll die Rolle weiterer Ministerien untersucht werden. Abschließend wird auf ein alternatives Finanzierungskonzept in Form einer Pflegeversicherung eingegangen.

Gesundheitsministerium und Sozialschutz- und Arbeitsministerium

Fünf von sechs Expertinnen sind sich einig, dass das Gesundheitsministerium und das Sozialschutz- und Arbeitsministerium zusammen beteiligt sein müssen. Diese intra-ministerielle Zusammenarbeit ergibt sich aus den Eigenschaften des Projektes. Es vereint die Bereiche Krankenpflege und Sozialpflege. Für jede dieser beiden Serviceleistungen ist aber ein anderes Ministerium verantwortlich.

*„Also, auf jeden Fall die Sozialkasse, wo wir das Geld bezahlen.[...]“
(E4 §320)*

„Ja, eigentlich ist es so, dass das Arbeitsministerium bezahlt die Sozialpflege und das Gesundheitsministerium bezahlt die Krankenpflege. Es ist eigentlich getrennt.“ (E2 §138)

„Das Projekt, das Ecaterina Mardarovici auch unterstützt, also Agapedia, gibt es folgendes Problem: Beim Ministerium werden immer nur die medizinischen Belange, die bekommen Zuschüsse und die sozialen bekommen keine. Und bei so einem Projekt müssen beide zusammenarbeiten, dass es von beiden Seiten Zuschüsse gibt, um dieses Projekt praktisch längerfristig halten zu können. Ich gehe zu Patienten und ich kann ihnen natürlich bezahlt eine Spritze geben oder sie verbinden, aber wenn ich in das Zimmer komme und es hat keine Heizung und es ist alles dreckig und der Patient liegt da und ist nicht gut versorgt, dann nutzt auch die Spritze und der Verband nichts, wenn man nicht das Ganze ganzheitlich auf die Füße stellt.“ (E1 §14)

„Ich denke, dass sollte eigentlich die Krankenkasse übernehmen, aber vielleicht sollte Agapedia frühzeitig mit den Krankenkassen sprechen und rechtzeitig sagen, welche Leistungen sie machen, vielleicht wissen das die Krankenkassen auch nicht. Und wenn das rechtzeitig gesagt wird, was für Leistungen [es sind] und die Situation erklären, dann werden sie in Zukunft vielleicht irgendwie die Kosten decken können. [Erste Möglichkeit ist ...] die Krankenkasse vom Gesundheitsministerium oder das zweite könnte sein, dass das Sozialamt, die auch eine Versicherung haben, mit dem Arbeits- und Sozialschutzministerium zusammen.“ (E3 §242)

„Ich glaube, es müsste diese Erklärungen, Bewertungen, Vorstellungen geben und sehen, wer es übernehmen kann. Gesetzlich dürfen sie beide, aber welchen Teil und wo (Satz wurde nicht zu Ende geführt). Vielleicht kann eine das gar nicht übernehmen, aber die andere kann es. Das sind die Möglichkeiten, wie man es machen könnte. So gesehen ist es eigentlich mehr für das Sozialschutzministerium, aber wir können das Gesundheitsministerium nicht [kategorisch] weglassen. Vielleicht gibt es eine gute Partnerschaft und Zusammenarbeit und man könnte schon was machen. Wenn nicht der eine, dann vielleicht der andere. Das ist aber nur meine Meinung.“ (E3 §246)

„Eigentlich hat das Gesundheitsministerium schon den Teil mit den Medikamenten übernommen, sie werden jetzt bezahlt. Aber den anderen Teil, glaube ich, werden sie, werden es nicht machen. Es wird nicht möglich sein. Ich glaube, das hängt vom anderen Ministerium ab, vom Sozialschutzministerium. Die vielleicht auch etwas übernehmen könnten.“ (E5 §365)

Es wird angesprochen, dass eine Übernahme der Kosten durch die Sozialversicherung problematisch sein kann, da es für einen Verkauf von Serviceleistungen an das Sozialschutzministerium noch keine gesetzliche Grundlage gibt (vgl. Kapitel 6.4.2).

„Es wird eigentlich gut angesehen, bei der Krankenkasse – ja, die werden schon etwas übernehmen, aber bei den Sozial[-diensten] nicht, denn das Gesetz ist noch nicht durch- gekommen. Und solange das Gesetz nicht durchgekommen ist, können sie so viel machen, wie sie wollen, da werden sie sowieso nichts bekommen.“ (E4 §311)

„Weil das Gesundheitsministerium kann das machen über die Krankenkassenversicherung, die obligatorische, die es gibt. Aber das Sozialschutzministerium, das macht nur durch die regionale Verwaltung, mit den Sozialarbeitern in den Dörfern.“ (E6 §415)

Über die Wahrscheinlichkeit einer fruchtbaren Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsministerium und Sozialschutz- und Arbeitsministerium gehen die Meinungen der Expertinnen auseinander. Eine Expertin hat bereits positive Erfahrungen bezüglich einer Zusammenarbeit gemacht.

„Eigentlich jetzt ist das Problem, dass das Gesundheitssystem, die Krankenpflege und Sozialpflege kann nicht zusammenarbeiten. Weil einer kommt vom Gesundheitsministerium und einer vom Sozialamt. Und sie können es nicht so richtig verteilen, wieviel die einen machen,

wie viele Stunden und wie viele die anderen. Und deshalb können sie es nicht zusammen kombinieren.“ (E2 §150)

„Jetzt ist es eigentlich eine sehr gute [Situation], weil das Gesundheitsministerium und das Sozialschutzministerium/ Arbeitsministerium zusammenarbeiten. Wir haben gleich am Donnerstag eine Sitzung wo die Pflege/ Sozialpflege sich zusammen mit den Krankenschwestern zusammensetzten und die Probleme besprechen.“ (E3 §224)

„Ja, ich glaube das könnte man schon machen. Und gestern haben wir uns hier im Stadtrat zusammengesetzt. Da waren auch Vertreter vom Sozialschutzministerium, Vertreter vom Gesundheitsministerium und von verschiedenen Organisationen im Haus. Da haben wir über alles gesprochen. Wir sagen solche Treffen offen an und dann kommen die Vertreter von allein.“ (E5 §375)

Andere relevante Ministerien

Als zusätzliche wichtige Ministerien werden von einigen Expertinnen das Finanzministerium und das Innenministerium genannt. Das Finanzministerium regelt die Vergabe des staatlichen Budgets und das Innenministerium könnte die aktuelle rechtliche Situation verbessern.

„[...] Finanzministerium. [...] Ja, aber es ist ja der Träger für die Kosten. Wenn hier der (...). Wenn das nicht finanziert werden kann, dann kann das nicht weiterlaufen. [...] Es ist so, eigentlich der Haushalt oder das Budget wird vom Staat, ist koordiniert vom Finanzministerium. Sie kriegen nicht direkt das Geld, sondern es ist die Kostenaufstellung für irgendwelche Sozialdienste oder so. Und das direkt an die Leistungen oder die Aufgaben verteilt. Sie können es selbst nicht direkt verteilen. Das ganz macht das Finanzministerium.“ (E2 §§202, 204, 206)

„Ich glaube, da muss auch das Innenministerium einbezogen werden, denn auch gesetzlich gesehen haben wir nicht so viele Rechte hier. Wenn ein Vertreter des Innenministeriums hier ist und er die Personen sieht, die allein sind, ohne Verwandte und so bleiben, und dann können sie es auch sehen, wie die Situation ist, und dann können wir das gesetzlich weiterentwickeln.“ (E3 §240)

Eine Expertin geht sogar so weit, alle Ministerien als relevante Akteure einzubeziehen, da die Unterversorgung ein Problem darstellt, das nur unter Beteiligung der gesamten Regierung angegangen werden kann.

„Es müssten sich eigentlich alle Ministerien zusammensetzen. Auch das Bildungsministerium zum Beispiel auch, weil es Kinder gibt. Auch das Sozialministerium, auch Gesundheitsministerium. Das juristische und das Innenministerium. Ich glaube, da müssen alle zusammenarbeiten. Aber – für die Pflege jetzt, die häusliche Pflege, da ist das Sozialschutzministerium verantwortlich. Weil die Krankenpflege, das ist ganz andere Arbeit und da ist das Gesundheitsministerium verantwortlich. Aber um alles zusammen zu organisieren, sollten alle einbezogen werden. Ein Beispiel, die Familie mit den fünf Kindern [die wir beim Besuch in Pohrebenei gesehen haben], die wir gesehen haben. Ich denke, da sollten ganz viele Ministerien beteiligt werden. Soziales, Familie, Gesundheit, Juristische und einfach alle.“ (E5 §371)

Alternatives Finanzierungskonzept – die Pflegeversicherung

In den Interviews wird von Seiten der Forscherinnen immer wieder die Idee einer Pflegeversicherung eingebracht. Das System einer Pflegeversicherung muss jedes Mal erläutert werden, da es nicht bekannt ist. Die Expertinnen stehen dieser Idee größtenteils positiv gegenüber. Es gibt keine konkreten Ideen, wie dies umgesetzt werden könnte. Eine Expertin sieht die Sozialdienste als einen möglichen Anknüpfungspunkt für die Pflegeversicherung.

„Das ist eine gute Idee, das müsste man hier mal propagieren und versuchen, ob man das durchkriegt hier.“ (E1 §45)

„Das [die Pflegeversicherung] ist auf jeden Fall eine sehr gute Idee, dass man das hier vorstellt und ob das hier angenommen wird.“ (E1 §48)

„Frau Mardarovici wirft noch ein, dass früher im sowjetischen, dass es da nicht notwendig war, weil die Kinder waren hier im Land, also alle waren hier im Land und man hat sich um die Alten gekümmert. Jetzt sind die Grenzen offen, alle sind weg, die Alten und die Kinder bleiben hier und jetzt ist niemand mehr da, der das übernimmt, deshalb ist eine Pflegeversicherung auf jeden Fall wichtig.“ (E1 §47)

„Aber zur Diskussion: So etwas wurde schon gemacht, sie haben das schon gehört mit der Extraversicherung. Die Leute bezahlen sowieso schon Sozialdienste mit 23 Prozent und es wurde schon vorgeschlagen. So ein Gesetz gibt es nicht, so ein Bericht, aber im Ministerium wurde das schon diskutiert.“ (E4 §318)

6.5.3 Zusammenfassung der Kernaussagen zur Finanzierung

Staatliche Bereitstellung von Ressourcen

- Der Staat sieht die Notwendigkeit, die Projekte von NGOs zu unterstützen.
- Der Staat setzt auf eine Kofinanzierung durch Public Privat Partnerships mit NGOs und Unternehmen und appelliert auch an die Eigenverantwortung der Bevölkerung, sich an der Finanzierung der Versorgung zu beteiligen.

Klärung von Zuständigkeiten

- Das Projekt vereint Krankenpflege und Sozialpflege und fällt somit unter die Zuständigkeit von zwei Ministerien, dem Gesundheitsministerium und dem Sozialschutz- und Arbeitsministerium.
- Die Implementierung des Projektes kann nur durch die Zusammenarbeit beider Ministerien erreicht werden.
- Als weitere relevante Akteure werden das Finanz-, das Innen-, das Bildungs- und das Justizministerium gesehen.

6.6 Kategorie 6: Die gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen

Diese Kategorie umfasst alle relevanten Rahmenbedingungen, die sich auf die Implementierung des Projektes oder die Verbreitung der hinter dem Projekt stehenden Idee beziehen. Zu Beginn werden allgemeine strukturelle Bedingungen in der Republik Moldau dargestellt. Es folgt die Mentalität der Bevölkerung und das allgemeine Image der Pflegeberufe. Diese beiden Aspekte haben Auswirkungen auf die folgende Unterkategorie ‚Problembewusstsein‘.

6.6.1 Strukturelle Rahmenbedingungen

In den Interviews werden einige Grundproblematiken des Landes thematisiert. Probleme wie die hohe Emigration, die infrastrukturellen Gegebenheiten

ten sowie die politische Situation werden in dieser Unterkategorie genauer betrachtet.

Die arbeitsfähige Bevölkerung

Ein großes Problem ist die Emigration der jungen arbeitsfähigen Bevölkerung. Dies führt einerseits zu einem Mangel an Fachkräften und andererseits zu einer Vereinsamung und einer schlechten Versorgung älterer Menschen in den Dörfern.

„Im Allgemeinen ist das ein Problem in ganz Moldau. Hier im Kreis ist es noch schlechter, weil die Auswanderung noch größer ist, und die Fachärzte und Spezialisten wandern aus und deshalb ist die Situation schlechter hier. Sie bleiben entweder in Chisinau oder gehen ins Ausland.“ (E3 §264)

„Die Jugendlichen sind weg. Ja, es gibt auch mehrere, die auch Verwandte haben. Die sind aber im Ausland irgendwo und die Eltern sind alleine. Und wenn sie Kinder haben, sie [Pflegerinnen] gehen sie auch zu denen, weil sie bedürftig sind und keine Kinder da sind. Sie sollen erklären, dass zu den Leuten auch die Kinder nicht kommen, deshalb gehen sie nicht hin.“ (G1 §59)

Hinzu kommt bei vielen jüngeren Leuten die Konzentration des Lebensmittelpunktes auf die Städte. Nur wenige von denen, die in der Republik bleiben, wollen auf dem Land leben und dort arbeiten. Dies fällt besonders im medizinischen Bereich auf.

„Ich war hier bei einer Sitzung wo die Ärzte, die neu sind, also junge Spezialisten [eingeladen wurden], und von 35, die kommen sollten, sind nur 16 gekommen. Die anderen Spezialisten, die jetzt ausgebildet wurden, die studiert haben, haben andere Pläne, zum Beispiel Auswanderung. Und von den 16 konnte ich keinen hier in Cimislia halten – keinen.“ (E3 §264)

Infrastruktur

Ein weiteres Problem, welches angesprochen wird, ist die mangelnde Infrastruktur in den ländlichen Gebieten. Es gibt wenig Wirtschaft und somit auch wenige Arbeitsplätze, das Straßennetz ist unzureichend ausgebaut und es gibt keine flächendeckende Versorgung mit Wasser und Gas. Die regio-

nen Kreisverwaltungen sollen hier in die Verantwortung genommen werden. (vgl. Kapitel 6.2.3)

„Hier in Moldau gibt es auch so wenig Jobs, viele haben keine Arbeit und deshalb sind sie sehr froh, dass sie eine Stelle bekommen haben. Es ist egal, was für eine, und sie können die Arbeit so gut machen. Sie finden es sehr gut eigentlich.“ (E5 §355)

„Die Infrastruktur muss ausgebaut werden. Die Straßen müssen ausgebaut werden, weil wenn aus dem Dorf zum Beispiel jemand den Krankenwagen ruft, der kommt auch gar nicht bis da raus mit den Straßen, also das wird ja schon gar nicht gehen. Die Wirtschaft müsste ausgebaut werden. Auf den Dörfern haben wir sehr viel, was wir benötigen.“ (E1 §66)

„[...]Aber auch sehr wichtig ist die regionale Verwaltung. Weil eigentlich die regionale Verwaltung macht das, unterstützt das weiterhin auf dem Land. Das ist erstmal mit den Sozialarbeitern, sie sollen auch unterstützt werden. Weil die Pflegebedürftigen haben keine Wärme, kein Wasser usw. Das ist ein wichtiger Teil im Sozialbereich. Das macht die regionale Verwaltung. Weil das Gesundheitsministerium kann das machen über die Krankenkassenversicherung, die obligatorische, die es gibt. Aber das Sozialschutzministerium, das macht nur durch die regionale Verwaltung, mit den Sozialarbeitern in den Dörfern.“ (E6 §415)

Aufgrund des Mangels an Arbeitsplätzen sind viele Menschen auf dem Land von Armut betroffen.

„Sie [die Patienten] haben so kleine Pensionen, dass sogar 1 Lei für sie viel ist.“ (E1 §45)

„Erstens müssen hier Arbeitsplätze geschaffen werden, mit adäquaten Gehältern.“ (E1 §66)

Politische Situation

Über all diesen Probleme steht die politische Unsicherheit, die derzeit in der Republik Moldau herrscht. Aktuell gibt es große Probleme, eine funktionierende Regierung zu stellen, und es gibt permanent Neuwahlen. Auch sind politische Entscheidungsprozesse intransparent und somit schwer hervor-sehbar.

„Wegen den Wahlen (...). Wir haben immer und immer wieder Wahlen und deswegen haben wir kein Geld für die Pflege. Die politische Situation in unserem Land (...) [ist schwierig].“ (E4 §305)

„In unserem Land weiß man nie, was passiert. Das ist wie ein Wunderland, da kann das Gesetz auch noch zehn Jahre liegen bleiben. Das kann schnell gehen, aber man weiß es nicht. Es ist abgelegt und dann muss es noch akzeptiert werden, durchkommen. Das Gesetz mit der Krankenkassenversicherung, nur als Beispiel, hat sechs Jahre gedauert, um durchzukommen. Alles hängt davon ab, wie die politische Situation im Land ist und wen wir so kennen.“ (E4 §313)

6.6.2 Mentalität der Bevölkerung

Durch einige Interviews wurde ermittelt, dass die Mentalität der Bevölkerung ein Grund für das mangelnde Problembewusstsein und das damit verbundene (Gesundheits-)Verhalten ist. Diese Problematik soll mittels dieser Unterkategorie genauer betrachtet werden.

Gesellschaftliche Veränderung

In zwei Interviews wurde angesprochen, dass große Teile der Gesellschaft noch den während der Sowjetzeit herrschenden Verhältnissen nachhängen. Sie haben Probleme, die Veränderungen von Staatsverantwortung zu Eigenverantwortung umzusetzen. Das Problem ist die erlernte Hilflosigkeit, in der sie sich befinden. Früher hat der Staat alles geregelt und die medizinische Versorgung war weitgehend umsonst. Jetzt steht jeder in der Verantwortung, selber für sich zu sorgen und der Staat zieht sich mehr und mehr zurück und fordert private Beteiligung an der Versorgung. Eine Expertin sieht hier auch den Staat in der Verantwortung, die Menschen aufzuklären und zur Eigenverantwortung zu befähigen.

„Ja, es ist Thema. Das Problem ist eigentlich, warum die Gesellschaft es nur schwer akzeptiert, ist die Mentalität. Bisher war es so [zu Sowjetzeiten], der Staat muss alles machen. Versorgung kommt vom Staat und eigentlich brauchten nicht alle eine Versorgung. Und jetzt versucht die Gesellschaft, es alleine zu machen, und der Staat hilft aber nicht mehr. Ist nicht Pflicht des Staates.“ (E2 §124)

„Eigentlich ist das nicht die einzige Möglichkeit. Aber wie ich schon gesagt habe, wir müssen noch an der Mentalität der Leute arbeiten. Sie sind gewöhnt, dass der Staat alles macht, das ist Pflicht des Staates. Und sie machen es nicht mit. Und wir versuchen es jetzt mit den Leuten, sozusagen die Leute zu erziehen, oder verschiedene Kurse zu machen und zu sprechen und ihnen verständlich zu machen, dass es nicht nur Pflicht des Staates ist und sie auch selbst Verantwortung tragen.“ (E2 §158)

„Es ist hier schwer, die Mentalität, also das Denken in den Köpfen, zu verändern – in der Gesellschaft. Wir hatten vor Jahren hier, also früher war es so, dass die Patienten unentgeltlich in die Krankenhäuser gehen konnten und eine Behandlung bekamen. Der Patient hat sein Geld gespart, hat sich drei Wochen ins Krankenhaus gelegt, wurde dort gepflegt und hat dort Essen bekommen und das war auch selbstverständlich, dass man sich drei Wochen ins Krankenhaus legt und gepflegt wird, ohne dass es was kostet.“ (E1 §16)

Auch die Auswirkungen der sich verändernden demografischen Situation sind vielen Menschen nicht bewusst. Sie haben sich früher um ihre Großeltern gekümmert und könnten nicht verstehen, dass ihre Kinder dies jetzt nicht mehr tun können oder wollen.

„Frau Mardarovici wirft noch ein, dass früher im sowjetischen, dass es da nicht notwendig war, weil die Kinder waren hier im Land, also alle waren hier im Land und man hat sich um die Alten gekümmert. Jetzt sind die Grenzen offen, alle sind weg, die Alten und die Kinder bleiben hier und jetzt ist niemand mehr da, der das übernimmt, deshalb ist eine Pflegeversicherung auf jeden Fall wichtig.“ (E1 §47)

Eine Expertin stellt die Prognose, dass die Gesellschaft noch mindestens 50 Jahre braucht, um die Situation und ihre neue Rolle zu verstehen.

„[...] Ich habe gesagt, dass ich optimistisch bin. Und ich hoffe, dass Verbesserung kommen wird. Aber dafür braucht es Zeit. [...] Die Zeit eigentlich. In 50 Jahren. Mentalität ändern. [...] Ich hatte ein Praktikum, da hat mein Professor mir gesagt, in 50 Jahren wird alles besser. 50 Jahre ist genug Zeit, dass die Mentalität sich verändert und dass die Leute verstehen, was sie anders machen sollen.“ (E §§188, 190, 192)

Unterstützung alter Menschen

Ein Problem in der Republik ist nach Meinung von zwei Expertinnen und einer Gemeindepflegerinnengruppe die Konzentration der sozialen Unterstützung auf Kinder in schwierigen Situationen. Darauf wird viel Aufmerksamkeit gelegt und viele Gelder bereitgestellt. Die Hilfe für ältere Menschen ist nicht sehr populär. Oft wird kein Sinn darin gesehen, Finanzmittel bereitzustellen, da die älteren Menschen nicht mehr lange leben und die Gelder somit verschwendet würden.

„Die meiste Sozialassistentz bekommen eigentlich die Kinder hier im Land. Also der Fokus liegt in Moldawien eher auf den Kindern. [...]“ (E1 §110)

„Es gibt eigentlich nicht so viele große Unternehmen. Gibt es nur ein paar. Und sie machen es eigentlich schon ganz viel, aber sie sind sensibler mehr mit Kindern.“ (E2 §186)

„[...] Auf die alten Leute, da sagen die: ‚Ach, die sterben eh bald, die brauchen jetzt nicht auch noch ‚ne Sozialassistentz.‘ Also, es ist eine Mentalitätssache, dass auf die Alten hier nicht so ein Wert gelegt wird. Das denken die Familienmitglieder und der Staat: ‚Was soll ich da noch nen Arzt rufen, das bringt ja eh nichts.‘“ (E1 §110)

„Sie sagte, dass sie vielleicht sagen, dass sie helfen kann. Aber da sagte sie [die 16-Jährige]: Nö, lass sie [die alte Frau] sterben.“ (G1 §67)

6.6.3 Image der Pflegeberufe

Hier wird sich mit dem Image der Pflege bzw. der Pflegeberufe in der Republik Moldau befasst und daher Versuche der Imageverbesserung dargestellt.

Aktuelles Image

Bei der Frage, wie das Ansehen von Pflegeberufen in der Republik Moldau eingeschätzt wird, kommt es zu einer Diskrepanz zwischen den Gemeindepflegerinnen und den Expertinnen, aber auch unter den Expertinnen. Die Gemeindepflegerinnen aus einer Stadt waren der Meinung, dass der Pflege-

beruf mittlerweile ein Beruf wie jeder andere ist, was besonders damit zusammenhängt, dass viele moldauische Emigrantinnen und Emigranten im Ausland in diesem Gebiet arbeiten. Außerdem sind sie die Einzigen, die auf dem Land den Menschen helfen und werden schon allein deswegen gut angesehen.

„Jetzt sehr viele Leute fahren ins Ausland und jetzt ist es ein normaler Beruf. Weil sie sind auch Pflegerinnen da. In Italien besonders. Aber es gibt auch solche Fälle, wie Sie sagen, wie in Deutschland. Überall gibt es auch Leute, die das auch sagen: Ja, was guckst du auch immer bei dem Alten, was machst du da?“ (G2 §179)

„Eigentlich hier der Stadt [Staat?] hilft nicht so den alten Leuten und deshalb ist das Projekt hier so gut angesehen.“ (G2 §181)

Bei den Expertinnen wiederum herrscht die Einschätzung vor, dass die Arbeit in der Pflege nicht so gut angesehen wird, da sie anstrengend ist und nicht so gute Arbeitsbedingungen herrschen. Das gesamte Gesundheitswesen hat keinen guten Ruf.

„Die Krankenpflege ist auch sehr schlecht angesehen. Es ist kein guter Ruf für eine Krankenpflegerin, so zuhause hin und her zu laufen und den Job zu machen.“ (E5 §361)

„Eigentlich ist auch das gesamte Gesundheitswesen in Moldau sehr schlecht angesehen. [...]“ (E2 §228)

Zwei Expertinnen sind der Meinung, dass das Ansehen stark von den selbst gemachten Erfahrungen abhängt. Wenn der Beruf unbekannt ist, wird er abgewertet werden, weil er sich nicht gut anhört. Aber wenn die Arbeit gesehen oder selbst erfahren wird, dann ändern viele Menschen ihre Meinung.

„Die Familien, die die Pflegebedürftigen haben und Pflege bekommen, denken auch nicht so, sie sind [bei ihnen] auch sehr gut angesehen, die Pflegerinnen. Das können nur schlecht ansehen, die Leute, die nicht wissen, was es bedeutet. Pflege, so als Wort, ist schlecht angesehen, aber wenn sie es kennen und erkennen, was für eine Leistung sie [die Pflegerinnen und Pfleger] machen, dann ist es schon eine andere Meinung.“ (E3 §228)

„Ich hab den Pflegerinnen immer gesagt, dass das, was sie in die Patienten investieren, dass sie das vom Patienten zurückbekommen, und was gibt es Schöneres als die Anerkennung vom Patienten, dem es gut geht und der die Arbeit honoriert, die die Pflegerin macht. Das ist das beste Geschenk, das man machen kann, und wenn dann auch jemand sie vorher dann auslacht: ‚Was macht ihr hier für ‚ne Arbeit, ihr putzt den Popo von den alten Leuten.‘ Das wird in den Hintergrund treten und die Anerkennung wird größer werden und vor allem von den Patienten.“ (E1 §16)

„[...] Wenn wir unsere Meinung sagen, also meine Meinung und die meiner Kollegen, meiner Ärzte, dann sind wir nicht dieser Meinung. Dann ist das natürlich etwas sehr Sinnvolles und Angesehenes und wir sind eigentlich sehr froh, wenn uns jemand unterstützen kann.“ (E3 §228)

Nur eine Expertin ist der Meinung, dass das Image der Menschen, die in Pflegeberufen arbeiten, besonders auf dem Land gut ist und es keiner Aufwertung bedarf.

„Ich meine, im Dorf, das ist eine ganz andere Arbeit. Hier in der Stadt ist es eine Differenzierung. Vielleicht ist es hier nicht ganz so gut, aber im Dorf ist es ganz normal angesehen, wie andere Arbeiten auch. Vielleicht werden sie im Dorf auch nicht wie eine Lehrerin angesehen, aber vielleicht so, weil die Leute da auch viel auf dem Land arbeiten.“ (E5 §357)

„So vielleicht wie eine Bäuerin angesehen. Ich glaube, es ist nicht der Fall, dass etwas am Image geändert werden muss. Weil wenn sie die ganzen Bedingungen dort haben, Waschmaschine und alles, um die Arbeit so gut zu machen, dann ist das kein Problem, da im Dorf was zu verbessern. Am Anfang war es schwierig, weil nicht alle die Pflege machen. Aber jetzt sind es schon mehrere Leute, die den Beruf machen wollen.“ (E5 §359)

Versuch der Imageverbesserung

In den Interviews werden einige Ideen zur Imageverbesserung angesprochen. Das schlechte Image ist meist Folge von fehlenden Informationen. Somit werden Informationsveranstaltungen geplant, um die Gesellschaft zu informieren. Weiterhin wird ein großer Wert auf Mundpropaganda gelegt.

„[...] Wenn der Pfleger, der Sozialpfleger, in den Bereich gekommen ist, dann haben wir versucht, mehrere Sitzungen zu machen, zu erklären, was es bedeutet, was ein Pfleger ist, was er machen wird. Und er ist eigentlich integriert, aber sozusagen nicht ganz.“ (E2 §128)

„Wir machen auch (...) und einen Runden Tisch, um auch ins Dorf hinzugehen und der Gesellschaft das beizubringen, was für Probleme da sind und wie man das eigentlich pflegen könnte. Jetzt ist es eigentlich eine sehr gute [Situation], weil das Gesundheitsministerium und das Sozialschutzministerium/ Arbeitsministerium zusammenarbeiten. Wir haben gleich am Donnerstag eine Sitzung, wo die Pflege/ Sozialpflege sich zusammen mit den Krankenschwestern zusammensetzten und die Probleme besprechen.“ (E3 §224)

„Und so, wie ich bereits gesagt habe, wir arbeiten an einem anderen Projekt, einem Informationsprojekt, auch im Pflegebereich. Und nach der Arbeit sieht man auch schon die guten Ergebnisse.“ (E3 §232)

„Ja, das ist genauso, weil die Information fehlt. Wenn einer sagt: ‚Das hat bei uns gut geklappt, das war sehr schön‘, dann sagt er es jemand anderem und jemand anderem und dann kommt der Ruf auch schon viel besser an.“ (E3 §230)

6.6.4 Gesellschaftliches Problembewusstsein

Diese Unterkategorie handelt vom Problembewusstsein der moldauischen Bevölkerung bezüglich der Unterversorgung in den ruralen Gebieten und dem sich daraus ergebenden steigenden Bedarf an häuslicher Pflege. Darauf aufbauend werden Maßnahmen zur Schaffung des Bewusstseins erläutert.

Bewusstsein für die pflegerische Unterversorgung in den ruralen Gebieten

Allgemein sind sich die Expertinnen einig, dass weite Teile der Gesellschaft kein richtiges Bewusstsein für die demografische Situation (alternde Bevölkerung, hohe Emigrationsrate) und den daraus resultierenden steigenden Bedarf an professioneller Pflege haben (vgl. Kapitel 6.6.2). Lediglich Personen, die direkt von den Problemen betroffen sind, wie ältere isolierte Menschen oder Angehörige und Menschen, die in der Gesundheitsversor-

gung arbeiten, haben ein Verständnis für die Notwendigkeit von Pflege entwickelt.

„Die Gesellschaft sieht es, wenn das Problem gleich im Haus, bei seinen eigenen Problemen ist.“ (E3 §224)

„Eigentlich denke ich, dass es nicht alle verstehen oder ansehen, wenn es sie nichts angeht. Aber die, die in diesem Bereich arbeiten, können es vielleicht verstehen, dass es hier mit der Krise keine andere Möglichkeit gibt.“ (E4 §305)

Die partielle Unterversorgung auf dem Land ist vielen Menschen bekannt. Eine Expertin ist der Meinung, dass die Bevölkerung aber dafür Verständnis hat, dass das System derzeit noch unzureichend ist und weiterentwickelt werden muss. Hier steht die Politik in der Pflicht, die das Versorgungssystem reformieren muss.

„Das ist zwar keine Neuigkeit für die Gesellschaft, dass die Pflege im sozial-medizinischen Bereich unterversorgt ist, aber es ist noch nicht einmal auf dem richtigen Niveau angekommen. Die jetzigen Probleme, die es in Moldau gibt, zeigen uns, wie wichtig es ist, den Pflegebereich zu unterstützen, auch im sozialen Bereich und medizinischen Bereich. [...] Und die Gesellschaft versteht natürlich, dass es solche Probleme gibt, aber sie verstehen auch, dass wir erst am Anfang sind, und wir versuchen gerade das alles zu entwickeln.“ (E6 §403)

„Wenn der Pflegebereich mit den ganzen Dokumenten im politischen Gesundheitssystem drin ist, dann heißt es, dass es auf dem richtigen Niveau ist. Aber wie gesagt, wir sind erst am Anfang. Jetzt ist es im Pflegebereich, im politischen Gesundheitssystem ist es so, dass das System jetzt entwickelt werden soll.“ (E6 §405)

Schaffung von Problembewusstsein

In den Interviews werden verschiedene Möglichkeiten für die Schaffung eines Problembewusstseins angesprochen. Einer Expertin ist bewusst, dass neue Ideen immer erst skeptische betrachtet werden und es eine Zeit dauert, bis die Menschen diese annehmen. Laut zwei Expertinnen sind die beiden Schlüsselfaktoren dazu Information und Erfahrung. Informationsverbreitung durch Aufklärung läuft auf verschiedenen Kanälen und ergänzt sich wechselseitig. Dies beinhaltet landesweite Kampagnen in den Massenmedien und

die Verankerung der Thematik in der schulischen Bildung in dem Fach Erziehung und Gesellschaft. Auf die Aufklärung von Kindern wird ein besonderer Fokus gelegt, um so früh wie möglich ein Bewusstsein schaffen zu können.

„[...] Vielleicht einen Monat in einer Pressekonferenz über dieses Thema zu sprechen, die Öffentlichkeit, über das Radio und über das Fernsehen, um diesen Bereich zu erklären, was das ist. Und vielleicht auch Werbung, Kleinigkeiten, um das zu klären, wie man es macht. Vielleicht wäre das eine Lösung.“ (E4 §307)

„Wir machen jetzt ganz verschiedene Kampagnen. Nicht nur hier, sondern überall. Und wir versuchen, mit den Kindern anzufangen. Den Kindern mit verschiedenen Werbungen, verschiedene Situationen zu erklären. Und wir machen die Kampagnen nicht nur hier und nicht nur mit Einzelpersonen, sondern im ganzen Land. Wir versuchen den Kindern erstmal zu erklären, und sie müssen jetzt für die Großeltern sorgen. Und wenn sie alt werden, dann werden, dann wird auch für sie jemand da sein und eben für sie sorgen. [...] Eigentlich schon seit ein paar Jahren in der Schule gibt es auch so ein Fach, wo es um Erziehung der Gesellschaft geht. Wo die Kinder auch schon lernen, was das ist, zum Beispiel die Sozialfürsorge. Ja, das ist obligatorisch in der Schule schon.“ (E2 §160)

„Damit die Gesellschaft das versteht, machen wir schon ganz andere Projekte. Wir informieren die Gesellschaft über den Pflegebereich.“ (E3 §224)

Ein zweiter Ansatz ist die persönliche Ansprache. Dies soll eine Aufgabe der Sozialarbeiterinnen und -arbeitern in den Dörfern sein, da sie einen persönlichen Kontakt zu den Menschen pflegen. Es sollen auch weitere Angebote wie Seminare und Kurse geschaffen werden, die über die Problematik und die Pflege informieren.

„[...] Und eben in den Dörfern auf dem Land versuchen wir, durch den Sozialpfleger Aufklärung leisten, er kennt schon die Leute dort und kann auch mit einzelnen Personen reden und sie aufklären [...].“ (E1 §106)

„Ich glaube, es fehlt immer an der Information. Es ist erstmal vielleicht besser – da die Information hier fehlt, dass es verschiedene Kurse, Ausbildungen, Seminare [gibt], wo man es erklären soll, was Pflege bedeutet in diesem Bereich. So ein bisschen erzählen und informieren, weil sie bekommen das Geld, aber sie haben keine Ahnung, was das bedeutet. [...]“ (E4 §307)

Ein weiterer Aspekt ist die Weitergabe der Erfahrungen von Betroffenen und Projektmitarbeitern und -mitarbeiterinnen durch Mundpropaganda. Die Information über den Projektverlauf beinhaltet auch die Grundproblematik.

„Es ist wichtig, dass die Leute zufrieden sind mit der Arbeit und dass sie das auch weitersagen.“ (G4 §339)

„Sicher. Ja, das ist sicher so. Wenn am Anfang etwas neu ist, dann ist man immer skeptisch und man weiß nicht genau, was es ist. Und wenn man schon an so einem Projekt arbeitet, dann sieht man, was für Leistungen es sind, und dann wird es besser angenommen.“ (E3 §232)

„Es ist eine gute Methode, um der Gesellschaft zu zeigen, was das hier ist, denn sie sprechen andauernd über das Projekt und über alles, wie sie es machen. Und es ist auch gut, um ein Beispiel zu zeigen, um die Gesellschaft zu informieren, was der Pflegebereich ist.“ (E4 §309)

Problemlösungsbereitschaft – Bereitstellung von privaten Geldern

Um die Grundproblematik lösen zu können, müssen finanzielle Mittel akquiriert werden. Diese sollen laut einer Expertin nicht nur vom Staat, sondern auch von Privatpersonen bereitgestellt werden (siehe 6.5.1). Es wird von drei Expertinnen vermutet, dass die Gesellschaft diesen finanziellen Mehraufwand durch Steuern oder andersartige Abgaben schwer akzeptieren wird. Dies würde sich aber mit der Zeit und wegen der oben genannten Bemühungen ändern. Hilfreich dabei ist ein Gesetz, welches den Personen keine eigene Wahl lässt.

„Die Gesellschaft vielleicht würde das verstehen, aber die finanzielle Unterstützung oder die Gehälter zu bekommen, ich glaube, das ist jetzt ein bisschen schwierig zu machen [die Beiträge von den Leuten zu bekommen, sie können sich das nicht leisten]. Weil sie werden eigentlich nicht klarkommen damit.“ (E2 §156)

„Ja, ich könnte mir das ganz gut vorstellen. Am Anfang würde es schwierig sein für die Leute zu akzeptieren, dass sie nochmal Steuern [Abgaben; Versicherungsbeiträge] zahlen sollen. Aber dann später werden sie das schon verstehen, dass es notwendig ist.“ (E5 §379)

„Nein, aber die Leute sind nie bereit, 1 Lei zu zahlen. Nur wenn es über ein Gesetz geht, dass sie verpflichtet sind zu zahlen, dann müssen sie zahlen, weil dann können sie nicht sagen: ‚Ich mach es nicht‘. [...] Sie werden es zwar nicht mögen, aber sie müssen bezahlen.“ (E1 §53)

6.6.5 Zusammenfassung der Kernaussagen zu den gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen

Strukturelle Rahmenbedingungen

- Grundsätzliche Probleme in der Republik Moldau sind Emigration der arbeitsfähigen Bevölkerung, strukturelle Konzentration auf Städte, mangelnde Infrastruktur in den ruralen Gebieten, Armut und politische Unsicherheit.

Mentalität der Bevölkerung

- Die Mentalität ist ein ausschlaggebender Faktor für das Verhalten und das Problembewusstsein der Bevölkerung.
- Viele Menschen haben Probleme mit dem Wechsel von großflächiger staatlicher Kontrolle zur Eigenverantwortung.
- Die Tragweite des demografischen Wandels ist vielen Menschen nicht bewusst und deswegen fehlt ihnen ein Verständnis für professionelle pflegerische Versorgung.
- Die Versorgung älterer Menschen wird oft als unnütz und überflüssig angesehen.

Image des Pflegeberufes

- Über das Image des Pflegeberufes divergieren die Meinungen, die Gemeindepflegerinnen und eine Expertin halten das Berufsbild für etabliert.
- Gründe für das schlechte Image sind hauptsächlich fehlende Informationen und Erfahrungen.
- Das Image könnte durch Informationsveranstaltungen und Mundpropaganda verbessert werden.

Gesellschaftliches Problembewusstsein

- Die Bevölkerung hat kein ausreichendes Problembewusstsein für die Folgen des demografischen Wandels und der Unterversorgung.
- Zur Schaffung des Problembewusstseins werden massenmediale Kampagnen sowie persönliche Ansprache angewandt.
- Problemlösungsbereitschaft aufgrund des mangelnden Problembewusstseins braucht noch Zeit.
- Die Bereitschaft von Privatpersonen, Gelder zur Problemlösung bereitzustellen, ist aktuell nicht sehr hoch.

6.7 Kostenaufstellung

Neben den Interviews wurden die Unterlagen der Projektfinanzierung gesichtet. Daraus ergeben sich folgende Kosten:

Die Kosten einer Weiterführung des aktuellen Projekts belaufen sich nach aktuellen Berechnungen auf monatlich 3.653,40 Euro. Dies sind die Personal- und Sachkosten für die drei Zentren, deren Koordinatoren und Koordinatorinnen sowie die 13 beschäftigten Gemeindepflegerinnen.

Die Schaffung eines neuen Zentrums würde für die räumliche Ausstattung eines Zentrums sowie Ausbildung und materielle Ausstattung der Gemeindepflegerinnen einmalige Kosten von 9.786,00 Euro mit sich bringen. Monatlich laufende Kosten würden sich auf 1.098,40 Euro belaufen. Für ein neues Zentrum werden fünf Gemeindepflegerinnen und eine Fachkraft eingeplant. Detaillierte Kostenpunkte sind der Tabelle im Anhang VII zu entnehmen.

Weitere Kostenpunkte, welche zusätzlich entstehen können, wie bspw. Fortbildungskosten, können an dieser Stelle nicht im Detail berechnet werden, da dafür keine konkreten Zahlen vorliegen. Eine Einschätzung möglicher Kosten ist dem Anhang VII zu entnehmen.

TEIL III

DISKUSSION, FAZIT UND HANDLUNGSEMPFLEHLUNGEN

7. Diskussion

In diesem Kapitel sollen die Methodik und die Ergebnisse der Untersuchung kritisch betrachtet werden. Die methodische Diskussion beinhaltet die Auseinandersetzung mit den einzelnen Schritten der Durchführung. Dies umfasst die Übersetzung, die Interviewsituation, die Auswahl der Befragten, die Erhebungsmethode und den Umfang der Untersuchung. Im zweiten Teil der Diskussion werden die gewonnenen Ergebnisse erörtert und im Hinblick auf das Forschungsinteresse diskutiert.

7.1 Methodische Diskussion

Die Übersetzung

Durch die Tatsache, dass die Forscherinnen nicht über die Kenntnisse der Landessprache verfügen, war von Beginn an klar, dass ein Dolmetscher bzw. eine Dolmetscherin hinzugezogen werden muss. Dass dies die Datenqualität beeinflussen kann, wurde von Anfang an berücksichtigt.

Die Übersetzungssituation brachte einige Schwierigkeiten mit sich:

- Es wurde generell nur zusammenfassend übersetzt.
- Es wurde sachlich übersetzt, informelle Ausdruckweisen, welche auf Emotionen hinweisen könnten, fanden wenig Berücksichtigung¹³.
- Einige Ausdrücke waren in der Übersetzung vermutlich unpräzise¹⁴.
- Die ungewohnte Übersetzungssituation wirkte verunsichernd auf die Interviewbeteiligten.
- Übersetzungspausen haben den Gesprächsfluss z.T. behindert oder sogar abgebrochen.
- Überleitungssätze zwischen einzelnen Themenblöcken wurden selten übersetzt, daher entstanden z.T. Unklarheiten bei den Interviewpartnerinnen und -partnern über den Aufbau des Interviews.

¹³ Im ersten Interview wurden die Forscherinnen von einer Person, welche beide Sprachen spricht, auf diesen Umstand aufmerksam gemacht. Die Vermutung, dass dies in den folgenden Interviews auch der Fall war, blieb bestehen und verstärkte sich beim Transkriptionsprozess.

¹⁴ Lateinische Krankheitsbegriffe wurden von den Forscherinnen verstanden, allerdings war die Übersetzung durch die Dolmetscherin eine andere.

Positiv zu bemerken ist, dass die Dolmetscherin aus der Landeskultur kommt, aber auch mit der deutschen Kultur vertraut ist, sodass sie für beide Seiten kultursensibel übersetzen konnte. Vermutlich hatte die Nationalität der Übersetzerin positiven Einfluss auf die Offenheit der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen.

Die Interviewsituation

Die Interviewerinnen hatten keinen Einfluss auf die Auswahl des Interviewsettings. Dies hatte zur Folge, dass zwei Interviews in ungünstigen Räumlichkeiten stattfanden.

Zu Beginn eines jeden Interviews wurden die Gemeindepflegerinnen durch ihre moldauische Vorgesetzte aufgefordert, offen zu antworten und Probleme anzusprechen. Obwohl es nicht ratsam ist, dritte Personen in die Interviewsituation einzubeziehen (vgl. Kapitel 5.3), wurde sie bewusst involviert. Es wurde im Vorfeld thematisiert, dass die Pflegerinnen Vorbehalte gegenüber den Interviewerinnen aus dem Ausland haben und das Interview als eine externe Kontrolle ansehen könnten. Somit wurde der theoretische Nachteil einer weiteren anwesenden Person, die darüber hinaus in einer leitenden Position des Projektes tätig ist, in Kauf genommen. Unklar an dieser Stelle ist, welche Wirkung ihre Anwesenheit hatte, da sie zum einen diskussionsanregend, aber vielleicht auch kritikhemmend gewesen sein und zu erwünschtem Antwortverhalten führen könnte. Die Vorgesetzte sah ihre Anwesenheit als Unterstützung für die Forscherinnen und auch für die Pflegerinnen an, was von Seiten der Forscherinnen auch so wahrgenommen wurde.

Auswahl der Befragten

Die befragten Expertinnen waren überwiegend im Gesundheitsbereich tätig. Lediglich eine Befragte war im Sozialbereich tätig. Während der Auswertung zeigte sich, dass das Interview mit dieser Expertin weniger ergiebig

war als die übrigen fünf. Somit hätten weitere und ergiebigere Interviews aus dem Sozialbereich für einen höheren Erkenntnisgewinn sorgen können.

Die Erhebungsmethode

Die Auswahl der Erhebungsmethoden bringt Diskussionspotenzial hinsichtlich der Angemessenheit mit sich (vgl. Kapitel 5). Die für das Forschungsinteresse relevanten Vorteile dieser Erhebungsmethoden überwiegen jedoch, da sie vergleichsweise wenig zeit-, personal- und kostenintensiv sind (vgl. Kapitel 5.2.3). Die Methode ‚Experteninterview‘ ist gut geeignet, schwer erschließbare Informationen zu ermitteln (vgl. Kapitel 5.2.4). Die Methode ‚Gruppeninterview‘ wurde gewählt, da die Gemeindepflegerinnen in ihrer Funktion als Gruppenmitglied im Interesse der Forscherinnen standen.

Umfang der Untersuchung

Im Zuge der Datenerhebung wurden auch Informationen generiert, die nicht unmittelbar für die Beantwortung der Fragestellung relevant waren. Zum Verständnis allgemeiner Zusammenhänge, wie z.B. der politischen Situation und der problematischen Infrastruktur, wurden auch über das Thema hinaus Daten erhoben. Ein Grund dafür war, dass die sprachliche Barriere den Zugang zu fachspezifischer Literatur sowie die Möglichkeit der Kontaktaufnahme z.B. zu Experten einschränkte.

Aus forschungsökonomischen Gründen und aufgrund der formellen Vorgaben für diese Masterarbeit beschränkt sich die Untersuchung auf die vorliegende qualitative Methodik. Untersuchungsaspekte wie bspw. weiterführende quantitative Erhebungen und eine Ausweitung der qualitativen Interviews auf das Klientel, die Dorfgemeinschaft oder anderes medizinisches Fachpersonal könnten von Nutzen sein. Auch Befragung von Personen aus anderen Disziplinen wie Ökonomie, Gesellschaftswissenschaften, Politik oder Sozialarbeit könnten interessante Beiträge zur Forschungsaufgabe leisten.

Gütekriterien der qualitativen Forschung

Auch die qualitative Evaluation begegnet, wie jede Form der qualitativen Forschung, dem Vorwurf, wissenschaftlich nicht korrekt zu arbeiten. Aus diesem Grund wurde sich während des Forschungsprozesses an den Gütekriterien von Steinke (2000) orientiert.

Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit wird mittels sorgfältiger Dokumentation des gesamten Forschungsprozesses erfüllt. Durch die gemeinsame Ergebnisinterpretation wird Interkoderreliabilität erreicht. Es bleibt kritisch anzumerken, dass sich zwar an theoriegestützten Konstrukten orientiert wurde, diese allerdings modifiziert und dem Forschungsinteresse angepasst wurden. Der Forschungsprozess ist angemessen und die empirische Verankerung durch aussagekräftige Zitate im Ergebnisteil belegt. Limitationen des Vorgehens sowie Widersprüche im Datenmaterial werden offengelegt und kritisch betrachtet. Des Weiteren hat der Forschungsprozess eine hohe Relevanz für die Projektinitiatoren. Zu guter Letzt haben die Forscherinnen ihre Rolle permanent reflektiert und die sich daraus ergebenden Konsequenzen angenommen.

Generell bleibt festzuhalten, dass einige Limitationen aus kulturell bedingten Unterschieden der externen Evaluatoreninnen aus dem Ausland resultieren. Weiterhin versuchten die Forscherinnen, Störfaktoren und Nachteile der Erhebungsmethoden zu kompensieren. Ob dies jedoch immer gelungen ist, muss an dieser Stelle offen bleiben.

7.2 Inhaltliche Diskussion

Ein positiver Aspekt der Ausbildung der Gemeindepflegerinnen ist der enge Praxisbezug (praktische Übungen, Praktika), da besonderer Wert auf die praktischen Fertigkeiten und weniger auf die theoretischen Kenntnisse (z.B. keine Vertiefung in der klinischen Medizin) gelegt wird. Auf den ersten Blick könnte dies negativ beurteilt werden, da die Frauen damit über einen vergleichsweise kleinen theoretischen Hintergrund verfügen. Allerdings

kann dies in der kurzen Ausbildungszeit kaum gewährleistet werden und des Weiteren ist dies in ihrem Aufgabenfeld weniger wichtig, denn bei weiterführenden Fragen können sie sich jederzeit an Kolleginnen, Vorgesetzte oder auch Medizinerinnen und Mediziner wenden. Hierbei stellen sich zwei Fragen: Erstens, ob die Gemeindepflegerinnen ihre Grenzen immer erkennen und zweitens, ob sie im Bedarfsfall tatsächlich Kontakt aufnehmen oder es aus Schamgefühl oder Stolz manchmal vermeiden.

Als weiterer positiver Aspekt soll das Modul „Kommunikation“ hervorgehoben werden. Der Umfang von sechs Stunden ist sehr gering und es ist zu vermuten, dass in dieser kurzen Zeit nicht alle wesentlichen inhaltlichen Aspekte erlernt werden können. Allerdings fühlen sich die Frauen durch dieses Modul in ihrer Gesprächsführung mit Patienten und Patientinnen gut vorbereitet und begegnen diesen Situationen dementsprechend selbstsicher. Und vermutlich ist das der wesentliche Effekt, denn dieser begünstigt ein kompetentes Auftreten.

Auf konkrete Anfragen wurden keine Änderungs- oder Verbesserungsvorschläge bezüglich der Ausbildungsinhalte genannt. In diesem Kontext wurde mehrfach der Wunsch nach geregelten Fortbildungen und regelmäßigen Teamtreffen aller Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen geäußert. Aufgrund der geringen Ausbildungen sind Fortbildungen in regelmäßigen Abständen zur Erweiterung der Kenntnisse und Fähigkeiten ratsam. Auch wird in Teamzusammentreffen ein großes Potenzial gesehen. Bisher fand Austausch hauptsächlich über Dialoge am Telefon statt. Gruppenbesprechungen sind ergiebiger, da alle Anwesenden vom Gesprächsinhalt profitieren, sich aus den Gesprächen häufig neue Themen ergeben und auch umfassender diskutiert werden kann. Ferner wird durch regelmäßige Treffen der Teamgeist gestärkt.

Das Projekt ist nach anfänglicher Skepsis von allen Beteiligten akzeptiert und angenommen worden. Ein Teil des Umfeldes konnte das Projekt und die Arbeit der Gemeindepflegerinnen erst nach sichtbaren Erfolgen wertschätzen (saubere Häuser, Genesung, positive Erfahrungsberichte uvm.).

Ferner ist die Akzeptanz von Schlüsselpersonen (bspw. Bürgermeister bzw. Bürgermeisterin, Krankenschwester bzw. -pfleger) wichtig, da sie unmittelbaren Einfluss auf den Projektverlauf und die Reputation ausüben können. In allen drei Regionen ist die allgemeine Akzeptanz bisher sehr gut. Lediglich in einem Dorf gibt es bspw. Schwierigkeiten mit dem Bürgermeister. Annahmeschwierigkeiten wie diese werden vermutlich im Falle einer Implementierung in weiteren Regionen immer wieder vorgekommen und nie gänzlich zu vermeiden sein. Dass diese jedoch überwunden werden können, kann an den positiven Entwicklungen in den bisherigen Standpunkten gesehen werden.

Sechs bis acht Klienten und Klientinnen pro Pflegerin und Tag klingen nach vergleichsweise geringem Arbeitsaufwand. Allerdings verkürzen zeitintensive Aufgaben, welche durch die schlechten strukturellen Bedingungen (bspw. fehlende Wasseranschlüsse) entstehen, die Zeit mit den Patienten bzw. den Patientinnen. Diese strukturellen Problematiken sind nicht unlösbar, aber nicht kurzfristig änderbar. Hier muss der Staat in die Pflicht genommen werden, denn nur wenn sich diese Bedingungen ändern, können die Pflegerinnen mehr Patienten und Patientinnen pro Tag versorgen.

Das Klientel besteht überwiegend aus kranken und alten Menschen mit vorbeugbaren Erkrankungen wie bspw. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebserkrankungen. Diese können durch gezielte präventive Maßnahmen vermieden oder zumindest in der Ausprägung gelindert werden. Die gesundheitsförderliche und präventive Orientierung der Gemeindepflegerinnen stellt einen guten Ansatz für die Gesundheit des Klientels dar. Besonders förderlich in diesem Kontext ist der Einbezug des ‚MobiMed‘-Teams, welches sich gezielt um Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung kümmert. Über deren Besuche werden die Gemeinden durch die Gemeindepflegerinnen und deren Koordinatoren und Koordinatorinnen aufmerksam gemacht, da das allgemeine Informationssystem über solche Besuche schlecht ausgebaut ist. Eine Studie der WHO (2010: 48) belegt, dass *„Sieben, durch Lebensweisen und Verhalten bedingte, Risikofaktoren (...) für*

etwa 60% der Krankheitslast in der europäischen Region verantwortlich sind“. Aus der Langzeitperspektive spart intensive Gesundheitsförderung und Prävention Kosten für Gesellschaft und Staat ein, da die Entstehung hoher Therapiekosten vermieden werden kann.

Allgemein sind die Frauen sehr zufrieden mit ihrer Tätigkeit. Ein Grund dafür ist das positive Feedback ihres Klientels und dessen Umfeldes. Zwar wurde stets die Zufriedenheit betont, doch lassen Aussagen wie der Wunsch nach besserer Bezahlung und die Klage über Überstunden und ungünstige Arbeitsbedingungen auf eine gewisse Unzufriedenheit schließen. Da die Pflegerinnen zum Befragungszeitpunkt erst wenige Monate und in relativ günstigen Witterungsverhältnissen arbeiteten, liegt die Vermutung nahe, dass dieser Unmut in Zukunft wachsen wird. Dies könnte sich negativ auf die bisher hohe Arbeitsmotivation auswirken und sollte von den Projektverantwortlichen berücksichtigt werden. Weiterhin fiel auf, dass einige Pflegerinnen von Überstunden sprechen und klagen, während andere dies als freiwilliges Engagement sehen und sogar eigene Familienmitglieder mit einbeziehen. Ferner sehen sie sich den Patienten und Patientinnen gegenüber in der Pflicht, sodass sie große Sorge haben, ihre Arbeit nicht leisten zu können, z.B. im Krankheitsfall. An dieser Stelle stellt sich die Frage, inwiefern die Frauen sich abgrenzen können. Dies sollte verstärkt beobachtet und thematisiert werden, da die Pflegerinnen auch auf ihr eigenes Wohlbefinden achten müssen.

Zum Thema Motivation ist eine Diskrepanz zwischen Datenmaterial und Aussagen aus der Konferenz ‚Projektplanung und -durchführung‘ vom 30.08.2011 aufgefallen: Es wurde angemerkt, dass die Gemeindepflegerinnen durch die Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren mittels Anrufe bei ihrer Arbeit kontrolliert werden. Die Koordinatorinnen und Koordinatoren sind der Meinung, dass es nicht anders funktionieren würde, da Kontrolle der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Republik Moldau auch heute noch notwendig sei, damit die Arbeit angemessen geleistet werde. Ein Ergebnis der Gruppeninterviews ist jedoch die hohe Arbeitsmotivation der

Pflegerinnen und die Bereitschaft zu Überstunden. Die Bewertung dieser Diskrepanz liegt jedoch nicht im Ermessen der Forscherinnen.

Die Ergebnisse aus den Interviews geben keine Auskunft über die in Kapitel 4.3.2 beschriebenen erwarteten Schwierigkeiten. Der Eindruck der Forscherinnen ist, dass die involvierten Pflegefachkräfte, die Koordinatoren und Koordinatorinnen ihre Position als nicht gefährdet ansehen und eine gute Zusammenarbeit im Team vorherrscht. Zur Befürchtung einer ausufernden Bürokratisierung können an dieser Stelle keine Aussagen getroffen werden. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf.

Das Berufsbild der Gemeindepflegerin ist vermutlich einzigartig, da im europäischen Vergleich die Ausbildungsdauer gering, das Tätigkeitsspektrum aber sehr weit gefasst ist. Aus der schlechten Versorgungsstruktur auf dem Land resultiert die Notwendigkeit des neuen Berufsbildes. Zwar gibt es in allen Dörfern je eine Stelle für soziale Arbeit und Krankenpflege, was jedoch zu wenig ist, da sie den Bedarf keinesfalls decken können. Außerdem kooperieren die beiden Fachkräfte nicht ausreichend miteinander oder nehmen ihre vorgesehenen Aufgaben nicht wahr. Im Grunde übernehmen die Gemeindepflegerinnen die Aufgaben, welche in den Bereich der Krankenschwestern oder des -pflegers bzw. des Sozialarbeiters oder der Sozialarbeiterin fallen. Auch hier ist ein grundsätzliches gesellschaftspolitisches Umdenken notwendig. Die Übernahme der Aufgaben durch die Gemeindepflegerinnen hat darüber hinaus einen wesentlichen Vorteil. Aufgrund der geringen Ausbildung sind sie kostengünstiger als hoch qualifizierte Fachkräfte.

Nicht nur auf der Mikroebene gibt es Probleme bei der Zusammenarbeit, auch auf der Makroebene sind diese Schwierigkeiten erkennbar. Das Gesundheitsministerium und das Ministerium für Sozialschutz und Arbeit weisen sich gegenseitig die Verantwortung zu und kooperieren eher zögerlich. In den Experteninterviews traten Diskrepanzen in den Aussagen auf, welches Ministerium zu welchem Maß in die Pflicht genommen werden solle.

Dies verdeutlicht, wie wenig transparent das Versorgungssystem und wie schwierig eine Problemlösung ist.

Es kann gesagt werden, dass das Projekt Arbeitsplätze schafft und der Perspektivlosigkeit in den ruralen Regionen entgegenwirken kann. Kontinuität kann in einem Projektzeitraum von zwei Jahren doch kaum geleistet werden. Langfristige Perspektiven können in diesem Kontext nur durch eine längere Laufzeit, d.h. durch eine dauerhafte Implementierung in das Versorgungssystem, gewährleistet werden. Der Prozess der Implementierung ist jedoch sehr zeitintensiv, da aufwändige Gesetzgebungsverfahren durchlaufen werden müssen. Ein nahtloser Übergang zwischen offiziellem Projektauslauf bis hin zur Implementierung gestaltet sich somit schwierig. Darüber hinaus ist es langwierig, potenzielle Projektunterstützer zu akquirieren. Eine Übergangslösung ist daher ratsam. Im Falle eines offenen Projektendes besteht die Gefahr des Vertrauensverlustes in den Gemeinden und auch bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Bei der Finanzierung von Gesundheitsversorgung setzt der Staat vermehrt auf die Eigenverantwortung und Public Private Partnerships. Dies kann den Eindruck erwecken, dass der Staat seine Verantwortung von sich weist. Doch soll nicht außer Acht gelassen werden, dass die Finanzierung der Versorgung der Bevölkerung die Republik Moldau vor große Herausforderungen stellt, v.a. aufgrund der hohen Emigration entgehen dem Staat eine notwendige Steuereinnahmen. Des Weiteren gibt es andere relevante schwerwiegende Probleme, mit denen der Staat konfrontiert ist und die ebenfalls großer Aufmerksamkeit bedürfen (vgl. Kapitel 2). Nicht nur der Staat steht in der Verantwortung, die gegenwärtige Situation zu ändern, sondern es muss auch eine intrinsische Motivation in der Bevölkerung vorhanden sein. Das bedeutet: Es muss an der Mentalität gearbeitet werden (vgl. Kapitel 6.6.5). Eine Interviewpartnerin prognostizierte, ein Mentalitätswandel bräuchte noch 50 Jahre und erst dann sei mit einer Verbesserung zu rechnen. Diese Prognose erscheint sehr passiv und negativ.

Förderlich für einen Wandel ist ein aktives Verhalten wie gezielte Aufklärung und Einbezug der Bevölkerung, da die Verantwortung nicht allein auf die Bürger übertragen werden kann und Staat und Gesellschaft zusammen daran arbeiten müssten. Das Zuweisen der Verantwortung auf die jeweils auf den anderen kann kaum zu einer Verbesserung führen.

8. Fazit

Die Erreichung des vollen gesundheitlichen Potenzials mit dem Grundsatz, die Gesundheit als fundamentales Menschenrecht anzuerkennen, beinhaltet weitaus mehr Faktoren, als die vorliegende Arbeit umfassen kann. Das Modellprojekt ‚Aufsuchende Gemeindepflege‘ bietet kein Patentrezept, jedoch einen richtungsweisenden Modellcharakter für die Realisierung der Ausschöpfung des gesundheitlichen Potenzials.

Aus der vorangegangenen Diskussion der Ergebnisse lassen sich die zentralen Fragestellungen dieser Arbeit folgendermaßen beantworten:

Sind die Gemeindepflegerinnen durch die Ausbildung ausreichend auf ihre Tätigkeiten vorbereitet worden?

Die Ausbildung bereitet die Pflegerinnen auf die überwiegend praktischen und sozialen Anforderungen ihres Berufsbildes gut vor und sollte deshalb in dieser Form beibehalten werden. Es ist davon auszugehen, dass alle Beteiligten mit der Ausbildung zufrieden sind. Dies zeigt sich an der begeisterten Art, wie darüber gesprochen wurde, und auch daran, dass kaum Ergänzungs- und Änderungsvorschläge geäußert wurden.

Welche weiteren Aspekte begünstigen oder behindern den bisherigen Projektverlauf?

Hinderliche Faktoren sind der Mangel an pflegerischen, medizinischen sowie finanziellen Ressourcen. Hinzu kommt die mangelhafte Infrastruktur, welche einen großen und zeitintensiven Behinderungsfaktor darstellt. Begünstigende Faktoren sind die hohe Arbeitsmotivation der Pflegerinnen, der gute Teamzusammenhalt, die professionelle Organisation sowie die gute Annahme und Akzeptanz bei Patienten, Dorfgemeinschaft und anderer kooperierender Akteure.

Wie kann das Konzept der Gemeindepflegerin in das Regelversorgungssystem der Republik Moldau implementiert werden?

Gegenwärtig entsteht der Eindruck, dass die finanzielle Verantwortung zwischen Ministerien hin und her geschoben wird. Das

Implementierungsvorhaben kann nur mit der Unterstützung durch das Gesundheitsministerium und das Sozialschutz- und Arbeitsministerium realisiert werden, da diese die wichtigsten zu integrierenden Akteure darstellen. Folgender Aspekt sollte hierbei nicht außer Acht gelassen werden: Es ist zwar grundsätzlich möglich, Serviceleistungen wie die Gemeindepflege an die Krankenkasse als Teil des Gesundheitsministeriums zu verkaufen, doch werden lediglich die Kosten der medizinischen Leistungen übernommen. Ein Verkauf von Sozialleistungen an die Sozialdienste als Teil des Sozialschutz- und Arbeitsministeriums ist derzeit gesetzlich nicht möglich ist. Entsprechende Einigungs- und auch Gesetzgebungsverfahren sind zeitaufwändig, weshalb eine Projektlaufzeit von zwei Jahren zu kurz für eine nahtlose Implementierung in das Regelversorgungssystem ist.

Das wesentliche Argument für eine nachhaltige Implementation ist, neben der Einsparung von Personalkosten sowie der Vereinfachung von Versorgungsplanung, ist Folgendes: Die Orientierung an den Konzepten von Gesundheitsförderung und Prävention, welche mit vergleichsweise geringem Aufwand durchgeführt werden können, haben einen hohen gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Nutzen. Ein hygienisches Lebensumfeld, primär-, sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen, die die Entstehung und das Fortschreiten von Krankheiten verhindern und/ oder lindern, Maßnahmen der sozialen (Re-)Integration, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen sowie eine gesündere Ernährung führen zu Wohlbefinden und Gesundheit der Bevölkerung und zu Kosteneinsparungen. Die WHO (1998) betont: Die Einsparung von Krankheitskosten, ein guter Gesundheitszustand und Wohlbefinden tragen zu einer positiven gesellschaftlichen Entwicklung bei.

Die Republik Moldau, welche vor vielen Herausforderungen wie bspw. einer hohen Abwanderung der arbeitsfähigen Bevölkerung, steht, sollte aus diesen Gründen verstärkt die zurückgebliebene Bevölkerung und deren Gesundheit fördern. Ansätze dazu finden sich bereits in der National Health

Strategy 2021, die zwei zentrale Ziele anstrebt: Erstens die Unterstützung der älteren Bevölkerungsschichten durch Förderung eines unabhängigen Lebens und gesellschaftlicher Integration und zweitens die Kontrolle chronischer Krankheiten durch präventive Aktivitäten und Förderung von gesundheitlichen Lebensstilen. Die Arbeit der Gemeindepflegerinnen begünstigt die Erreichung der Ziele der National Health Strategy in der Republik Moldau. Aus diesem Grund wird das Projekt ‚Aufsuchende Gemeindepflege‘ als nutzbringend und somit als förderungs- und unterstützenswert angesehen.

Sind die vom Projekt gesetzten Zielvorgaben in der Projektlaufzeit realistisch?

Das erste Projektziel ist bereits in weiten Teilen erreicht worden: Eine direkte Verbesserung der Lebensverhältnisse von kranken und pflegebedürftigen Menschen sowie von sozial schwachen Familien, Frauen und Kindern kann durch Verbesserung der Gesundheitszustände gesehen werden. Weiterhin ist das Konzept der Ausbildung, wie auch des gesamten Projekts, durch die Verbindung verschiedener Professionen erfolgreich. Ein besonders hervorzuhebender Aspekt ist die soziale Reintegration. Die Klienten und Klientinnen sind z.T. selbstständiger in der Lebensführung geworden und auch das Wohnumfeld befindet sich in einem deutlich besseren Zustand. Dadurch ist die Bereitschaft des sozialen Umfeldes, sich den bedürftigen Menschen zu widmen, sie zu unterstützen und zu integrieren, sichtlich gewachsen. Hinsichtlich des zweiten Ziels kann festgestellt werden, dass eine aufsuchende Pflegedienstleistung, kombiniert mit einer basismedizinischen Versorgung und Sozialarbeit, durch die Gemeindepflegerinnen erfolgreich initiiert und auch von der Bevölkerung angenommen wurde. Ferner ist deutlich geworden, dass das dritte Ziel, die Sicherung der Nachhaltigkeit des Projekts in Form einer dauerhaften Implementierung in das Versorgungssystem, eine große Herausforderung darstellt, dennoch nicht ausgeschlossen erscheint. Das vierte Ziel, die Definition und Durchsetzung des neuen Berufsbildes, erscheint ebenfalls nahezu erreicht, denn das Projekt hat geholfen, die Bedarfssituation zu

verdeutlichen und zu verbessern. Dadurch kann die Schaffung des Berufsbildes in der aktuellen politischen, infrastrukturellen und versorgungstechnischen Situation gerechtfertigt werden: Zum einen sind geringqualifizierte Pflegekräfte deutlich kostengünstiger als hochqualifizierte Pflegefachkräfte und Sozialarbeiter, welche offiziell für die Aufgabenbereiche der Gemeindepflegerinnen verantwortlich sind. Zum anderen wird durch die Verbindung verschiedener Disziplinen die Organisation und Koordination des Versorgungsablaufes vereinfacht, da die Schnittstellenproblematik und auch die schwierige Klärung der Zuständigkeiten umgangen wird. Die vorab gesetzten Ziele werden somit als durchaus realistisch angesehen.

Es ist deutlich geworden, dass die Sicherung der Nachhaltigkeit, in Form einer Übernahme in das Regelversorgungssystem, eine große Herausforderung darstellt. Unmöglich erscheint es jedoch nicht. Vermutlich werden noch viele Hürden zu überwinden sein. Doch soll an dieser Stelle betont werden, dass neben den Projektbeteiligten, den Dorfgemeinschaften auch die Forscherinnen die Besonderheit des Modellprojektes hervorheben und sich eindeutig für eine nachhaltige Fortführung aussprechen. Das Projekt kann keine vollständige Versorgung aller Bedürftigen gewährleisten, jedoch einen niedrighschwelligen und barrierefreien Zugangs zu gesundheitsbezogener Versorgung ermöglichen. Es wird vermutlich noch viel Zeit brauchen, um grundlegende Veränderungen und Reformen herbeizuführen und ein zunächst ungewöhnliches Berufsbild, wie das der Gemeindepflegerin zu etablieren. Das Konzept ist ein Schritt zur Öffnung des moldauischen Gesundheitswesens für neue Ansätze.

9. Handlungsempfehlungen

Zur Optimierung des Projektes werden folgende Handlungsempfehlungen vorgeschlagen:

- regelmäßige Fortbildungen, um die Kenntnisse und Fähigkeiten der Frauen zu erweitern und ihnen mehr Sicherheit im Arbeitsalltag zu geben
- regelmäßige Supervisionen, welche die Frauen darin unterstützen sollen, ihre Arbeit und v.a die einhergehenden Belastungen zu reflektieren und Wege zu finden, damit umgehen zu können
- Intensivierung der Netzworkebildung und Einbezug der gesamten Gemeinde in das Projekt; Stärkung einer Nachbarschaftshilfe, Förderung der Freiwilligenarbeit bspw. mit Hilfe von Jugendlichen bei Renovierungsarbeiten oder Übernehmen von Aufgaben wie Wasser holen o.Ä.¹⁵
- Thematisierung und Untersuchung der bestehenden Diskrepanz zwischen der notwendigen Kontrolle der Gemeindepflegerinnen bei der Arbeit und der von allen Seiten geäußerten hohen Arbeitsmotivation der Frauen
- kontinuierliche Durchführung interner und externer Evaluationen.

Zur angestrebten Ausweitung des Projekts auf weitere Regionen und einer dauerhaften Implementation in das Regelversorgungssystem Moldaus werden folgende Empfehlungen gegeben:

- Kampagnen zur Imageverbesserung von Pflegeberufen, v.a. den dem der ‚Gemeindepflegerin‘, durch gezielte Ansprache, Aufklärung und Weitergabe von Erfahrungen
- Unterstützung und Ergänzung der staatlichen Bemühungen zur Schaffung eines Problembewusstseins bezüglich der prekären Versorgungssituation, mit dem Ziel, die Problemlösungsbereitschaft der gesamten Bevölkerung positiv zu beeinflussen

¹⁵ Die Idee einer Expertin diesbezüglich war die Schaffung eines Belohnungssystems von sozialem Engagement auf Mikro- und Mesoebene; z.B. Bevorzugung bei der Studienplatzvergabe – positiver Nebeneffekt: Sensibilisierung ab dem Jugendalter für soziales Engagement und pflegebedürftiger Menschen]

- Erarbeitung einer konkreten Übergangslösung, wie das Projekt nach Ende der Laufzeit bis zu einer Implementierung in das Versorgungssystem finanziert werden kann
- frühzeitige Suche nach Sponsoren und Kooperationspartnern, Klärung der Zuständigkeiten mit den Ministerien und Intensivierung der Verhandlungen auf Regierungsebene.

Für den Fall, dass das Projekt keine Anschlussfinanzierung findet und beendet werden muss, sollten Vorbereitungen getroffen werden:

- die Gemeinden und die Patientinnen und Patienten darauf vorbereiten, alternative Konzepte für die Versorgung zu finden
- die Frauen darin unterstützen, in ihre Rolle als nicht mehr versorgende Gemeindepflegerinnen zurückzufinden.

Literaturverzeichnis

AA – Auswärtiges Amt (2011): Länderinformation. Republik Moldau. Verfügbar unter:

http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/01-Nodes_Uebersichtsseiten/Moldau_node.html [11.11.2011].

Agapedia (o.J.): Die Agapedia Projekte in Chisinau. Verfügbar unter: <http://www.agapedia.de/brcms/pdf/4.pdf> [10.09.2011].

Agapedia (2011): Agapedia. Engagement. Verfügbar unter: <http://www.agapedia.de/13.php> [10.09.2011].

Baggaley, S. (2001): Family Nursing and Health Visiting. In: Gehring, M.; Kean, S.; Hackmann, M. & Büscher, A. (Hrsg.): Familienbezogene Pflege. Bern: Hans-Huber Verlag. 93-111.

Barth, S. (2009): Agapedia-Projekt Gemeindepflege. Internes Dokument der Agapedia-Stiftung. Stuttgart.

Barth, S. (2011): 1. Zwischeninfo – Januar 2011. Internes Dokument der Agapedia-Stiftung. Stuttgart.

Barth, S.; Barth, M.; Strehlow, A.-L. & Fleige-Völker, J. (2011): Die Agapedia-Stiftung – Philosophie, Organisation und Aufbau. Mitschrift aus der Konferenz 'Projektevaluation'. 28.08.2011. Chisinau.

Bartholomeyczik, S.; Brieskorn-Zinke, M.; Eberl, I.; Schnepf, W.; Weidner, F. & Zegelin, A. (2008): Prävention als Aufgabe der Pflege. Konzept und Projekte. In: Kirch, W.; Badura, B. & Pfaff, H. (Hrsg.): Prävention und Versorgungsforschung. Berlin: Springer Verlag. 539-586.

Bogner, A. & Menz, W. (2009): Experteninterviews in der qualitativen Sozialforschung. Zur Einführung in eine sich intensivierende Methodendebatte. In: Bogner, A.; Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfehler (3. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 7-34.

Bohrhardt, R. (1999): Armut in der Wohlstandsgesellschaft. Begriffe, Dimensionen und Erscheinungsformen von Armut in Deutschland. In: Voigt, U.; Siemer, M.; Jürgens, T. & Jahn, I. (Hrsg.): Armut im Überfluss – Gesundheit als Privileg. Eine Dokumentation des Gesundheitsforums 1999. Bremen: Edition Temmen. 27-38.

Bortz, J. & Döring, M. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (4. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

bpb – Bundeszentrale für politische Bildung (2011): Das Gesundheitswesen in Deutschland – Ein Überblick. Verfügbar unter: http://www.bpb.de/themen/EM53VQ,0,Gesundheitspolitik_Lernstation.html?lt=AB383#AAB150 [12.12.2011].

Brieskorn-Zinke, M. (2008): Der Beitrag der Pflegeberufe zur Bevölkerungsgesundheit. In: Prävention und Gesundheitsförderung. Jg.3 (3). Heidelberg: Springer Medizin Verlag. 193-198.

Brosius, H.B.; Korschel, F. & Haas, A. (2009): Methoden der empirischen Kommunikationsforschung. Eine Einführung (5.Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Burchert, H. & Keuper, F. (2010): Die Gesundheitsversorgung Deutschlands auf dem adaptiven Weg der Besserung. Verfügbar unter:
<http://www.springerlink.com/content/t02770825714w70q/> [11.09.2011].

Büscher, A. (2001): Das Family Health Nurse Konzept der Weltgesundheitsorganisation. In: Gehring, M.; Kean, S.; Hackmann, M. & Büscher, A. (Hrsg.): Familienbezogene Pflege. Bern: Hans Huber Verlag. 177-205.

Busse, R. (2006): Gesundheitssystem und Versorgungsforschung. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. & Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften (4.Aufl.). Weinheim: Juventa Verlag. 417-436.

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2003): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung (4. Aufl.). Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo.

Caritas Moldova (2011): Home Care Chisinau. Verfügbar unter:
<http://www.caritas.md/index.php?mod=projects&type=get&id=41> [10.09.2011].

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (2007): Familiengesundheit. Ein neues Handlungsfeld für Pflegenden und Hebammen (3. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Berlin: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe.

Deeke, A. (1995): Experteninterviews – ein methodologisches und forschungspraktisches Problem. Einleitende Bemerkungen und Fragen zum Workshop. In: Brinkmann, C.; Deeke, A. & Völkel, B. (Hrsg.): Experteninterviews in der Arbeitsmarktforschung. Diskussionsbeiträge zu methodischen Fragen und praktischen Erfahrungen. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. 7-22.

Dix, H. (2010): Kommunisten erneut stärkste Kraft. Parlamentswahlen in der Republik Moldau. Länderbericht der Konrad Adenauer Stiftung. Verfügbar unter:
<http://www.kas.de/moldawien/de/publications/21335/> [Stand 06.07.2011].

Eberl, I. & Schnepf, W. (2011): Die multizentrische Pilotstudie der WHO zur Family Health Nurse. In: Wagner, F. & Schnepf, W. (Hrsg.): Familiengesundheitspflege in Deutschland. Bern: Hans Huber Verlag. 15-37.

Fey, J.H. & Fontana, A. (1991): The Group Interview in Social Research. In: The Social Science Journal. Jg.28 (2). Greenwich: JAI Press Inc. 175-187.

Flick, U. (2004): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung (2.Aufl.). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Flückiger, P. (2010): Republik Moldau. Europa im Kopf, Moskau im Herzen. Verfügbar unter: <http://www.zeit.de/politik/ausland/2010-11/parlamentswahlen-moldavien> [06.07.2011].

Gerhardus, A.; Lühmann, D.; Velasco-Garrido, M.; Walter, U. & Razum, O. (2008): Health Technology Assessment (HTA) und Prävention - passt das zusammen? In: Kirch, W.; Badura, B. & Pfaff, H. (Hrsg.): Prävention und Versorgungsforschung. Heidelberg: Springer. 35-61.

Gläser, J. & Laudel, G. (2006): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse (2. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Graf, C.; Starke, D. & Nellen, M. (2008): Anwendungsorientierung und Qualitätssicherung in der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Jg.51 (11). Heidelberg: Springer Medizin Verlag. 1321 -1328.

Grant, G.; Falkingham, J. & Evadrou, M. (2009): The impact of adult children's migration on wellbeing in later life. Voices of Moldova. CRA Discussion Paper (0902). Southampton: University of Southampton.

GRM – Government of Republic of Moldova (2010): Prime Minister Vlad Filat today participated in a conference entitled 'Medical and social care – reality and development'. Verfügbar unter: <http://www.gov.md/libview.php?l=en&idc=436&id=3103> [10.09.2011].

Heckmann, F. (1992): Interpretationsregeln zur Auswertung qualitativer Interviews und sozialwissenschaftlich relevanter Texte. Anwendungen der Hermeneutik für die empirische Sozialforschung. In: Hoffmeyer-Zotnik, J.H.P. (Hrsg.): Analyse verbaler Daten. Opladen: Westdeutscher Verlag. 110-141.

Hermann, R. (2010): Wanderarbeiter als Chance und Gefahr. Einseitige Abhängigkeit der Moldau vom Geldrückfluss aus dem Ausland. Verfügbar unter: http://www.nzz.ch/nachrichten/wirtschaft/aktuell/wanderarbeiter_als_chance_und_gefahr_1.8615709.html [06.07.2011].

Institut für Community Medicine (2011): Qualifikation 'Community Medicine Nursing' – Projekt zur Entwicklung eines praxisnahen, lernenden Curriculums. Verfügbar unter: <http://www.medicin.uni-greifswald.de/icm/index.php?id=346> [13.10.2011].

Jaeckel, R. (2009): Auf dem Weg zu einer Europäisierung des Gesundheitswesens?. In: Gesellschaftspolitische Kommentare. Jg.50 (6). Berlin Bonn: Gesellschaftspolitische Kommentare. 19-24.

Kern, A.O. (2002): Internationale Vergleiche von Systemen gesundheitlicher Versorgung. Verfügbar unter: http://www.presse.uni-augsburg.de/unipress/up20023/artikel_12.shtml [03.12.2011].

Kromrey, H. (2009): Empirische Sozialforschung (12. Aufl.). Stuttgart: Lucius & Lucius Verlag.

Lademann, J. (2009): Homecare. Häusliche Versorgung schwer chronisch kranker Menschen. In: Reibnitz, C. & Abt-Zegelin, A. (Hrsg.): Homecare (2. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag. 99-107.

Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch (4.Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.

Lampert, T.; Saß, A.-C.; Häfeli, M. & Ziese, T. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut.

Lehmann, F.; Geene, R.; Kaba-Schönstein, L.; Kilian, H.; Meyer-Nürnberg, M.; Brandes, S. & Bartsch, G. (2010): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (4. Aufl.). Gesundheitsförderung konkret. Band 5. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Lexas Information Network (2011): Medizinische Versorgung. Verfügbar unter: http://www.laenderdaten.de/gesundheit/medizinische_versorgung.aspx [13.10.2011].

Mardarovici, E. (2009): Republik Moldau. Vortrag zum Gesundheits- und Sozialwesen. Stuttgart: Robert-Bosch-Stiftung.

Mardarovici, E.; Barth, M.; Motroiu, V., Strehlow A.-L. & Fleige-Völker, J. (2011): Die Agapedia-Stiftung und das Projekt Aufsuchende Gemeindepflege. Mitschrift aus der Konferenz 'Projektplanung und Projektdurchführung'. 30.08.2011. Chisinau.

Mayring, P. (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Technik. Weinheim: Beltz Verlag.

Meuser, M. & Nagel, U. (1991): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, D. & Kraimer, K. (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag. 441-471.

Mucchielli, R. (1973): Das Gruppeninterview. Theoretische Einführung. Arbeitsbücher zur psychologischen Schulung. Salzburg: Otto Müller Verlag.

Muravschi, A.; Osoian, I. & Corobceanu, S. (2009): Spatial pattern of the unbalanced social-economic development of the Republic of Moldova. In: Heller, W. & Arambasa, M. (Hrsg.): Am östlichen Rand der Europäischen Union. Geopolitische, ethnische und nationale sowie ökonomische und soziale Probleme und ihre Folgen für die Grenzraumbevölkerung. Potsdamer Geographische Forschungen. Potsdam: Universitätsverlag Potsdam. 91-102.

NBSRM – National Bureau of Statistics of the Republic of Moldova (2010): Statistic Yearbook of the Republic of Moldova. Chisinau: National Bureau of Statistics of the Republic of Moldova.

NCPM – National Scientific and Applied Center for Preventive Medicine [Moldova] (2006): Moldova. Demographic and Health Survey 2005. Calverton: National Scientific and Applied Center for Preventive Medicine of the Ministry of Health and Social Protection.

Olatunji, S. (2004): Public Health in England. In: Österreichische Pflegezeitschrift. Jg.57 (5). Wien: Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband. 19-23.

Ovretveit, J. (2002): Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen. Einführung in die Bewertung von gesundheitsbezogener Behandlungen, Dienstleistungen, Richtlinien und organisationsbezogener Interventionen. Göttingen: Hans Huber Verlag.

Richardson, E.; Roberts, B.; Sava, V.; Menon, R. & McKee, M. (2011): Health Insurance coverage and Health care access in Moldova. Health Policy and Planning. London: Oxford University Press.

Schmidt, D. (2007): Moldawien, Moldau, Moldova. Vielfalt der Erfahrungen, Ansprüche und Visionen. In: Hamersky, H.; Pleines, H. & Schöder, H.H. (Hrsg.): Eine andere Welt. Kultur und Politik in Osteuropa 1945 bis heute. Stuttgart: Ibidem Verlag. 217-224.

Seitz, F.; Terschüren, C.; Fendrich, K.; van den Berg, N.; Hoffmann, W. & Elkeles, T. (2008): Das Konzept der Familiengesundheitspflege in Europa. In: Pflege & Gesellschaft. Jg.13 (3). Weinheim: Juventa Verlag. 260-278.

Steinkamp, G. (1999): Soziale Ungleichheit in der Mortalität und Morbidität. In: Schlicht, W. & Dickhuth, H.H. (Hrsg.): Gesundheit für alle. Fiktion oder Realität. Stuttgart: Schattauer Verlag. 101-145.

Steinke, I. (2000): Gütekriterien qualitativer Forschung. In Flick, U.: von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Reinbek b. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch. 319-331.

Strupeit, S. (2008): Schwester AGNES ist zurück!?. In: Pflegewissenschaft Jg.10 (3), Hungen: Hspmedia. 167-176.

Tombizik, I. (2008): Nichtregierungsorganisationen in Moldova. Ein Spiegel der Gesellschaft. In: Wollenweber, B. & Franke, P. (Hrsg.): Moldova – Politik – Gesellschaft – Kultur. Wostock Spezial. Berlin: Wostok Verlag. 24-28.

UN – United Nations (2010): Demographic Yearbook 2008. Economic and Social Affairs. New York: United Nations Publications.

Van den Berg, N.; Meinke, C.; Heymann, R. & Dreier, A. (2007): Community Medicine Nurses. Arztunterstützung in ländlichen Regionen. In: Pflege & Gesellschaft. Jg.12 (2). Weinheim: Juventa Verlag. 118-134.

Vitu, L. (2010): Moldova. Nations in Transit. Freedom House. Verfügbar unter: <http://www.freedomhouse.org/template.cfm?page=551> [06.07.2011].

Wallace, L. & Brinister, I. (2010): Women Family Physicians. Personal Experiences in the Republic of Moldova. In: Journal of the American Board of Family Medicine. Jg.23 (6). Lexington: The American Board of Family Medicine. 783-789.

Wittchen, U.; Pieper, L.; Eichler, T. & Klotsche, J. (2008): Prävalenz und Versorgung von Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen: DETECT - eine bundesweite Versorgungsstudie an über 55.000 Herzpatienten. In: Kirch, W.; Badura, B. & Pfaff, H. (Hrsg.): Prävention und Versorgungsforschung. Heidelberg: Springer. 315-328.

Wollenweber, B. (2008): Das Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen. In: Wollenweber, B. & Franke, P. (Hrsg.): Moldova – Politik – Gesellschaft – Kultur. Wostok Spezial, Berlin Wostok Verlag. 56-58.

WB – World Bank (2006): Moldova. Poverty Update. Report No.35618-MD. Washington: The World Bank Group.

WHO – World Health Organization (1998): Gesundheit 21. Eine Einführung zum Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“. Nr. 5. Kopenhagen: World Health Organisation.

WHO – World Health Organization (2009): Evaluation of Public Health Services in South Eastern Europe. New York: World Health Organization.

WHO – World Health Organization (2010): Der europäische Gesundheitsbericht 2009. Gesundheit und Gesundheitssysteme. Verfügbar unter : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/82413/E93103g.pdf [12.12.2011].

Wirth, J.V. (2011): Aufsuchen macht Sinn. In: Müller, M. & Bräutigam, B. (Hrsg.): Hilfe sie kommen! Systematische Arbeitsweisen im aufsuchenden Kontext. Heidelberg: Carl Auer Verlag. 60-70.

Anhang

“Ingrijiri medico-sociala la domiciliu”

Eine anwendungsorientierte Begleitforschung zum
Modellprojekt „Aufsuchende Gemeindepflege“
in der Republik Moldau

Masterarbeit vorgelegt von

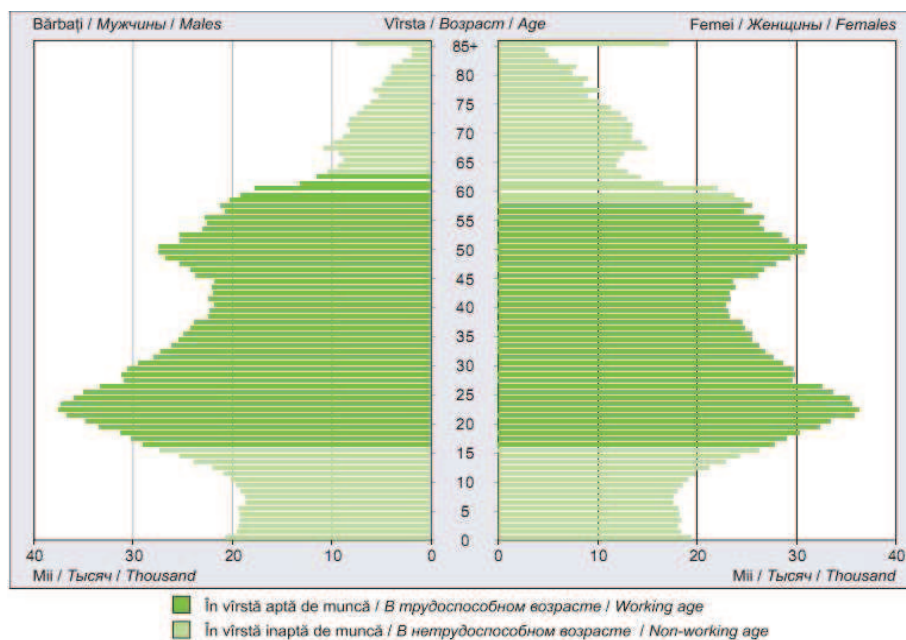
Anna-Lena Strehlow (Matrikelnr: 24 28 329)
Julia Fleige-Völker (Matrikelnr: 21 65 938)

Abgabe: 15.12.2011

Anhang

Anhang I	Bevölkerungspyramide Republik Moldau 2010
Anhang II	Morbidität und Mortalität in der Republik Moldau
Anhang III	Planung und Struktur des Projekt
Anhang IV	Ausbildungscurriculum
Anhang V	Leitfaden Gruppeninterview
Anhang VI	Leitfaden Experteninterview
Anhang VII	Kostenaufstellung
Anhang VIII	Transkripte Gruppeninterviews
Anhang IX	Transkripte Experteninterviews
Anhang X	Verfasserinnen der Kapitel
Anhang XI	Eidesstattliche Erklärungen

Anhang I – Bevölkerungspyramide Republik Moldau 2010



(Quelle: NBSRM 2010)

Anhang II – Morbidität und Mortalität in der Republik Moldau 2008/ 2009

Morbidität – Erkrankung (sortiert nach Häufigkeit)	Total	Erstdiagnose
Total	2.623.900	1.288.200
1) Atemwegserkrankungen	555.000	477.200
2) Herzkreislauferkrankungen	439.800	59.800
3) Erkrankungen der Verdauungsorgane	313.600	70.100
4) Erkrankungen des Nervensystems und der Sinnesorgane	175.300	78.300
5) Erkrankungen des Harn- und Geschlechtsapparates	172.000	72.600
6) Psychische und Verhaltensstörungen	166.500	23.500
7) Verletzungen, Vergiftungen und andere externe Einwirkungen	159.900	158.400
8) Infektionen und parasitäre Erkrankungen	135.100	107.400
9) Erkrankungen des Muskelskelettsystems	113.300	52.300
10) Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	109.600	19.700
11) Bösartige Neubildungen	84.300	13.400
12) Erkrankungen der Haut und des Gewebes	83.300	73.300
13) Erkrankungen des Blutes, Knochenmarks und Immunsystems	49.300	24.700
14) Komplikationen bei der Schwangerschaft, der Geburt oder der postnatalen Periode	47.800	47.800
15) angeborene Missbildung und chromosomale Anomalie	12.100	3.400

(Quelle: NBSRM 2010)

Mortalität – Erkrankungen (sortiert nach Häufigkeiten)	Total
Total	41.948
1) Erkrankungen der Herz-Kreislaufsystems	23.470
*Bluthochdruck	722
*koronare Herzkrankheit	15.182
*Schlaganfall	6.783
2) Bösartige Neubildungen	5.541
*Luftröhre, Bronchien Lunge	899
*Darm, „rectosigmoid junction“, Rektum, After, Analkanal	683
*Magen	513
*Leber, „intraepatic bile ducts“(Gallenxy)	419
*Brust	493
*Lippe, Mundhöhle, Rachen	270
*Gebärmutterhals	166
*Prostata	134
3) Erkrankungen des Verdauungssystems	4.010
*Lebererkrankungen	3.285
4) Externe Einwirkung	3.548
*Unfälle	2.291
5) Atemwegserkrankungen	2.460
*chronische Krankheiten der unteren Atemwege (CLRD)	1.371
*Lungenentzündung	942
6) Infektionen und Parasitäre Erkrankungen	714
*Tuberkulose	560
*HIV	76
7) Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	434
*Diabetes	339

(Quelle: UN 2010)

Anhang III – Projektplanung und -struktur

Projektplanung

- Schritt 1: Vorstellung des Projekts beim moldauischen Gesundheitsministerium
Ziel: Kooperationsvereinbarungen und spätere Übernahme in das staatliche Gesundheitswesen
- Schritt 2: Vorstellung des Projekts in den beiden Landkreisen Orhei und Cimislia sowie in den örtlichen Behörden
Ziel: Kooperationsvereinbarungen auf Kreisebene und vertragliche Fixierung der Räumlichkeiten (müssen von Ortsgemeinden zur Verfügung gestellt werden)
- Schritt 3: Auswahl, Ausbildung und Schulung der Gemeindepflegerinnen
Ziel: Erstellung eines Curriculums in Zusammenarbeit mit dem Colegiul de Medicina und der Asociatia Nurselor; für jedes Dorf eine Gemeindepflegerin; Durchführung von Schulungen
- Schritt 4: Durchführung der Renovierungsarbeiten und Ausstattung
- Schritt 5: Start der 2-jährigen Pilotphase

Die konkrete Zeitplanung dazu sieht wie folgt aus:

- | | |
|----------------------------|---|
| <u>10/2009 bis 12/2009</u> | Ausarbeitung des Konzepts/ Antragstellung bei der Robert-Bosch-Stiftung |
| <u>02/2010 bis 05/2010</u> | Konzeption des Curriculums und Auswahl der Gemeindepflegerinnen |
| <u>Ab 06/2010</u> | Ausbildungsbeginn der Gemeindepflegerinnen und Renovierung und Ausstattung der lokalen Räumlichkeiten |
| <u>01/2010 bis 12/2012</u> | Beginn der zweijährigen Pilotphase
Beginn der Verhandlungen zur Übernahme der Gehaltszuschüsse und die nachhaltige Implementierung in Kooperation mit dem Gesundheitsministerium und den Kreisverwaltungen |

(Quelle: Barth 2009)

Anhang IV – Curriculum der Gemeindeschwesterausbildung

PROGRAM DE INSTRUIRE
a voluntarilor în domeniul
„Îngrijiri medico-sociale la domiciliu”

Nr. ore	Tematica	Nr. ore	Strategii didactice
1.	Conceptul îngrijirilor la domiciliu	4	Videofilm, pliante, scheme, diagrame, materiale multiplicate, slid-uri, Prezentări Power Point
	1.1 Noțiuni generale despre îngrijirile de domiciliu	1	
	1.2 Cadrul legislativ al RM cu privire la voluntariat în îngrijiri la domiciliu	1	
	1.3 Evoluția, dezvoltarea voluntariatului și promovarea îngrijirilor la domiciliu în RM	2	
2.	Îngrijiri Nursing	6	Plan model Transparente Scheme Pliante
	2.1 Modelul conceptual al Virginiei Henderson	1	
	2.2 Procesul de îngrijiri	3	
	2.3 Nevoile fundamentale	2	
3.	Îngrijiri specifice	34	Transparente Diagrame Problematizarea Studiu de caz Broșuri Prezenări Power Point
	3.1 Noțiuni generale în îngrijirea bolnavilor cu diabet zaharat	4	
	3.2 Noțiuni generale în îngrijirea pacienților cu afecțiuni ale aparatului cardio-vascular	4	
	3.3 Noțiuni generale în îngrijirea pacienților în faza terminală și a persoanelor în doliu	4	
	3.4 Noțiuni generale în îngrijirea pacienților cu afecțiuni ale aparatului locomotor	4	
	3.5 Noțiuni generale în îngrijirea pacienților cu afecțiuni ale sistemului endocrin	4	
	3.6 Noțiuni generale în îngrijirea pacienților cu afecțiuni ale sistemului urinar	4	
	3.7 Noțiuni generale în îngrijirea pacienților cu afecțiuni ale tractului gastro – intestinal	4	
	3.8 Noțiuni generale în îngrijirea pacienților cu afecțiuni ale ficatului și ale vezicii biliare	4	
	3.9 Noțiuni generale în îngrijirea pacienților cu afecțiuni ale aparatului respirator	2	
4.	Comunicarea. Ascultarea – parte integrantă a procesului de comunicare. Soluționarea situațiilor de conflict	6	Diagrame, studiu de caz, joc de rol
5.	Cadrul legislativ național în domeniul protecției sociale	4	Pliante, broșuri, Diagrame, scheme, Acte normative
	5.1 Conceptul asistenței sociale în R. M.	2	
	5.2 Mecanismele de aplicare a legislației.	2	
6.	Aspecte spirituale în acordarea îngrijirilor medico-sociale la domiciliu	4	Prezenări Power Point, Materiale multiplicate
7.	Aspecte psihologice în acordarea îngrijirilor medico-sociale la domiciliu	4	Transparente, materiale multiplicate
8.	Educație în sănătate. Promovarea unui mod sănătos de viață	4	Pliante, broșuri, transparente, proiector
9.	Voluntariatul - antidotul individualizmului	6	Diagrame, joc de rol
10.	Stresul. Strategiile de adaptare la stres.	4	Diagrame, materiale multiplicate
11.	Aplicarea medicinei naturaliste în îngrijiri la domiciliu	4	Materiale multiplicate
Total		80 ore	

Anhang V – Leitfaden Gruppeninterviews

Arbeitsrealität

- 1) Erzählen Sie von Ihrer Arbeit und ihren Tätigkeitsfeldern. Was machen Sie alles und gibt es Tätigkeiten, die Sie besonders (un)gern machen?
- 2) Gibt es erwähnenswerte Schwierigkeiten oder Probleme im Versorgungsalltag (schlechte Straßenverhältnisse, gute/schlechte Organisation durch Krankenschwester/Zeitdruck o.Ä.)?

Akzeptanz der Arbeit

- 3) Wie wird das Angebot angenommen?
- 4) Wie ist das allgemeine Verhalten gegenüber den Ihnen (Patienten, Dörfer, Gesellschaft)?

Patientenstruktur

- 1) Wie viele Patienten werden durchschnittlich pro Woche versorgt?
- 2) Wie intensiv ist der Versorgungsbedarf?
- 3) Welche (Haupt)Erkrankungen und Problemlagen gibt es? Welche sozialen Problemlagen häufen sich?

Subjektive Einschätzung

- 1) Wie hat Ihnen der Unterricht gefallen?
- 2) Fühlen Sie sich durch die Ausbildung gut vorbereitet?
- 3) Empfinden Sie Ihre Arbeit als sinnstiftend und hilfreich?

Wünsche und Erwartungen

- 1) Können Sie sich vorstellen, die Arbeit als Gemeindepflegerin auch nach dem offiziellen Projektzeitraum von zwei Jahren fortzuführen?
- 2) Kennen Sie (ähnliche) Projekte, in denen Patienten im häuslichen Umfeld versorgt werden? Wenn ja, welche? Und finden Sie, dass es dort bessere oder schlechtere Konzepte gibt?

Interne Vernetzung

Gibt es einen regelmäßigen Kontakt/ Austausch mit den Kolleginnen aus anderen Dörfern/ Stützpunkten? Wenn ja, durch wen entsteht dieser Austausch (durch die Krankenschwestern, Ärzte, MobiMed, Stiftung, freiwillig)?

Allgemeine Anmerkungen/ Raum für allgemeine Anmerkungen, Verbesserungsvorschläge, Kritik

- 1) Was wünschen Sie sich für die zukünftige Arbeit in der Gemeinde?
- 2) Generelle Anmerkungen?
 - Raum für Problemdiskussion
 - Raum für Lob

Anhang VI – Leitfaden Experteninterviews

Verantwortlichkeiten und Finanzierung

- 1) Können Sie sich vorstellen, dass so ein Projekt von der Bevölkerung angenommen werden würde?
- 2) Können Sie sich vorstellen, dass ein Versorgungskonzept wie dieses in die Regelversorgung übernommen werden könnte?
 - a. Falls ja, gibt es bereits formale Vorgaben wie z.B. gesetzliche Regelungen zum Ausbau der häuslichen Versorgung? Falls nein, warum nicht?
- 3) Welches Ministerium bzw. andere Organisationen könnten dafür in die Verantwortung genommen werden (potenzielle Anknüpfungspunkte)?
- 4) Wer könnte potenzieller Kostenträger werden?
- 5) Könnten Sie grob schätzen, welche Kosten eine Implementierung mit sich bringen würden?
- 6) Sollte die Finanzierung Ihrer Meinung nach über Versicherungen oder aber über ein staatliches Budget laufen?
- 7) Ist Ihrer Meinung nach die Gesellschaft bereit Versicherungsbeiträge für Leistungen dieser Art abzugeben?

Akteure und Vernetzung

- 1) Wen sehen Sie als relevante Akteure, die für eine Implementation gewonnen werden müssen (politische, soziale, NGOs, breite Öffentlichkeit etc.)? → Thema PPP

Gesellschaftliche Akzeptanz/ Ansehen

- 1) Gibt es Ihrer Meinung nach ein gesellschaftliches Problembewusstsein? Wenn ja, ist die Bereitschaft zur Lösung des Problems gegeben? Wenn nein, wie könnte man diese Problematik in die öffentliche Diskussion bringen?
- 2) Das Ansehen der pflegerischen Berufe ist bekanntermaßen recht gering. Was könnte man machen, um das Image der Pflegeberufe aufzuwerten? (Auf diese Weise könnte der Beruf attraktiver werden und die Bereitschaft zur Versorgung steigen.)

Alternativen

- 1) Gibt es alternative Projekt zur Verbesserung der Versorgungssituation? Kennen Sie ähnliche Projekte, die Sie alternativ bevorzugen?
- 2) Haben Sie Alternativvorschläge (im Parteiprogramm) oder persönlich andere Vorstellungen?

Persönlicher Standpunkt

- 1) Was ist Ihre persönliche Ansicht zum Vorhaben? Macht das für Sie Sinn? Kann so ein Projekt etwas an der sozialen Schieflage ändern oder sie lindern?
- 2) Das Projekt ist eher eine Symptombekämpfung als eine Ursachenbekämpfung. Welche (politischen) Bemühungen gibt es/müssten unternommen werden, um die Grundproblematik (Versicherungsumfang und -zugang, Infrastruktur, medizinisches Personal, Abwanderung, Perspektivlosigkeit etc.) zu lindern?

Raum für allgemeine Anmerkungen, Verbesserungsvorschläge, Kritik

Anhang VII – Kostenaufstellung für eine Weiterführung des Projekts

Kosten für die Weiterführung des bestehenden Projektes:

Laufende Personalkosten pro Monat	3.416,40 €
<i>*Leitung, Assistenz, Buchhaltung</i>	<i>650,00 €</i>
<i>*13 Gemeindepflegerinnen und drei Koordinatoren (Kosten pro Gemeindepflegerin)</i>	<i>2.766,40 €</i> <i>(172,90 €)</i>
Laufende Sachkosten pro Monat	237,00 €
Insgesamt	3.653,40 €

Kosten für Fortbildungen (ein Tag):

Dozentenonorar ¹	79,00 €
Verpflegung ²	122,00 €
Insgesamt	191,00 €
+ Anfahrtskosten (nicht ermittelbar)	

Kosten für die Schaffung eines neuen Zentrums:

Einmalige Kosten	9.786,00 €
<i>*Ausstattungskosten³</i>	<i>4.920,00 €</i>
<i>*Ausbildungskosten⁴</i>	<i>4.866,00 €</i>
Laufende Kosten pro Monat	1.098,40 €
<i>*Personalkosten⁵</i>	<i>1.019,40 €</i>
<i>*Sachkosten⁶</i>	<i>79,00 €</i>

(Quelle: Kosten und Finanzplan 2010 „Gemeindepflege in den Kreisen Cimislia und Orhei/ Republik Moldau“
(Einsicht auf Anfrage an die Agapedia Stiftung))

¹ Ein Tag à 8 Stunden inklusive 23% Sozialdienst (Die Höhe des Honorars wurde an dem, welches während der Ausbildung berechnet wurde, gemessen.)

² Die Verpflegungskosten wurden nach den Kosten, welche auch während der Ausbildung entstanden, berechnet.

³ Für das Zentrum: Schreibtische, Stühle, Kühlschränke, Waschmaschine, Behandlungsliegen, Medizinschränke, Autoklav, Desinfektionsbehälter, Computer, Drucker, Mobiltelefone
Für die Pflegerinnen: Medizinkoffer, Blutdruckmessgeräte, Stethoskope, Blutzuckermessgeräte, Massageinstrumente, Inhalationsgeräte, Magnettherapiegeräte

⁴ Honorare, Fahrtkosten, Übernachtungen, Unterlagen, Handout, Mittagessen, Kaffeepausen

⁵ Fünf Gemeindepflegerinnen und eine Fachkraft

⁶ Büromaterial, Telefonkosten, medizinische Einwegmaterialien, medizinisches Verbrauchsmaterial

Anhang VIII – Transkripte Gruppeninterviews

Gruppeninterview 1

Begrüßung. Allgemeine Einführung und Vorstellung der Forscherinnen, der Übersetzerin und der Gemeindepflegerinnen. Es sind fünf Gemeindepflegerinnen, eine Krankenschwester (Koordinatorin), die Geschäftsführerin von Agapedia, die Chefkoordinatorin und die Vorsitzende von Agapedia Moldova anwesend.

***Anmerkung:** Bei dem ersten Gruppeninterview, wurde fälschlicherweise in der dritten Person und zusammenfassend übersetzt. Erst nach der Analyse wurde deutlich, dass eine wortgetreue Übersetzung vorteilhafter ist. Die folgenden Gruppeninterviews wurden anschließend in der ersten Person übersetzt.*

Ort/Datum: Versorgungsstützpunkt/ 02.09.2011

Dauer: 1 Stunde; 2 Minuten

I1: Also als erstes würden wir gerne was wissen über die tägliche Arbeit und da würden wir einfach gerne kurz hören von jedem was so anfällt, was die Tätigkeiten sind, die gemacht werden müssen.

G1: Sie geht jeden Morgen, guckt was braucht. Sie hat sieben zu versorgen. Fünf Bettlägerige und zwei können schon ein bisschen laufen. Behindert, aber sie können schon ein bisschen laufen. Also sie können auch nicht laufen und dann können sie (...) sie nehmen die Medikamente von der Apotheke und dann schreibt sie auf. Morgens, mittags und nachmittags, welche Medikamente sie nehmen soll. Und sie wäscht den Fußboden auch, spült, das Bett sozusagen (...) auch fast jeden Tag also – sauber sein. Und sie soll auch gewaschen sein. Sie sind sehr dankbar, dass sie das macht.

I1: Ok.

G1: Und sagen dann auch, dass sie sehr dankbar sind. Dass sie versorgt werden sollen. Und sagen von Anfang an wie sie waren und wie sie jetzt sind das ist war schon ein großer Unterschied.

I1: Ok. Dann ob jemand anders vielleicht noch? Nur wer mag.

G1: Sie hat sieben zu versorgen. Und zwei sind in einer Familie, einer ist im Dorf der Nähe. Nachbardorf. Und sie hat mehrere Krankheiten. Also es ist (...), dass er im Nachbardorf ist und sie muss dahin laufen.

G1: Sie [die Gemeindepflegerin] macht sauber, hilft auch beim Essen kochen. Sie [die Patientin] kann laufen, aber schwierig. Sie [die Gemeindepflegerin] hilft beim Kleidung waschen. Auch Füße Massage machen, weil sie (...) Hausarbeit und dann sind zu geschwollen, die Füße. Und dann macht sie eine kleine Massage. Und sie, sie hilft ihr. Hilft, was sie helfen kann. Und sie [Patientin] ist auch sehr dankbar eigentlich. Und sie [die Gemeindepflegerin] bleibt auch ein bisschen länger, damit sie auch vielleicht sich bewegen. Wichtig ist, Bewegung haben. Und die anderen sechs sind in dem Dorf wo sie wohnt. Sie fängt dann mit denen, die in der Nähe wohnen, macht sauber. Auch beim Essen kochen, beim sauber machen, alle Tätigkeiten.

I1: Müssen Sie denn auch Wunden versorgen oder Verletzungen?

G1: Das ist auch nicht so schwierig. (...) in den Fällen. Sie hat keine Wunden. Früher hatte sie eine, aber sie war im Krankenhaus und jetzt ist es besser geworden und deshalb hat sie so keine Wunden, die versorgt werden sollten, gibt es nicht. Früher, erzählt sie, eine hatte sie, und hat sie das gemacht. Jetzt nicht mehr. Sie hatte einen Patienten der blind war, der konnte gar nicht sehen. Und jetzt ist er aber nicht zu versorgen. Das ist aber ähm (...) da ist ein Verwandter jetzt da und dann versorgt der Patient dann ist. Sie hat die Papiere fertig gemacht, damit er Hilfe bekommt, Sozialhilfe, etwas zum Essen, Gemüse oder etwas und Kleidung auch. Und sie haben das alles organisiert und jetzt ist der Verwandte da zuhause. Der Arzt war auch da, bei dem Blinden da und der hat auch alles und auch die Papiere fertig gemacht und die Medikamente bekommt er, was aber jetzt jemand anderes, der ihn versorgt [der Verwandte]. Er [Patient] hatte Depressionen auch und der sollte auch einen halben Tag da bleiben [der Besuch]. Und weil er wollte auch ganz viel, weil wenn man depressiv ist (...) Am Wochenende war sie [Pflegerin] auch da und hat mit ihm gesprochen, weil er Depressionen haben. Und die Frau ist irgendwo weg. Wenn kein Verwandter mehr da ist und wenn niemand mehr da ist, dann wird sie ihn übernehmen. Aber jetzt ist das nicht nötig.

I1: Ok. Gut.

G1: Sie sind dankbar, auf jeden Fall, sie sagen das auch immer.

I1: Vielleicht möchte noch jemand erzählen? Aber muss nicht (...) Also wir würden (...)

G1: Sechs zu versorgen. Sechs Kranke. Zwei sind bettlägerig, und die anderen laufen, aber ist schwierig. Und sie macht eigentlich das gleiche was die anderen machen noch. Viele haben kein Wasser, keine Wasserleitungen. Deshalb sollen sie vom Brunnen Wasser holen. Kämmen, Nägel sauber machen, waschen. Und hier gibt es auch ein Projekt, wo die alten Leute essen können. Und sie bringen das Essen nach Hause. Ja.

I1: Wird das Essen hier gemacht?

G1: Ja.

I1: Ok.

G1: Sie haben auch, die Rente ist sehr klein und deshalb haben sie auch nicht so viel Geld für

Essen und alles und gibt es dieses österreichische Projekt hier. Wo sie Essen machen und da bringen sie eine Mahlzeit am Tag, mittags. Warm. Sie unterhalten sich mit denen. Und Medikamente geben. Sauber machen. Alle Tätigkeiten die alle machen. Sie haben auch eine Frau, die Parkinson-Krankheit hat und die konnte gar nichts machen. Sie hat auch Medikamente bekommen. Auch Spritze bekommen vom Arzt. Sie bekommt auch das warme Essen mittags. Und sie ist fröhlicher jetzt. Das ist schwierig für denen. Weil in dem Dorf ist eigentlich keine Heizung. Sie sollen alles heizen im Winter. Da gibt es auch zwei Frauen, die Nachbarinnen sind. Und sie haben mit ihnen gesprochen und sie kommen an den Feiertagen und sprechen mit denen und helfen ein bisschen mit denen. Sie machen das voluntär auch nur so. (...) und kommen und unterhalten die zwei Frauen. Also sie, [Patientin] ist sehr dankbar, aber sie denkt, wenn sie alleine bleibt, ohne Hilfe und so. Was wird sie machen?

I1: Gibt es Sachen die Sie besonders gerne oder besonders ungerne machen von ihren Aufgaben?

G1: Ungerne gibt es nicht. Wenn Sie auch bedürftig wären, dann wären Sie auch (...) das ist (...) das ist am Anfang, wenn sie es noch nicht genau die Situation kennen, wenn die Leute noch nicht mal zur Toilette gehen sollen und wir sollen ihnen zeigen, wie sie das machen und wo sie das machen. So das ist die Situation, die am schwierigsten ist am Anfang. Der Anfang ist das Schwierigste, aber die organisieren sich und machen das zusammen am Anfang. Sauber im Haus, sprechen mit den Leuten und (...) sie hat jemanden gefunden, eine Nachbarin, die ihr geholfen hat, einfach nur voluntär. Und so und der Anfang. Am Anfang. Und sie auch zwei Leute, die auch helfen bei den Leuten, die auch voluntär machen.

I1: Und was macht besonders viel Spaß?

Unterhaltung zwischen den Teilnehmern. Wird nur zum Teil übersetzt.

G1: Sie freuen sich, wenn sie gehen und die Leute fröhlich sind und warten auf denen und sind sehr begeistert von, wenn sie kommen und sind sehr dankbar für Essen und für alles. Wenn sie geht und der Patient sagt, dass er gut geschlafen hat und sehr fröhlich und auch sie gewartet hat, dann ist sie sehr zufrieden. Sie erzählen auch die Träume.

I1: Gibt es so Probleme von außen, die die Arbeit erschweren? Zum Beispiel schlechte Straßenverhältnisse oder Zeitdruck oder? Gibt es sowas?

G1: Ja, die Straßen, das ist auch ein so richtiges Problem. Im Sommer es geht noch. Sie können noch laufen. Mit Stiefeln bis da oben, wenn es Regen gibt. Regentiefel. Im Winter ist es auch sehr schwierig. Und sie können sich auch nicht ausziehen vor den Regentiefeln weil das alles voll (...) wenn das regnet im Winter, das geht sehr schwierig. Ja, sie brauchen auch sehr viel Zeit von einem Patienten zum anderen. Weil der Weg ist zu weit. Bei schönem Wetter geht das noch. Manchmal braucht sie eine Stunde oder eineinhalb Stunden für Patient zum anderen, weil sie wohnen weit voneinander.

I1: Verlieren Sie dadurch Zeit für den Patienten?

G1: Ja, sie brauchen eine Stunde, eineinhalb Stunden. Zwei, drei Kilometer zu laufen. Und das ist schwierig. Deshalb verlieren sie sehr viel Zeit.

I2: Haben Sie das Gefühl die Arbeit wird gut organisiert und koordiniert oder gibt es da auch Probleme und hätten Sie da vielleicht Veränderungs- oder Verbesserungsvorschläge?

G1: Organisiert ist es gut, aber der Transport ist das schwierigste Problem (...). Es ist sehr interessant und das Projekt sehr gut und für die Patienten auch sehr schön. Vielleicht wenigstens einmal in sechs Monaten oder im halbes Jahr Patienten Medikamente bekommen oder irgendwie den Patienten helfen die Medikamente zu bekommen. Ja sie (...) also es gibt Medikamente die auch der Staat besorgt oder gibt. Aber es gibt auch die sie selbst bezahlen müssen. Die Versicherung bezahlt das nicht. Und sie meinen diese Medikamente. Wenn jemand hilft, weil sie können sich selbst nicht leisten.

I1: Gut. Unser zweiter Punkt geht um die Akzeptanz der Arbeit. Also wie die Arbeit angenommen wird.

Diskussion zwischen den Gemeindepflegerinnen was Gehhilfen sind.

G1: Sie sprechen über die Hilfsmittel, die sie bekommen haben. Die Gehstützen und so. Und sie sollten etwas noch, die Stöcker noch bekommen. Gehstützen. Sie brauchen aber noch irgendwelche Gehstützen. Und sie haben schon gesehen diese aus Holz gemachten. Das brauchen sie. Und sie hat eine Patientin, sie geht mit dem Stuhl. Sie stellt den Stuhl und dann bewegt sie sich. Weil sie hat keine Gehhilfe. In einem Dorf, da war eine Patientin, sie hatte sechs Jahre keine Gehhilfe und sie hat das jetzt bekommen. Sie war auch nicht mal draußen. Und jetzt sie sehr begeistert, weil sie wieder nach draußen laufen kann.

I1: Ok.

G1: Der Patient, der blind war bei ihr, sie sagt, wenn sie einen Stock hätte oder etwas für Blinde, dass er auch laufen kann. Und sie sagten, sie ist (...) vielleicht bekommt er auch diesen Gehstock, damit er gehen kann. Weil er blind ist und er läuft so nur an der Hand. Langsam.

I2: Und was sind so die Haupterkrankungen? Viele reden jetzt von Bewegungsproblemen oder so. Oder was ist generell so am häufigsten?

G1: Sie hat eine Patientin, die Diabetes hat. Und Herzprobleme. Sie ist bettlägerig. Sie bekommt Hilfe, zur Toilette zu gehen. Der andere hat Operation bekommen, Augenoperation.

I1: Achso, uns geht's mehr darum was sie am meisten behandeln. Also, nicht jetzt alle einzelnen Krankheiten. Sondern was ihnen auffällt, was am meisten vorkommt. welche Krankheiten?

G1: (...) vaskuläre Erkrankungen/ Ereignisse, Hypertension, Arthrose, Epilepsie, Parkinson, Enzephalopathie usw.

I2: Versorgungsbedarf von den einzelnen Patienten ist ja sehr unterschiedlich. Wie oft im Schnitt gehen Sie zu den Patienten? Gibt es da auch welche wo sie sagen es reicht wenn wir einmal die Woche hingehen. Oder ist schon eine tägliche Versorgung bei den meisten notwendig?

G1: Das hängt davon ab, welche Krankheiten sie haben. Es gibt Patienten die auch täglich versorgt werden sollten. Eigentlich sind fast alle, alle, die täglich versorgt werden sollen. Wenn sie später das nicht können, dann werden sie das auch nicht so oft. Aber jetzt sind sie täglich versorgt.

I1: Und mehrmals täglich?

G1: Sie hat zum Beispiel eine, die braucht dreimal täglich hinzugehen. Weil sie bettlägerig war. Und da sollte vormittags, mittags und abends nochmal hingehen. Später ist sie nur einmal täglich geworden und dann nur einmal in zwei Tagen.

I2: Und wie reagieren die Patienten? Also wir vermuten einfach mal die nehmen das schon dankbar an. Oder gibt es auch Patienten die das nicht wirklich wertschätzen können, die Arbeit. Gerade am Anfang vielleicht. Das jemand da nach Hause kommt.

G1: Am Anfang sind fast alle schon so, ob sie bezahlen sollen. Ob die Rente zu wenig ist. „Was machen Sie hier“?

I2: Und genau das jemand einfach so ins Haus kommt, das ist ja auch erstmal eine schwierige Situation.

G1: Sie haben Angst, dass sie das bezahlen müssen. Zurückhaltung ist das Ding. Das mit dem Essen, dass sie Essen bekommen. Sie sagten nein, sonst sie werden von meiner Rente Geld abnehmen und da bleibt nichts übrig. Also sie haben Angst mit (...)

I1: Und wie nehmen Sie denen die Angst?

G1: Sie erklären das langsam, dass sie nichts bezahlen sollen und sonst. Das sind die ersten zwei bis drei Tage. Und dann geht es. Wenn sie sehen, dass sie Massage bekommen, dass sie Essen bekommen und kein Geld dazu zahlen müssen. Dann sind sie Freunde. Unterhalten sich und sind (...) und dann fragen sie nachher wann sie kommen.

I1: Und gibt es am Anfang auch Probleme mit dem Anfassen und dem Waschen und (...)

G1: Ja, sie sind schüchtern am Anfang. "Was bist du, dass du mich waschen sollst" und sowas. Peinlich! Sie erlauben das am Anfang nicht. „Warum bist du hier her gekommen um sauber zu machen? Und um Essen zu machen?“ Das ist der Anfang. Nachher zeigen sie selber wo alles ist. (Lachen). Am Anfang sagte sie, das muss man sauber machen, sauber halten und (...)

I2: Und dann wird's eben schon von den Patienten akzeptiert? Und wie ist so vom äußeren die Akzeptanz Ihrer Beschäftigung so, also von den Dorfbewohnern und der Gesellschaft allgemein. Und auch der eigenen Familie? Das Ansehen sag ich jetzt mal.

G1: Ja, sie wollen eigentlich im Dorf, so sagt sie, alle wollen das. Das sie Versorgung und der Blutdruck gemessen wird. Warum du den anderen den Blutdruck misst und mir nicht. Die Alten. Ja, es gibt auch 70 Jährige, die sich bewegen können und die fragen warum gehst du zu den anderen und zu mir kommst du nicht. Aber sie sind nicht bedürftig eigentlich.

I1: Und was sagen die anderen?

G1: Sie sagte bei ihr zum Beispiel im Dorf. Ist alles geregelt. Sie wissen, dass es ein Sozialprojekt ist und sie geht nur zu den Bedürftigen. Und sie sagte, da im Dorf sind nur alte Leute und da sind nur wenige eigentlich. Die Jugendlichen sind weg. Ja, es gibt auch mehrere, die auch Verwandte haben. Die sind aber im Ausland irgendwo und die Eltern sind alleine. Und wenn sie Kinder haben, sie [Pflegerinnen] gehen sie auch zu denen, weil sie bedürftig sind und keine Kinder da sind. Sie sollen erklären, dass zu den Leuten auch die Kinder nicht kommen, deshalb gehen sie nicht hin. Er hat einen Mann, der eigentlich Alkoholiker ist oder viel Alkohol getrunken hat und der Blutdruck war immer zu hoch und er konnte nicht verstehen, woher das kommt. Aber er hat eigentlich viel Alkohol getrunken morgens. Und die Kinder sind nicht da. Irgendwo. Weg. Er hat nur die Rente und kein Geld mehr. Und hat geweint, dass jemand doch zu ihm kommt, weil keiner da ist. Und sie geht zu ihm – aber er ein Mann ist – auch irgendwie ist ihr das auch ein wenig peinlich, und hilft ihm. Aber sie geht mit ihrer Tochter oder mit jemand anderem zu ihm.

I1: Und was sagen die Familien jetzt über Ihre Berufswahl? Gefällt das den Familien? Also die eigenen Familien. Und Ihre Eltern oder Geschwister finden die das ist ein guter Beruf oder was sagen die?

G1: Am Anfang haben sie doch Probleme. Sie haben die Kleidung [der Patienten] mit nach Hause genommen und haben zuhause die Kleidung gewaschen. Aber dann später haben sie da in dem Haus gewaschen. Das war der Anfang nur. Wie sie jetzt keine Waschmaschine oder so hatten. Aber jetzt das gibt keine Probleme. Der Anfang war schwierig. Sie sagte, sie hatte eine große Hilfe von ihrem Mann. Der hilft ihr selber mit dem Auto, die Gasflaschen zu füllen, von einem Dorf zu einem anderen Dorf und bringt sie zu den Frauen, wo ihr [I2+I1] gestern wart.

I1: Also die Familien unterstützen?

G1: Sie sagt, wann (...) die anderen Frauen fragen auch, wann ihr Mann auch zu einem Zentrum geht. Und (...) den anderen hilft. Der Mann unterstützt. Genau. Und was sie brauchen, wenn etwas irgendwo nicht im Dorf ist, dann hilft er mit dem Auto und bringt den alten Frauen (...).

I2: Zum Beispiel, ich bin auch Altenpflegern, ich werde manchmal so belacht. „Was machst du denn so für niedrige Arbeit?“ – Sag ich einfach mal. Die Gesellschaft sieht das nicht so als hochwertig an. Haben sie auch solche Erlebnisse gehabt, dass Sie mal ausgelacht wurden? „Was machst du denn da?“ – so was in der Art?

G1: Ja, gibt es. Aber nicht viel. Aber gibt es doch wenige, die das sagen. Manche lachen uns schon aus, ja. Eine 16-Jährige hat sie ausgelacht. Und hat sie gesagt „Was kommst du zu so einer alten Frau und was machst du?“ Das ist auch noch eine Verwandte von der Frau. Sie wollte auch, sie (...) sie wollte auch sterben.

I1: Was hat sie dann gesagt?

G1: Sie sagte, dass sie vielleicht sagen, dass sie helfen kann. Aber da sagte sie [die 16-Jährige]

„Nö, lass sie [die alte Frau] sterben“.

I1: Und tut Ihnen das weh, wenn Sie ausgelacht werden? Oder sagen Sie nur „Ach, die haben keine Ahnung“?

G1: Nö, das tut nicht weh. Sie hören einfach nicht zu. Und lassen es. Sie geht weiter und deshalb hören sie nicht zu.

I2: Und könnten Sie sich, vorstellen die Arbeit – also das Projekt ist ja erstmals für zwei Jahre angelegt – und könnten Sie sich vorstellen das auch auf Dauer zu machen? Auch über einen langen oder längeren Zeitraum?

G1: Ja, sie wünschen sich, dass das für dauerhaft ist. Und die Patienten brauchen das. Sie sagen, sie, aber die alten Leute brauchen sie und sie warten auf das. Ja, sie werden eigentlich schockiert sein, wenn das plötzlich nicht mehr am Laufen ist.

I1: Ok.

I2: Jetzt haben wir noch ein paar Fragen zu der Ausbildung.

I1: Und zwar hatten Sie das Gefühl, dass Sie in der Ausbildung alles gelernt haben, was Sie jetzt brauchen?

G1: Sehr viel, fast alles, was sie gelernt haben. Das benutzen sie jetzt auch in ihrer Tätigkeit.

I2: Oder gibt es noch Bereiche wo Sie sagen, da hätten wir gerne mehr gelernt oder wir benötigen noch mehr Wissen in bestimmten Bereichen?

G1: Sie haben eigentlich die Krankenschwester und den Arzt hier. Und wenn sie jetzt etwas nicht kennen oder nicht wissen dann eigentlich fragen sie immer. Und dann bekommen sie die Ratschläge, die sie brauchen.

I1: Und das funktioniert gut, dass man immer fragt und dann (...)?

G1: Ja, das ist gut und organisiert. Ist gut.

I1: Und was waren denn so die Sachen aus der Ausbildung, die am wichtigsten für Sie waren?

G1: Erstmals das ist das Blutdruckmessen. Das ist das Wichtigste, weil sie es nicht konnten und nicht wussten, wie sie das machen. Und das haben sie gelernt. Wie sie mit der mit den Medikamenten richtig geben und wie sie die Bettlägerigen von der einen Seite zur anderen richtigen stellen. Wie sie die Unterwäsche so richtig anziehen und ausziehen sollen.

I1: Und gab es dazu immer Übungen, das Sie das aneinander geübt haben?

G1: Ja. Sie haben miteinander Übungen gemacht. Wie sie die Wunden behandeln sollen. Ja. Und sie haben miteinander immer Übungen gemacht.

I1: Gab es irgendwas was Sie gelernt haben, was Sie noch gar nicht anwenden konnten?

G1: Nein. Alles gebraucht. Sie haben alles benutzt, was sie gelernt haben. Mit den Unterhaltungen haben sie etwas gelernt. Wie sie sich unterhalten sollen. Frau C. [Vorsitzende Agapedia Moldova] fragte gerade und sie sagten ja. Das auch. Wie sie sich unterhalten, was sie sagen sollten. Das ist auch wichtig. Sie hat eine Patientin, die 74 ist, und sie wollte Selbstmord begehen. Und da hat sie sehr viel mit ihr gesprochen, ihr erklärt, dass sie das nicht machen soll. Und deshalb ist das sehr wichtig, dass sie das mit der Unterhaltung gelernt haben. Und das ist auch für sie, genau, für sie sehr wichtig, wie sie jetzt sprechen sollen und wie sie sich unterhalten sollen. Das hat ihnen vieles beigebracht.

I2: Und Sie sagten gerade, dass wenn Sie nicht weiter wissen, dass Sie die Krankenschwester anrufen oder eben mit dem Arzt kommunizieren. Kommunizieren Sie auch untereinander? Um sich gegenseitig mal zu helfen, zu unterstützen?

G1: Ja. Sie haben hier einmal in der Woche eine Sitzung. Zusammen. Und sie unterhalten sich zusammen, welche Probleme es gibt, was sie gemacht haben und wie sie die Probleme lösen sollen. Hier im Zentrum machen sie das. (...) Und fragen auch. Sie kommunizieren und unterhalten sich auch mit den Frauen, die sie auch in Orhei zusammen gelernt haben. Sie rufen an und fragen bei den anderen nach.

Geschäftsführerin Agapedia: Sie haben sich ein Telefonnetz aufgebaut. Wo sie sich alle, die da teilgenommen haben, gegenseitig anrufen und ähm. Und alle haben Mobiltelefone bekommen, also dass das funktioniert, dass man gleich anrufen kann.

I2: Ihr Projekt ist ja, ich sag jetzt mal in dem Sinne schon sehr einzigartig. Oder kennen Sie noch ähnliche Projekte, wo Menschen Zuhause versorgt werden? Haben Sie mal von welchen gehört?

G1: Ja, sie haben schon gehört. Ein Dorf (...) gibt es auch so ein Projekt. Mit Krankheiten auch. Sie haben schon von solchen Projekten gehört.

Chefkoordinatorin: Ja, von dem Projekt, da ist auch ein Arzt gekommen hier ins Dorf. Also sie [die Bezirkskrankenschwester und Koordinatorin] hat ihn gefragt, ob er herkommt. Und er ist gekommen und hat auch die Patienten versorgt.

I1: Und was für ein Projekt ist das genau?

Geschäftsführerin Agapedia: Hospice. In England. Die machen Hospize. Also die machen Patienten mit Krebserkrankungen. Und die haben den Onkologen hier her eingeladen. Da sie verschiedene Patienten verdächtigt hat, dass sie Krebserkrankungen haben und der hat sie dann auch untersucht von diesem anderen Hospice Projekt.

I2: Gibt es irgendwas, was Sie sich für die zukünftige Arbeit in der Gemeinde noch wünschen würden?

G1: Ja, Transport. Ein Auto oder so etwas. Dass sie sich von einem Patienten leichter zum

anderen leichter sich bewegen können.

I1: Ok. Und sonst noch irgendwas?

G1: Vielleicht Medikamente. Vielleicht für die Kranken, die sie für die Kranken brauchen. Vielleicht erste Hilfe. Windeln für die Kranken.

I1: Gut.

G1: Das ist gut, wenn du vielleicht zu den Patienten gehst und etwas mitbringst, was sie sehr wichtig brauchen.

I2: Haben Sie das Gefühl, dass Sie den Bedarf decken können hier in der Region für die Sie zuständig sind. Oder ob es einfach noch mehr Personal brauchen würde?

G1: Es gibt auch Dörfer, die auch mehrere bräuchten. Sie haben nur einen Teil übernommen. Aber es gibt noch drei übernehmen sollten. Es gibt mehr Bedürftige eigentlich und sie schaffen es nicht zu allen. Auch die Leute fragen, vielleicht kommt auch zu uns jemand. Warum nur da kommen und gehen und sonst nicht kommen?

I1: Und haben Sie das Gefühl, dass Sie die, die Sie haben, dass Sie das gut schaffen können, Ihre Patienten? Oder dass das auch schon zu viel ist?

G1: Sie sagen nach der Arbeit, vielleicht gehen sie auch noch eine Stunde, wenn sie es unbedingt brauchen. Eigentlich versuchen sie es zu schaffen.

I1: Aber manchmal klappt es nicht?

G1: Manchmal nicht, sie gehen dann in ihrer Freizeit. Wenn sie es brauchen, dann laufen sie auch Samstag, Sonntag. Können sie auch so einfach volontär helfen, manchmal sie [Patienten] rufen an. Und wenn sie sich schlecht fühlen, dann rufen sie an Samstag und Sonntag. Wenn es Wochenende ist oder Feiertag, dann rufen sie an und sagen „Ich fühle mich schlecht, können Sie mir etwas bringen?“

I1: Und dann machen Sie das auch gerne?

G1: Ja, wenn sie anrufen, dann ja. Wenn sie was brauchen, dann machen sie das.

I2: Also das war's jetzt so weitestgehend von unserer Seite. Und jetzt ist einfach nochmal die Frage ob Sie sonst noch was ansprechen möchten, loswerden möchten? Lob, Kritik über die Arbeit, über das Projekt? Irgendwas?

G1: Lob. (lacht) Sie [die Gemeindepflegerinnen] sollen nur die Guten sagen und sich bedanken für das Projekt. Und nicht nur von ihrer Seite, sondern auch für die Bedürftige und für alle, die warten. Und die Patienten sagen immer viel Gesundheit für euch und auch für die, die das Projekt gemacht haben. Und sie machen das fast jeden Tag, wenn sie kommen, sie sagen dann immer sich bedanken und sagen immer, jeden Tag viel Gesundheit für dich und für die, die das machen

und die helfen. Sie sagt, sie macht auch einen Kranken, der Wirbelsäulen behindert ist (...).

I2: Und jetzt ist unsere allerletzte Frage: Haben Sie noch Fragen an uns? Interessiert Sie jetzt noch was?

Erläuterung von Übersetzerin: Sie erzählt, dass Sie [I2] auch gearbeitet mit den Alten gearbeitet haben. Vielleicht fragen sie, was Sie da erfahren. Ja, das ist auch eine Frage: Wie ihr [in Deutschland] das machen mit den Alten?

Diskussion über die Strukturen und Abläufe in der häuslichen Pflege in Deutschland und Moldau

Verabschiedung

Gruppeninterview 2

Begrüßung. Allgemeine Einführung und Vorstellung der Forscherinnen, der Übersetzerin und der Gemeindepflegerinnen. Es sind fünf Gemeindepflegerinnen, der Feldscher (Koordinator) und die Vorsitzende von Agapedia Moldova anwesend.

Anmerkung: Die Vorsitzende sagt, dass die Frauen offen und ehrlich antworten können. Das Interview ist keine Kontrolle, sondern nur der Versuch eventuelle Probleme zu ermitteln und ggf. so zu lösen. Auch Bedürfnisse o.ä. sollen geäußert werden, da die Verbesserung des Projekts und des Wohlbefinden aller im Vordergrund steht.

Ort/Datum: Versorgungsstützpunkt/ 07.09.2011

Dauer: 1 Stunde, 12 Minuten

I1: Wir haben ja schon einiges von Ihrer Arbeit gesehen und auch schon gehört von den anderen Altenpflegerinnen. Wir würden gerne wissen: was macht Ihnen besonders viel Spaß an der Arbeit und was macht weniger Spaß?

G2: Was mir am wichtigsten gefällt, dass die Leute sich viel besser fühlen und dass sie froh sind, dass sie Hilfe benötigen und deshalb gefällt mir das auch. Was mir nicht gefällt, dass es sehr sehr viele Leute, die Hilfe nötig haben, sind und wir nicht helfen können.

G2: Ich bin auch keine Krankenschwester und ich mache eigentlich alles was der Arzt verordnet, die Medikamente, die Verbände und alles die Wunden behandeln. Und die Patienten sind eigentlich sehr zufrieden und fragen immer, wann sie kommen, und sehr dankbar dafür. Wir haben auch Medikamente die einfach umsonst sind, die verordnet sind, die bezahlt die Krankenkasse und dann geben wir die Medikamente die Patienten und fragen auch nach, welche sie genommen haben und wie viele Male und (...)

I1: Und was Ihnen persönlich am meisten Spaß bei der Arbeit?

G2: Ich bin zufrieden, wenn die Patienten auch zufrieden sind und dankbar. Und es ihnen gefällt, dass wir ihnen helfen. Es gibt auch andere, es gibt vielleicht auch kein Wasser, was die Arbeit schwer macht. Aber wir versuchen, es so gut zu machen, wie es möglich ist.

I1: Das bringt mich direkt zu der nächsten Frage: Was ist denn, jetzt nicht von der Arbeit an sich, sondern von der Organisation außen rum, was erschwert da die Arbeit? Zum Beispiel das mit dem Wasser. Gibt es da noch andere Sachen die die Arbeit schwerer machen?

G2: Was am schwierigsten die Arbeit macht, das ist im Winter zum Beispiel die Kohle, das Holz, das es vielleicht gibt es nicht. Wir müssen das irgendwo rausfinden. Oder Heizung anheizen. Wasser auch vom Brunnen muss man holen.

G2: Wir haben einen Kranken, der Krebserkrankung hatte und bettlägerig war und wir hatten keine Windeln. Und das war sehr schwer, jeden Tag ihn sauber zu machen. Ohne Windeln es war nach ein paar Stunden wieder so. Und vielleicht auch die Medikamente, einen Teil haben wir aber nicht alle und deshalb macht es die Arbeit ohne Medikamente. Wenn es eine schwierige Krankheit ist, ohne Medikamente ist das schwierig. Und im Dorf ist es schwierig,

auch mit der Heizung. Das Holz ist sehr teuer, Kohle auch und ein Rentner kann das alleine nicht bezahlen. Das sind die schwierigsten eigentlich.

I1: Und bei Ihnen jetzt persönlich, was mögen Sie am liebsten?

G2: Wenn ich erst einmal zum Patienten gehe und ihn in Versorgung nehme. Und es ist alles durcheinander und er hat niemanden da. Und nach einer Woche, wo er schon versorgt ist, und ich ihn Massage mache und mich mit ihm unterhalte. Ich behandle eine Wunde oder gebe die Medikamente. Und nach zwei, drei Wochen vielleicht, wenn er schon versorgt ist und so froh ist, dass er sehr zufrieden mit dem Ganzen. Dann ist sie auch noch zufriedener als er. Ich persönlich habe einen Patienten, der nach einem Herzinfarkt bettlägerig ist. Und wir haben alles renoviert, sauber gemacht. Und jetzt ist sie immer so froh und wartet. Und der Arzt war auch da und ist zufrieden, wie sich alles verändert hat. Und das Projekt ist sehr gut, ist sehr viel Hilfe hier.

G2: Ich bin sehr zufrieden, weil die Patienten sind auch sehr zufrieden. Und die Nachbarn schon sprechen über all das, dass jemand kommt und hilft hier und es ein sehr gutes Projekt ist. Und – alles schön. Sie sind sehr dankbar. Die bedanken sich für die Ergebnisse.

G2: Ich will mich bedanken für das ganze Projekt, für das Team hier, das so viel arbeitet und so viel Hilfe herbringt. Dafür, dass das Projekt hier funktioniert. Diese Dankbarkeit ist von allen Leuten, die versorgt sind und vom Dorf, die hier sind, weil sie bedanken sich dafür. Viel Gesundheit für euch und alles Gute. Und Erfolg euch.

I1: Mögen Sie vielleicht auch noch sagen was Ihnen hier gut gefällt oder weniger gut gefällt. Sie hatten noch gar nichts (...) – aber nur wenn sie will.

G2: Es gefällt mir eigentlich hier alles. Es fängt die so sehr schön an. Von morgens an und es ist alles in Ordnung. Ich hatte acht Patienten, zwei sind schon gestorben. Ich habe im Moment sechs. Aber alle, wenn ich reinkomme in das Haus, dann treffen sie mich mit dem Lachen, mit einem Lächeln. Und deshalb bin ich auch so zufrieden. Und heute bin ich gekommen um euch zu danken von den allen. Der Anfang war sehr schwierig. Wenn ich zu den Patienten gekommen bin, dann haben alle nicht Hilfe bekommen [angenommen] – und warum soll ich Hilfe bekommen? Was werden sie geben [bezahlen müssen]? Und so welche Fragen. Aber jetzt fragen sie auch auf der Straße mich immer, ob sie auch zu den anderen gehen werden.

I2: Jetzt haben wir noch ein paar Fragen zu den eigentlichen Patienten. Und zwar, wie viele Patienten haben die anderen pro Tag oder pro Woche?

G2: Ich hatte acht, jetzt nur noch sechs – zwei sind gestorben.

G2: Ich hatte sieben. Zwei sind gestorben. Eine ist aus dem Projekt schon raus. Und ich habe im Moment, nur zwei sind bettlägerig.

G2: Wir haben eigentlich jetzt Acht, hatten sechs, jetzt noch zwei dazu. Und zwei sind von Anfang an und bleiben weiter, weil sie sind bettlägerig und müssen weiter versorgt werden. Wir [zwei Pflegerinnen] sind zusammen. Wir arbeiten zusammen.

G2: Ich hatte acht Patienten, zwei können schon wieder für sich selbst sorgen. Deshalb sind sechs geblieben.

I2: Und wie intensiv ist der Versorgungsbedarf? Wie oft gehen Sie zu ihnen? Mindestens einmal täglich, öfter oder einmal die Woche, zum Beispiel?

G2: Diese Patienten, die wir haben, jeden Tag. Von morgens bis abends. Ja, alle. Wenn zum Beispiel Renovierung ist, oder sowas. Oder der Patient mehr braucht, dann bleibt die Pflegerin den ganzen Tag bei einem Patienten, um zu versorgen. Aber sonst sind alle Patienten jeden Tag. Wenn ich zum Beispiel bei einem Patienten den ganzen Tag bleiben soll, dann sag ich den anderen, dass ich morgen zum Beispiel nicht kommen werde. Dann lass ich mehr Wasser da und Essen. Damit zu versorgen etwas haben. Und dann kommen sie den nächsten Tag.

I1: Können Sie die Patienten per Telefon erreichen oder gehen Sie vorbei und sagen Bescheid?

G2: Wenn ich zum Beispiel so einen Fall habe, dann gehe ich morgens vorbei, weil nicht alle Telefon haben. Und deshalb gehe ich persönlich und dann bringe ich noch ein bisschen Wasser oder besorge bestimmte Lebensmittel und gehe weiter zu dem Patienten der uns mehr braucht.

G2: Ich glaube, es ist eigentlich auch besser, wenn man nicht per Telefon was sagt, sondern persönlich geht und man sieht, wie es ihm geht. Und vielleicht, wenn es etwas nötig ist, dann besorgt.

I2: Und was sind so die Haupterkrankungen, die die Patienten haben? Gestern haben wir ja schon einige Fälle gesehen. Oder in einem Fall war es ja auch ‚nur‘ die soziale Problemlage. Worum kümmern Sie sich so am meisten?

G2: Eigentlich gibt es Krebserkrankungen und Brüche. Beim Hand oder Beine. Und sie können sich nicht bewegen. Bluthochdruck gibt es auch.

I1: Und gibt es noch andere Probleme um die Sie sich kümmern? Also außer die körperlichen? Vielleicht Soziales?

G2: Ich habe persönlich im Dorf so einen Patienten, der kein Haus hat, kein Essen und gar nichts. Und wir im Dorf ein Haus gesucht [für den Patienten ohne Haus], wo niemand mehr da wohnt, hat jemand da gewohnt und jetzt wohnt nicht mehr. Er ist blind, kann nicht sehen. Und auch die Beine sind sehr geschwollen. Und wir haben ein Zimmer renoviert. So durften wir. Und haben wir bei der Kirche und bei den Leuten auch gefunden die Sachen, die er nötig hat. Möbel usw. Wir werden sehen, wie wir es im Winter mit der Heizung machen. Er hat aber eine Rente und hat es erlaubt, mit der Rente zu kaufen, was nötig ist. Essen usw., das Budget zu machen. Er will eigentlich auch, dass mit dem Budget auch so, dass sie alles besorgen, was nötig ist. Für's Essen für Heizung vielleicht etwas zu lassen usw. Ist einverstanden.

I1: Bei den anderen?

G2: Ich habe mehr mit den kranken Leuten. Mit soziale Hilfe und so, da gibt es viele auf der Warteliste. Wir haben es gestern gesehen. Und wir werden jetzt anfangen mit den anderen, die Sozialhilfe benötigen. Wir haben einen Patienten, wir haben sie gestern gesehen, mit dem Brustkrebs. Wir haben sehr viel die Dokumente fertig gemacht, damit sie Hilfe benötigt [bekommt], für die Behinderung. Wir haben dreimal vielleicht im Zentrum und im Kreis sind

gefahren, um die Dokumente zu machen. Wir haben auch die Dokumente hier vom Bürgeramt richtig gestellt und dann sind wir nochmal im Umkreis gefahren, um die Papiere zu machen, damit sie auch eine kleine Rente bekommt. Wir warten auf diese Rente, dass sie kommt. Sie haben es noch nicht bekommen, weil sie die Dokumente nicht richtig gestellt. Und von anderswo haben sie gar keine Finanzierung. Und das ist die einzige, eigentlich Rente, die sie (...). Eigentlich so welche Leute gibt es hier mehrere und wir müssen sorgen dafür, dass sie von irgendwo ein bisschen Geld bekommen. Weil sonst haben sie nichts zu essen da.

I1: Können Sie sich denn vorstellen diese Arbeit, Sie hören sich ja alle sehr begeistert an, dass Sie das für länger machen? Also auch über die zwei Jahre Projekt hinaus?

G2: Wir wünschen uns das. Die Leute fragen nach, ob sie es weitermachen und wie sie es mal weitermachen. Sie wünschen das. Und auch die Pflegerinnen. Alle sagen, wir wünschen uns, dass das Projekt weiterläuft.

I1: Kennen vielleicht Sie andere Projekte die sich auch in diesem Bereich engagieren, mit denen man eventuell auch zusammenarbeitet oder die als Alternative?

G2: Eigentlich im Kreis gibt es so welche Projekte nicht mehr. Sie haben nur gehört, wenn sie die Ausbildung gemacht haben, dass auch so welche Projekte gibt, und waren begeistert, dass es sowas gibt.

I2: Und jetzt haben wir noch ein paar Fragen zur Ausbildung. Erstmal wie hat Ihnen denn die zweimonatige Ausbildung gefallen?

G2: Es hat mir persönlich sehr gut gefallen bei der Ausbildung. Wir waren ein gutes Team. Wir waren auch gut versorgt, sozusagen. Ich habe sehr viele Sachen, neue Sachen, da gelernt. Wie man das Patienten richtig waschen soll oder von einer Seite zur anderen Seite umdrehen richtig soll. Wie die Wunden man behandelt. Und es gefällt mir, dass ich das jetzt bei den Patienten mache und weiß, wie man das richtig macht. Vielleicht für die Krankenschwester [Koordinatorin] war es nicht so viel Neues, aber für mich persönlich und für die Pfleger war ganz viel Neues. Und jetzt kann ich das jetzt bei den Patienten das jetzt machen. Wir haben auch sehr viele Übungen, Teste gemacht und wir behandeln das jetzt bei uns Zuhause wenn wir es brauchen, dann können wir auch nochmal nachschauen, Anweisungen. Alle Fragen [vom Test] waren so richtig gestellt. Ja, auch sollten wir auch viele Gedichte gelernt, wenn vielleicht ein Patient sich schlecht fühlt, dann können wir ein Gedicht ihm beibringen und mit ihm unterhalten und so. Es wäre besser eigentlich, wenn wir auch so ein Teamzusammentreffen machen und uns unterhalten, wie sie es machen und wie wir es machen und vielleicht auch von anderen Ländern. Und ja, in Tschechien im Krankenhaus, da war ein Bekannter da und hat ganz andere Erfahrungen da, wenn sie sich was erzählen, dann ist das super schön. Ich habe da sechs Jahre persönlich gearbeitet in Tschechien im Krankenhaus. Ich will auch in Deutschland was sehen (lacht).

I2: In Deutschland sind Ausbildungsinhalte zum Teil gleich. Und wir lernen auch Gedichte und Lieder während der Ausbildung.

G2: Wir haben auch Filme da gesehen. Sie haben uns Filme da gezeigt auch wie ein Altersheim da ist [in Deutschland] und wie die Alten behandelt werden. Und wir haben es (...).

I2: Also fühlen Sie sich durch die Ausbildung insgesamt gut vorbereitet auf den Arbeitsalltag hier? Oder würden Sie sagen uns fehlt noch irgendwas hier, darüber hätten wir ein bisschen mehr gewusst?

G2: Wir wissen auch eigentlich nicht alles. Vielleicht werden wir noch mehr wissen, wenn es möglich ist.

I1: Und gibt es Situationen, wo Sie nicht weiter wissen? Was Sie nicht in der Ausbildung hatten? Und was machen Sie dann?

G2: Ja, wir sprechen mit dem Koordinator. Er sagt uns Bescheid, wie wir es machen sollen.

I1: Und haben Sie in der Ausbildung etwas gelernt, was Sie noch gar nicht angewendet haben?

G2: Im Allgemeinen eigentlich haben sie uns alles erzählt über die Krankheiten und wie man die Verbände macht. Und vielleicht machen wir nicht so oft Verbände, aber eigentlich ist das benutzt.

I2: Und was hat Ihnen generell am Besten in der Ausbildung gefallen, also inhaltlich?

G2: Das Praktikum. Im Vergleich zum Praktikum den ich in der Stadt in Chisinau gemacht habe und im Praktikum den wir hier jeden Tag machen, das ist ein großer Unterschied.

I1: Und welches Thema fanden Sie am spannendsten?

G2: Die Versorgung hier von Tag zu Tag. Weil wir hier das jeden Tag machen.

G2: Und was mir am wichtigsten gefallen hat, das ist die Unterhaltung. Wir haben uns sehr viel unterhalten, auch wie man das macht. Und jetzt müssen wir auch hier mit den Patienten sprechen und das ist auch eine große Hilfe. Sehr viele Patienten sind eigentlich sehr verschlossen und wollen es nicht sagen. Und sie müssen es langsam angehen, damit sie etwas sprechen und etwas erzählen. Und sie wissen jetzt genau, wie man das macht.

I1: Wie haben Sie denn den Eindruck, wie von den Patienten, aber auch von dem Umfeld, die Arbeit angenommen wird? Wie das akzeptiert wird?

G2: Sehr positiv akzeptiert. Und die Patienten wünschen sich, dass die es nicht verlassen in zwei Jahren. Am Anfang war es vielleicht schwieriger. Sie wollten uns nicht akzeptieren. Aber jetzt sie öffnen selbst die Türen und warten auf uns. Wir haben auch so einen Fall gehabt. Wir waren bei einer Patientin gestern wo sie eine Spritze kriegt und die Pflegerin sauber macht. Und die Nachbarn, alle sagen auch, wie schön es hier ist, wie schön ist es geworden, seit hier die Frauen kommen und sauber machen. Bis jetzt war sie geschlossen im Haus, und jetzt kann man sie schon besuchen. Und sie wünschen sich, dass sie weiter noch kommen und sie nicht verlassen werden.

I2: Und was sagt Ihr persönliches Umfeld? Die Nachbarn oder Familie und so?

G2: Sie sagen eigentlich nichts Schlechtes, nur Positives. Und sagen, dass ist eine gute Arbeit geleistet. Eigentlich gefällt das den Familien und alles und es wäre schöner eigentlich, wenn das Projekt länger laufen würde.

I2: In Deutschland zum Beispiel ist der Beruf der Pflege nicht so angesehen. Ich bin ja auch Altenpflegerin und mir wurde dann manchmal auch schon etwas skeptisch entgegengetreten „Und du kümmerst dich um alte, kranke Leute (...)?“ Das ist kein guter Ruf den der Beruf hat. Gibt es das hier auch?

G2: Jetzt sehr viele Leute fahren ins Ausland und jetzt ist es ein normaler Beruf. Weil sie sind auch Pflegerinnen da. In Italien besonders. Aber es gibt auch solche Fälle, wie Sie sagen, wie in Deutschland. Überall gibt es auch Leute, die das auch sagen „Ja, was guckst du auch immer bei dem Alten, was machst du da?“

I1: Uns hatte eine andere Pflegerin erzählt, dass sie mal ausgelacht worden ist. Ist das hier auch schon mal passiert?

G2: Nein, hier ist sowas nicht passiert. Ja, wir sind eigentlich jetzt immer erwartet und sind alle dankbar. Eigentlich hier der Stadt [Staat?] hilft nicht so den alten Leuten und deshalb ist das Projekt hier so gut angesehen.

I2: Und wie ist das, haben Sie regelmäßig Kontakt mit den Gemeindepflegerinnen aus den anderen Regionen?

G2: Ja, das Projekt von Cimislia und Orhei.

I2: Und wenn man einfach mal Fragen hat, wie handhabt ihr das, oder wenn man Sorgen hat, dass man sich da einfach so untereinander mit allen auch auseinandersetzt?

I1: Also gibt es Treffen oder Telefonlisten, sowas?

G2: Ja, sie haben ein Handy bekommen, jeder. Und sie telefonieren und sprechen das alles miteinander ab.

I1: Haben Sie auch hier in der Gruppe manchmal Gruppentreffen?

G2: Das haben sie schon vorgestern, mit zwei Pflegerinnen waren wir da und haben uns auch gesehen, wie da sie arbeiten. Ja, sie treffen sich manchmal.

I1: Aber es gibt keinen festen Termin?

G2: Wir gehen nur manchmal und so und gucken Erfahrung. Aber hier wir treffen uns jede Woche und besprechen wir das alles. Mit den anderen Projekten, da ist es nur ab und zu. Aber hier ist es jede Woche. Wenn es ein Problem gibt, dann werde ich angerufen [Feldscher] und dann gehe ich dann dahin und bewerte die Situation, wie wir sie lösen.

I1: Gibt es denn auch eine Art Vernetzung zu anderen Projekten? Wir hatten jetzt ja gehört, dass zum Beispiel manchmal die Kirche einspringt um Sachen zu organisieren.

G2: Hier im Dorf haben wir eine baptistische Kirche. Wenn wir Hilfe brauchen, dann gehen wir dahin und fragen nach der Kleidung und sie helfen immer. Oder etwas zu organisieren, voluntär, ehrenamtlich zu machen die Leute, ob sie helfen können. Und sie helfen uns. Es wurden auch Kinder hier organisiert, um zu helfen. Sie haben einfach da bei den Häusern

geholfen. Ein bisschen sauber zu machen, zu fegen oder Holz zu sammeln. Aja – Kinder so mit 15, 16 – Jugendliche sozusagen. (lacht)

I1: Und ist das gut angekommen? Ist das eine Sache was man regelmäßig machen könnte?

G2: Ja, könnte man so machen. Mit Jugendlichen ist das eigentlich leichter zu machen. Erwachsene sind beschäftigt, haben Arbeit. Aber Jugendliche nach der Schule, die können sie schon helfen. Das könnte man schon organisieren.

I2: Ok. Also von unserer Seite sind wir jetzt von unseren konkreten Fragen eigentlich schon durch. Jetzt einfach die Frage ob Sie noch allgemeine Anmerkungen haben. Ob Sie Lob loswerden möchten oder auch Kritik?

G2: Beim ersten Treffen gibt es keine Kritik. (lacht) Wünsche eigentlich könnte man schon vielleicht schon die Distanz von einem Patienten zum anderen. Das ist das Problem. Es ist sehr groß, sehr lang. Deshalb vielleicht ein Fahrrad oder Motorrad vielleicht irgendwie zu besorgen, dass die schneller da sind.

I1: Und gibt es noch irgendetwas anderes was Ihnen fehlt für die Arbeit?

G2: Was uns fehlt, eigentlich ist Windeln. Und für Verbandszeug. Vielleicht diese Gehstützen, Rollator. Vielleicht ein Rollstuhl. Eimer haben wir auch nicht, vielleicht Eimer. Für Toiletten, diese Toiletteneimer. Für alte Leute diese kleinen Eimer.

I1: Haben Sie vielleicht noch Fragen an uns?

Diskussion über Pflege in Deutschland und Moldau. Unterschiede, Zeitdruck, Trennung von Hauswirtschaft und Pflege, Kommunikation, bessere Infrastruktur, Zuständigkeiten in der Pflege, Versorgungssysteme und Krankheitsstadien etc.

(...)

I2: Und ein weiterer Unterschied, das fällt mir jetzt gerade ein, in Deutschland sind wir nicht so sehr für die sozialen Belange zuständig. Wie beispielsweise die Familie die wir gestern gesehen haben, die Frau mit den fünf Kindern. Das wäre bei uns kein Fall für die Pflege, sondern für den Sozialarbeiter.

I2: Und machen die Frauen auch viel Prävention? Im Sinne von Krankheitsprävention? Brust abtasten, erklären wie man sich gesund ernährt etc.?

G2: Ja, wir erklären. Das hängt davon ab, was für eine Krankheit sie haben. Wenn sie zum Beispiel ein Diabetes hat, was sie essen darf und was sie essen nicht darf. Und die anderen dann erklären sie. Das hängt davon ab, was für eine Krankheit Patient hat. Bei der Ausbildung wurde uns das auch erklärt. Bei der Ausbildung haben wir das auch gelernt bei jeder Krankheit. Was man essen soll und was man nicht essen soll. Und dass wir auch den Patienten erklären, was wir wissen, dann erklären wir es auch weiter. Was nicht, dann fragen wir auch den Arzt.

I1: Und nehmen die Patienten das gut an? Machen sie das dann auch?

G2: Ja, wir erklären so wie wir es gelernt haben. Sie sagen jetzt, dass alles weh tut, dann ist besser sich zu unterhalten. Und wenn wir es sagen, dann am nächsten Tag dann sagen wir, wir fühlen uns besser.

I1: Wir würden nochmal gerne wissen ob Sie mit der Zeit auskommen, die Sie haben. Sie müssen ja zu allen Patienten jeden Tag. Schaffen Sie das überhaupt in Ihren acht Stunden?

G2: Wir versuchen so, alles zu schaffen. Eigentlich schaffen wir es nicht. Wenn wir renovieren müssen oder den ganzen Tag bei den Patienten arbeiten sollen. Aber dann lasse ich die Patienten. Nur morgens gehe ich kurz und dann mache ich es am nächsten Tag. Aber eigentlich so schaffen wir es.

I1: Und zum Beispiel haben wir ja die Bilder gesehen, dass Sie mit der einen Patientin in die Kirche gegangen sind. Ist das Arbeitszeit oder machen Sie das freiwillig?

G2: Das war an einem Feiertag an einem Samstag, wo wir eigentlich nicht arbeiten. Das war freiwillig. Ich wollte eine Überraschung machen, weil sie war so lange nicht in der Kirche. Sie wollte es gern mal wieder. Und sie war sehr dankbar dafür. Ja, die Arbeitszeit ist eigentlich von acht Uhr morgens bis 17 Uhr abends. Eine Zeit haben wir auch Mittagspause. Aber so der Anfang, so wie sie gesagt haben [Renovierung/ Reinigung], kann es auch zwei Tage dauern. Bis alles richtig steht. Die Arbeitszeit ist eigentlich von acht bis 17, aber sie können sich auch anders verteilen. Vielleicht mittags nehmen sie sich mehr Zeit, aber dafür gehen sie erst abends zu den Patienten. Ja, manchmal gehe ich zu den Patienten, sie wollen es auch einfach nicht so früh morgens und deshalb muss ich es einplanen, dass ich erst später die Arbeit anfangen.

I1: Eine wichtige Frage: Was passiert denn wenn eine Gemeindepflegerin krank wird? Übernehmen dann die anderen Ihre Patienten?

G2: Bis jetzt hatten wir so einen Fall nicht.

I1: Und was würden Sie in dem Fall machen?

G2: Eigentlich sollen wir dem Koordinator Bescheid sagen. Eigentlich soll es so sein, dass eine andere Pflegerin übernehmen soll. Ja, sie werden dann die Patienten übernehmen. Ich glaube, deshalb werden wir auch nicht krank werden (lacht). Ich muss für die Patienten sorgen und nur an die Patienten denken, was sie machen und wie sie es schaffen.

I2: Vielen Dank für das Interview und Ihre Zeit.

Verabschiedung

Gruppeninterview 3

Begrüßung. Allgemeine Einführung und Vorstellung der Forscherinnen, der Übersetzerin und der Gemeindepflegerinnen. Es sind drei Gemeindepflegerinnen, eine Krankenschwester (Koordinatorin) und die Vorsitzende von Agapedia Moldova anwesend. Es wird erläutert wie die Übersetzung funktioniert.

Ort/ Datum: Versorgungsstützpunkt/ 07.09.2011

Dauer: 1 Stunde, 8 Minuten

I2: Gut, dann fangen wir einfach mal an und wollten Sie fragen, ob Sie Lust haben einfach ein bisschen vor Ihrer Arbeit zu erzählen, was Ihnen gut gefällt und was Ihnen nicht so gut gefällt.

G3: Es ist ein neues Projekt, es ist etwas Interessantes und das Projekt ist sehr hilfreich für die Bedürftigen.

G3: Das Projekt ist sehr gut, besonders für die Dörfer, weil hier sind ganz viele alte und kranke Leute und am Anfang waren sie auch nicht begeistert davon. Wir wurden nicht akzeptiert, aber jetzt, wo sie sehen, was wir machen, was für eine Arbeit wir leisten, sind sie sehr zufrieden.

I1: Und was mögen Sie besonders gerne an Ihrer Arbeit?

G3: Was mir am wichtigsten ist, ist, dass die Leute sehr zufrieden sind.

G3: Sie warten auf uns und wenn wir zum Beispiel uns verspäten oder nachmittags kommen, dann wird gefragt „Warum seid ihr nicht gekommen, wir haben den halben Tag gewartet“.

I2: Gibt es auch etwas was sie gar nicht mögen, wo sie sagen, dass tu ich überhaupt nicht gerne?

G3: Nein.

G3: Es wäre besser eigentlich – ich habe einen Patienten, der Lähmung hat, und ich zeige ihm, wie man die Krankengymnastik macht. Wir machen das zusammen und dann bitte ich ihn, die Übungen später auch zu machen, und wenn ich das nächste Mal gehe, dann hat er es nicht gemacht. Dann bin ich nicht so zufrieden.

G3: Wir hatten – am Anfang war es schwer, aber jetzt geht alles in Ordnung. Hier gab es das Problem, dass das Zentrum, wo das Büro jetzt steht, gab es Probleme, sie haben es nicht erlaubt am Anfang und deswegen war der Anfang schwer und jetzt ist alles in Ordnung.

I1: Sie hatten das Projekt hier nicht erlaubt?

G3: Nein, das Büro hier. Ja, wo wir uns treffen können. Wir haben uns bei jemandem zu Hause getroffen oder so, sie hatten nicht das Büro. Die organisatorischen Probleme am Anfang waren sehr schwer hier.

I1: Gibt es denn sonst andere Umstände die den Arbeitsalltag erschweren, wie zum Beispiel schlechte Straßen, Wasser?

G3: Erstmal die Wasserleitungen. Es gibt manche, die Wasserleitungen haben, dann ist es leichter. Aber manche haben das noch nicht und dann muss ich Wasser vom Brunnen holen. Manche haben das Bad nicht und wir können dann nicht so richtig waschen. Das WC ist draußen und draußen ist weit. Wir haben Probleme, die Leute auf's Klo zu bringen.

I2: Machen Sie das dann mit Eimern?

G3: Ja, mit einem Eimer und einem selbstgebauten Stuhl.

I2: Sie sagten ja, Sie haben das eben kurz erwähnt, am Anfang war es nicht so einfach mit der Akzeptanz. Aber das hat sich jetzt schon grundlegend geändert?

G3: Ja, am Anfang, als wir angefangen haben, da hatten wir einen Patienten, der hat gesagt „Ja, ich weiß es nicht, wie viel soll ich bezahlen?“ Und ob die Rente mehr als reicht. Und jetzt hat die Frau, die das gesagt hat, hat es den Nachbarn erzählt „Das ist die Hauspflegerin, vielleicht kommt sie auch zu mir“. Sie treffen sich oder die Patienten und Nachbarn besprechen sich und loben dann die Pflegerin, dass sie so viel macht. Und deswegen wollen jetzt mehrere.

I1: Wir hatten von anderen Pflegerinnen gehört, dass die Patienten am Anfang ein bisschen gefremdelt haben und nicht wollten dass Sie sie behandeln.

G3: Ja, es gab hier auch so Fälle. Eine Person, die vielleicht Hilfe brauchte, sie hat es nicht akzeptiert, sie sagte, sie brauche nur Holz für den Winter und wenn sie helfen können, dann sollen sie Holz bringen, aber sonst will sie keine Hilfe annehmen. Eine Patientin hat gesagt bei der Renovierung brauch ich keine Hilfe, nur bei der Landwirtschaft oder so.

I1: Und abgesehen von den Patienten, wie hat das Umfeld auf den neues Service reagiert?

G3: Jeder hat seine Meinung.

I1: Und welche? Gut oder schlecht?

G3: Am Anfang haben sie gesagt, sie werden hier keine große Arbeit leisten. Aber jetzt hat es sich ein bisschen geändert. Sie glauben an nichts.

G3: (steht auf und zeigt ein Foto an der Wand) Diese Frau ist eine Patientin. Sie konnte am Anfang nicht laufen, sie hat aber mit dem Stuhl so ein bisschen laufen gelernt und jetzt kann sie schon mit dem Stock rausgehen und die Nachbarn sehen jetzt, dass sie das machen kann und sind sehr dankbar, dass sie die Hilfe bekommt.

I2: Die anderen Gemeindepflegerinnen hatten zum Teil erzählt, dass viele Leute sie angeguckt haben „Was machst du hier für eine Arbeit warum kümmerst du dich um die alten Leute? Die sterben doch sowieso!“ Und das war halt sehr negativ für sie. Haben Sie so was auch erlebt?

G3: Also, von außen ja, aber von den Patienten nicht. Aber so im Dorf haben sie so was gehört [geringschätzigte Äußerungen].

I1: Und waren Sie deswegen traurig?

G3: Ich habe mich schlecht gefühlt, aber ich habe versucht, es zu erklären, was wir machen, und jetzt, wo die Leute wissen, was für eine Arbeit wir hier leisten, behandeln sie uns besser.

G3: Ich habe in einer Familie – der Mann wurde von dem Staat versorgt, von der Krankenschwester, die von dem Staat bezahlt wird, und die Frau habe ich übernommen. Und die andere, die Krankenschwester kommt und sagt „Was für eine Arbeit Sie machen?“. Damit sie sehen, sie ist einfach nur neidisch, aber die Frau [die Patientin] schimpft immer mit der Krankenschwester „Was für einen Arbeit, Sie machen gar nichts und Sie müssen so was nicht sagen“. Sie sehen, dass eine gute Arbeit geleistet wird.

G3: Wir haben hier ein bisschen Probleme mit dem Bürgermeister. Der Bürgermeister ist nicht einverstanden mit dem Projekt und meint, sie brauchen hier so ein Projekt nicht und ich habe es den alten Leuten auch gesagt, dass der Bürgermeister so was gesagt hat und sie schimpfen immer, sie werden zu dem Bürgermeister persönlich gehen und ihm die Meinung sagen. Hier gibt es ein Problem mit dem Bürgermeister. Es wurde der Bürgermeister gewählt, aber wir wollten den anderen, der früher war, der hat uns viel geholfen. Und jetzt, wo der andere gewählt wurde, der setzt uns unter Druck, dass wir den anderen wollten.

I2: Und wie sieht das aus mit den eigenen Familien, unterstützen die Sie im Beruf?

G3: Am Anfang war es schwer. Hier hatten wir keine Waschmaschine und es waren ein paar Frauen da bei denen unbedingt gewaschen werden musste, und da habe ich es dann nach Hause genommen und mein Mann hat erst nichts gesagt und beim zweiten Mal hat er gesagt so was geht nicht. Ich hab versucht, es ihm zu erklären und es ist gut gegangen.

I1: Und bei den anderen?

G3: Ja, sie unterstützen, die Familie unterstützt und sie versuchen uns zu helfen. Sie verstehen, dass wir so vielleicht auch werden sollten.

I1: Was bedeutet das?

G3: Sie verstehen, dass wir den alten Leuten helfen und vielleicht wenn wir Hilfe brauchen.

I1: Wir würden gerne etwas über die Patienten erfahren. Wie viele Patienten versorgt denn jede einzelne von Ihnen, hat denn jede Einzelne zu versorgen?

G3: Alle sechs.

I1: Haben die einen hohen Versorgungsbedarf? Wie oft müssen Sie zu ihnen gehen und müssen Sie dann viel machen oder nur vorbei schauen?

G3: Wir gehen jeden Tag zu ihnen, sie sind bedürftig. Aber es hängt davon ab, was für eine Krankheit und was sie brauchen. Beim einem länger, bei dem anderen etwas kürzer. Wenn sie bei einem viel zu tun haben, kann es sein, dass der nächste, der nicht so viel Hilfe braucht, am nächsten Tag dran kommt.

I1: Das war unsere nächste Frage. Schaffen Sie denn alles was Sie sich vornehmen oder müssen Sie es manchmal verschieben auf andere Tage?

G3: Manchmal braucht sie [die Patienten] es [die Unterstützung/Pflege] mehr und deshalb bleiben wir, wenn es nötig ist bei einem mehr und die anderen Patienten kommt am nächsten Tag und kann dann auch mehr Hilfe benötigen.

I1: Und was sind so die meisten Krankheiten, die Sie behandeln müssen?

G3: Bluthochdruck, Unfälle, Brüche und so [oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen... accidente vasculare → unklare Übersetzung], Diabetes, Krebs.

I1: Was ist denn bei jeder Pflegerin so der schlimmste Fall, wo am meisten Pflege rein gesteckt werden muss?

G3: Sie hat einen Beinbruch, sie ist bettlägerig, braucht einen Rollstuhl und deswegen braucht sie am meisten. Sie muss nach draußen mit dem Rollstuhl, sie muss jeden Tag gewaschen werden. Wasserleitungen hat sie aber. Weil sie bettlägerig ist, ist es etwas schwieriger, weil sie muss jeden Tag gewaschen werden und zur Toilette gebracht werden.

I2: Und wenn der Bruch verheilt ist, müssen Sie dann überhaupt noch dahin? Kann sie [die Patientin] sich dann wieder selbst versorgen?

G3: Wenn sie vielleicht die Anweisungen annimmt, die ich ihr gebe, dass sie mehr übt und mehr macht, dann wird es besser. Aber es gefällt ihr so ganz gut, glaub ich und da will sie nicht so viel machen und ich glaube nicht, dass sie so schnell heilt. Ich hatte auch eine andere Patientin, die auch bettlägerig war, aber sie ist sehr aktiv und wenn es jetzt schon früh am Morgen ist, dann geht sie schon allein nach draußen. Die mit dem Rollstuhl muss üben und manchmal wartet sie auf den Mann, dass er ihr hilft sich auf den Rollstuhl zu setzen aber sie will nicht so viel machen. Manchmal trinkt sie auch Alkohol.

I2: Also Alkohol ist auch ein häufiges Problem in den Familien?

G3: Nein nur in dem Fall. Der Mann trinkt auch ein bisschen, deswegen soll sie es auch allein schaffen, aber sie wollen es auch nicht so weiterhelfen oder mithelfen.

I2: Jetzt haben wir viel über Krankheiten gesprochen in Pohrebeni haben wir ja gesehen dass auch Familien – da ist keiner direkt krank – aber es gibt eine schwierige soziale Lage. Ob Sie das auch haben?

G3: Nein hier sind die Patienten alle nur, wenn sie eine Krankheit haben. Weil hier gibt es im Dorf auch eine Krankenschwester vom Sozialamt, die auch zu den Bedürftigen hingeht.

I1: Aber müssen sie manchmal – wir hatten ja gehört, dass zum Beispiel die Gemeindepflegerin manchmal den Rentenbescheid ausgefüllt hat oder Wege zum Amt gemacht hat. Haben Sie so etwas schon mal gemacht?

G3: Ja, ich habe hier einen der eine Lähmung hatte und als er am Anfang in das Projekt aufgenommen wurde dann hat er mit seinem Bruder zusammen gewohnt. Nur einer hat die Rente bekommen nur 116 Lei und sie haben von der Rente zusammen gelebt. Damals war ich im Rathaus bei dem Bürgermeister, habe ich auch Hilfe beantragt und hab 2000 Lei

bekommen und dann bin ich weiter gegangen und hab die Dokumente für den Behinderungsgrad gemacht und jetzt bekommen sie das Geld.

I1: Wie viel bekommen sie jetzt?

G3: 1500 Lei bekommen sie jetzt. Aber der Bruder ist gestorben und er ist alleine geblieben.

I1: Können Sie sich denn vorstellen diesen Beruf, den Sie jetzt machen, auch längere Zeit zu machen, also über die Projektdauer hinaus?

G3: Ja, wir wünschen uns, dass es weiter läuft.

I1: Kennen Sie noch andere Projekte, die in dem Bereich häusliche Pflege aktiv sind und mit denen Sie schon mal in Kontakt gekommen sind?

G3: Hier gibt es keine anderen Projekte.

I1: Also vorher hat sich niemand um diese Menschen gekümmert?

G3: Nein.

I2: Haben Sie regelmäßigen Kontakt zu den anderen Pflegerinnen aus den anderen drei Gebieten?

G3: Ja, mit Pohrebeni und Gura Galbenei.

I2: Und wie?

G3: Wir telefonieren oder wir treffen uns, wenn wir die Dokumente fertigmachen, bei einem Zentrum, Kreis.

I2: Und tauschen Sie sich dann manchmal über Problemfälle aus?

G3: Ja, wir sprechen über Erfahrungen und auch über Probleme und wie wir es machen.

I1: Und hilft Ihnen das?

G3: Ja, wir denken, dass es hilft.

I2: Haben Sie auch noch Kontakt zu anderen Organisationen, Helfern, Unterstützern, sag ich mal?

G3: Wenn wir Probleme haben mit den Krankheiten und den Arzt brauchen, dann besprechen wir auch mit den anderen Krankenschwestern, dass sie dem Arzt bitte Bescheid sagen, aber es ist das Problem, dass der Arzt hier zwei Dörfer hat und er kommt nur Samstag. Und wenn nötig ist, dass der Krankenwagen kommt, dann muss unbedingt die Krankenschwester vom Dorf kommen, um das zu sehen und dann kommt der Krankenwagen, sonst kommt er nicht.

I2: Die anderen erzählten, dass sie auch mal Unterstützung von der Kirche kriegen, wenn was fehlt oder Unterstützung von Jugendlichen bei Renovierungsarbeiten.

G3: Ja, vielleicht ein Brot oder so von der Kirche. Wir organisieren eigentlich von der Familie, da kann der Sohn im Winter das Holz machen oder ein Nachbar hilft auch ein bisschen.

I1: Funktioniert das mit den Nachbarn? Es war ja auch immer der Plan auch die Nachbarn mit einzubinden, damit die etwas nach den Leuten gucken. Funktioniert das hier auch?

G3: Am Anfang bei einem Patienten, bei einer Frau, da war der Herd kaputt und dann haben die das in der Nachbarschaft angesprochen und jemand hat ihr einen alten Herd gegeben, weil der alte war ganz kaputt.

I1: Dann würden wir gerne noch was zur Ausbildung fragen. Und zwar erstmal, wie Ihnen der Unterricht gefallen hat und dann auch so was die interessantesten Themen waren?

G3: Für mich waren alle Themen so richtig interessant. Viel Auskunft und Information. Eine sehr gute Information, die wir jetzt auch benutzen.

I1: Und fanden Sie das war gut aufgebaut, dass immer schön Übungen gemacht wurden?

G3: Ja, im Praktikum ja. Aber bei der Arbeit finden wir immer was Neues, was wir noch lernen sollten. So wie wir am Anfang waren, dass wir nichts kannten und so haben wir viel gelernt.

I1: Sie sagten es gibt Sachen die Sie noch lernen könnten. Das heißt ja, Sie haben bestimmt etwas erlebt, wo sie nicht genau wussten was Sie machen sollen. Was haben Sie da getan?

G3: Ich kann mich nicht genau daran erinnern, aber es waren so Kleinigkeiten.

I2: Also die anderen erzählten wenn sie mal nicht weiter wissen, dann rufen sie die Krankenschwester an oder den Arzt damit die dann noch mal kommen können und Rat geben können.

G3: Ja, wenn etwas nicht klar ist, dann rufen wir die Koordinatorin an, die Leiterin, und dann ruft sie den Arzt. Es ist gut, dass wir die Handys haben, und dann können wir schnell anrufen und das Problem lösen.

I2: Und gibt es etwas, was Sie sich in der Ausbildung mehr gewünscht hätten? Inhaltlich, so „Ich hätte gerne noch mal lieber das und das Thema behandelt.“?

G3: In der Ausbildung wär' es besser, dass es auch eine Fortbildung nach zwei oder drei Jahren gibt. Damit wir uns auch zusammen treffen können und die Probleme sagen können, die wir getroffen haben und was die Lehrer dazu sagen können.

G3: Ich hab meinem Mann gesagt, dass als ich in der Schule war, wollte ich über Medizin gar nichts hören und jetzt sag ich meinem Mann immer, wenn ich jetzt das Abitur gemacht hätte, dann hätte ich jetzt Medizin studieren wollen.

I1: Wenn Sie jetzt an die Ausbildung denken, gab es das Sachen wo Sie dachten „Huch das gehört auch zu Medizin?“, so inhaltlich?

G3: Ja, zum ersten Mal, wo ich es nicht kannte bei der Ausbildung, hab ich sehr viel gelernt. Ich wusste, dass man den Verband wechseln muss, aber wie man das macht, so richtig, haben wir da gelernt und die Wunden, wie man die behandelt, das haben wir auch gelernt und das hat uns viel gebracht.

I1: Wir würden gerne noch mal konkret darauf zurückgehen, ob es irgendetwas gibt was Ihnen fehlt damit Sie Ihre Arbeit richtig machen können? Material zum Beispiel.

G3: Es fehlt eine Heizung und das Bad, wo wir bei den Patienten waschen können und das Wasser ist auch weit.

I2: Und wie lange sind sie so unterwegs von Patient zu Patient?

G3: Es gibt fünf Minuten oder auch halbe Stunde. Es wäre besser eigentlich wenn es wenigstens ein Fahrrad hier geben würde. Das war am Anfang sehr schwer auch Kleidung zum Waschen hier herzubringen, sie waren sehr schwer so zu Fuß zu tragen. Jetzt gibt es manchmal ein Auto und wir können es bringen.

I1: Haben Sie denn alle ein Blutdruckmessgerät?

G3: Ja, haben wir alle.

I2: Haben Sie eine Pfllegetasche mit Handschuhen und Material?

G3: Ja.

I1: Was ich gerne noch wissen würde, ist: am Anfang, wenn Sie zum Patienten gehen, dann legen Sie diesen Plan fest was gemacht werden muss. Wenn sich jetzt der Zustand des Patienten bessert, wird dann ein zweiter Besuch gemacht um zu gucken um den zu aktualisieren?

G3: Ja, wenn ich zum ersten Mal zu einem Patient gegangen bin, hab ich den Blutdruck gemessen und der war zu hoch und dann hab ich ihm die Medikamente gegeben und hab ihm gesagt, dass er sich ein bisschen hinlegen soll und dann bin ich später noch mal hingegangen und hab noch mal gemessen und hab gesehen, dass es ihm gut geht, und da war ich beruhigt. Also, es nicht immer alles nach der Planung.

G3: Bei mir zum Beispiel, wenn ich sie im Rollstuhl draußen lasse. Und lasse sie für eine Stunde da, dann muss ich zurück gehen und gucken, ob der Mann sie ins Haus gebracht hat, damit sie nicht den ganzen Tag da draußen sitzt.

I1: In der Ausbildung wurde auch die Gesundheitserhaltung beigebracht. Machen Sie das auch, dass sie gucken wie kann man Krankheiten verhindern durch bestimmte Ernährung oder bestimmte Verhaltensweisen?

G3: Ja, wir haben das gelernt und wir erklären das den Patienten.

I1: Und machen das die Patienten auch?

G3: Es gibt verschiedene Fälle, manche hören zu, andere nicht. Bei mir hört die Patientin, aber sie ist auch immer ganz zufrieden wenn es was zu essen gibt. Und wenn der Mann ihr nur Pflaumen auf den Tisch stellt, dann isst sie nur Pflaumen.

I2: Alle haben jetzt ja sechs Patienten. Haben Sie denn das Gefühl, dass der Bedarf dann hier in der Gegend gedeckt ist oder gibt es eigentlich noch viel, viel mehr Leute?

G3: Ja, es gibt viel mehr, die es [eine Versorgung durch die Gemeindepflegerin] brauchen.

I2: Haben Sie auch regelmäßige Treffen hier im Team?

G3: Das ist hier neu [das Gebäude], aber wir treffen sich fast jeden Tag hier. Wenn wir arbeiten hier, dann machen wir das Zentrum. Wir treffen uns hier jeden Tag weil wir hier alles selbst gemacht haben, Renovierung und so. Wir haben uns früher einmal die Woche getroffen bei jemand zu Hause oder so. Aber jetzt, wo wir hier Renovierungsarbeiten machen, können wir uns fast jeden Tag treffen.

I1: Gibt es noch irgendwas was Sie gerne loswerden würden zu dem Projekt. Kritik, Lob was wünschen Sie sich?

G3: Ich wünsche mir, dass es weiterläuft das Projekt.

G3: Der Lohn vielleicht ist es ein bisschen wenig für die Arbeit. Ich bleibe auch mehr nach der Arbeit und dann helfe ich den Leuten, weil sie es unbedingt brauchen und eigentlich ist das viel Arbeit.

I1: Sie arbeiten also mehr als Sie arbeiten müssten?

G3: Ja. Das macht mir die Arbeit schwer und jeden Tag muss ich bei den Patienten waschen und das Wasser ist ganz weit, vom Brunnen muss ich es holen und muss alles waschen und bettlägerig und deshalb ist eigentlich mehr Zeit nötig. Sie liegt schon seit 20 Jahren im Bett und kann nicht richtig laufen. Es gibt ganz viel zum Waschen. Bei der Patientin brauch ich vielleicht den ganzen Tag jeden Tag. Es ist schwer und ich bin ganz allein. Die anderen beschwerten sich „Bei der bleibst du den halben oder den ganzen Tag und bei mir nur so schnell“.

I2: Das war es dann soweit von unserer Seite, es sei denn es will noch jemand etwas anmerken. Ansonsten können Sie auch gerne Fragen an uns stellen.

Es wird die Frage gestellt ob es Unterschiede in der Pflege hier und in Deutschland gibt. Unterschiede werden erläutert: Zeitdruck, Kommunikation, Trennung von hauswirtschaftlicher und medizinischer Pflege, bessere Infrastruktur mit Wasser und Heizung.

Das Wort wird noch mal an die Vorsitzende von Agapedia Moldova gegeben. Und sie merkt an, dass wenn es mal eine staatliche Versicherung geben wird, wird auch der zeitliche Druck größer werden. Sie sind die ersten hier in Moldau. Jetzt zu Beginn muss man zunächst schauen, wie lange die einzelnen Tätigkeiten dauern, um Erfahrungswerte zu sammeln. Sie bemerkt auch, dass die Pflegerinnen am Anfang sehr schüchtern waren und jetzt immer selbstbewusster werden.

Anmerkungen nach Beendigung des Interviews:

G3: Es ist wichtig, dass die Leute zufrieden sind mit der Arbeit und dass sie das auch weitersagen.

G3: Ich hatte diese eine Patientin ohne Herd und ohne Heizung, aber sie konnte schon richtig so laufen. Die Krankenschwestern von der Stadt haben sie verlassen, weil sie so zickig war. Wir haben sie aufgenommen, haben renoviert und richtig sauber gemacht. Sie wollte eigentlich nicht, dass man ihre Sachen anfasst. Und sie hatte das Land zum Pachten weitergegeben und sie dachte, dass sie ihr das Haus wegnehmen wollen und sie hat gefragt, ob sie ihr bei der Landwirtschaft helfen können, aber sie erlaubt eigentlich nichts. Und jetzt sagt die Frau wieder, sie braucht keine Hilfe und sie wird eh sterben und wir sollen weggehen. Aber ich bin sicher, dass sie im Winter doch noch mal Hilfe braucht.

Schilderung eines Versorgungsablaufs anhand eines Beispielpatienten

G3: Ein Junge ist 31 Jahre alt. Als wir ihn aufgenommen haben, war er bettlägerig, er hatte die linke Seite gelähmt und er konnte nicht sprechen. Wir konnten nur mit Zeichen sprechen. Wir haben am Anfang mit den Sozialproblemen alles geklärt, mit den Dokumenten, und dann haben wir angefangen, mit ihm Massagen zu machen und mit ihm langsam zu sprechen. Und so langsam haben wir angefangen erste Schritte zu machen, Krankengymnastik jeden Tag zu machen und jetzt kann der Junge schon Fahrrad fahren. Die Krankheit liegt in der Familie. Er hat einen Bruder gehabt er hatte Hepatitis und mit dem Herzen Probleme, aber der konnte auf den Jungen mit der Lähmung aufpassen. Es ist so passiert, dass der Patient bettlägerig geworden ist und der andere hat für ihn gesorgt. Der Bruder ist jetzt gestorben und der Junge ist allein geblieben. Er hat noch eine Tante, aber sie ist selbst krank, krebskrank.

Anhang IX – Transkripte Experteninterviews

Experteninterview 1

Begrüßung, Vorstellung und Erhebung der soziodemografische Daten sowie der Ausbildung.

Anmerkung: Dieses Interview wurde nicht, wie die anderen, von der moldauischen Dolmetscherin übersetzt. Dieses Interview wurde von der Geschäftsführerin von Agapedia übersetzt.

Ort/Datum: Büro in Chisinau; 05.09.2011

Dauer: 1 Stunde 53 Minuten

Alter: 53 Jahre

Familienstand: geschieden

Ausbildung: Ausbildung zur Krankenschwester; Studium der Psycho-Pädagogik mit anschließender Promotion; diverse Weiterbildungen am National Institut of Nursing in den USA

Funktion: Chefkrankenschwester; Universitätsdozentin in Psycho-Pädagogik; Präsidentin der nationalen Krankenschwestervereinigung

I1: Dann fangen wir jetzt an. Wir würden gerne wissen in wie Sie sich vorstellen können, dass das Projekt so wie es jetzt gerade läuft von der Bevölkerung angenommen werden würde.

E1: Ich kenne die Situation hier im Land, also die Krise, die es jetzt hier gibt – finanzielle Krise – und wie es den Leuten hier geht und vor allem hier auf den Dörfern, in welchem schlechten Zustand manche Familien dort leben müssen und deshalb kann ich nicht nur sagen, wie ich denke, dass das Projekt angenommen wird, sondern ich weiß, wie das Projekt angenommen wird. Und in diesem Zusammenhang [durch die Arbeit an dem Projekt] habe ich auch die Möglichkeit auf dem Land die Familien zu besuchen und ich sehe die Situation vor Ort und ich besuche auch die Stützpunkte und spreche mit den Krankenschwestern und deshalb kenne ich die Situation vor Ort. Und deshalb kann ich sagen, dass vor allem die Patienten sehr, sehr dankbar sind, dass es diesen Service gibt. Des Weiteren auch die Angehörigen im näheren Umkreis, aber auch die Leute, die im Dorf wohnen, also die, die um den Patienten rum sind und als Drittes die medizinischen Pflegestützpunkte und als Viertes auch die Ärzte, die in diesem Projekt dabei sind. Alle, die in diesem Projekt dabei sind, sind sehr dankbar, dass es das gibt. Das, was Agapedia hier mit diesem Projekt macht, ist leider nur ein Tropfen auf den heißen Stein, weil es diesen Service in jedem Bezirk, in jedem Dorf geben sollte. Wir haben hier in Chisinau total 5.000 – nur allein hier in der Stadt Chisinau gibt es 5.000 bettlägerige Patienten, die eigentlich versorgt werden müssten zu Hause und sie

schaffen es im Jahr, nur 800 Patienten zu besuchen. Aber da kommt rein palliativ, Pflege, Hausbesuche.

I1: Würden Sie denn sagen es gibt ein gesellschaftliches Problembewusstsein dafür oder sind die Leute auf der Straße noch nicht so weit, dass sie das akzeptieren, dass da was gemacht werden muss?

I2: Verschließen sie die Augen?

E1: Das hängt auch sehr viel an den Bürgermeistern, die in den einzelnen Bezirken vor Ort sind. Ich meine jetzt, dass es nur ganz wenige Ausnahmen gibt, wo der Bürgermeister sagt, dass es schwerwiegendere Probleme gibt, die gelöst werden müssen, als Patienten zuhause zu versorgen. Aber ich kenne eigentlich nur Bürgermeister und Leute in der Umgebung, die dieses Projekt befürworten würden. Das Modell, was ich zusammen mit Agapedia aufgebaut habe, und auch die Ausbildung, die ich hier geleitete habe, ist ein Modell und ich kann nicht sagen, dass es schon vorher so ein Modell gegeben hat, wo man auch auf die Dörfer gefahren ist. Die meisten Modelle, wenn es die gegeben hat, dann waren die hier nur in der Stadt. [Für] Das Projekt, das Frau M. auch unterstützt, also Agapedia, gibt es folgendes Problem: Beim Ministerium werden immer nur die medizinischen Belange, die bekommen Zuschüsse und die sozialen bekommen keine. Und bei so einem Projekt müssen beide zusammenarbeiten, dass es von beiden Seiten Zuschüsse gibt, um dieses Projekt praktisch längerfristig halten zu können. Ich gehe zu Patienten und ich kann ihnen natürlich bezahlt eine Spritze geben oder sie verbinden, aber wenn ich in das Zimmer komme und es hat keine Heizung und es ist alles dreckig und der Patient liegt da und ist nicht gut versorgt, dann nutzt auch die Spritze und der Verband nichts, wenn man nicht das Ganze ganzheitlich auf die Füße stellt.

I1: Um das zu erreichen wäre es ja auch notwendig, dass dieser sozial-pflegerische Aspekt mehr Beachtung findet. Auch in der gesellschaftlichen Öffentlichkeit. Wir haben ja schon gehört, dass die [Gemeindepflegerinnen] ausgelacht wurden und nicht so anerkannt waren. Gibt es denn eine Möglichkeit diesen Beruf aufzuwerten?

E1: Während der Ausbildung habe ich zu den Pflegerinnen immer wieder gesagt „Wenn ihr zu einem Patienten hinget und ihn wascht und ihr seht er hat nicht mal Bettwäsche oder er hat nichts zum Anziehen und es ist alles dreckig“ und dann hab ich den Pflegerinnen – auch mit Filmen gezeigt – wie man die Patienten wäscht und wie man sie anzieht und wie man sie sauber hält und wie man da Ordnung macht und wenn dann die Nachbarin kommt und sieht „Ah, das ist sauber hier“, dann bekommt sie [die Gemeindepflegerin] ein Kompliment und dann bekommt sie auch von der Gesellschaft praktisch einen Zuspruch, dass das jetzt alles anders aussieht. Das ist der Input, den sie am Anfang machen müssen, um dann am Ende eine Bestätigung für ihre Arbeit zu bekommen. Es ist hier schwer, die Mentalität, also das Denken in den Köpfen, zu verändern – in der Gesellschaft. Wir hatten vor Jahren hier, also früher war es so, dass die Patienten unentgeltlich in die Krankenhäuser gehen konnten und eine Behandlung bekamen. Der Patient hat sein Geld gespart, hat sich drei Wochen ins Krankenhaus gelegt, wurde dort gepflegt und hat dort Essen bekommen und das war auch selbstverständlich, dass man sich drei Wochen ins Krankenhaus legt und gepflegt wird, ohne dass es was kostet. Ich hab den Pflegerinnen immer gesagt, dass das, was sie in die Patienten investieren, dass sie das vom Patienten zurückbekommen, und was gibt es Schöneres, als die Anerkennung vom Patienten, dem es gut geht und der die Arbeit honoriert, die die Pflegerin macht. Das ist das beste Geschenk, das man machen kann und wenn dann auch jemand sie vorher dann auslacht „Was macht ihr hier für 'ne Arbeit, ihr putzt den Popo von den alten Leuten?“ Das wird in den Hintergrund treten und die Anerkennung wird größer werden und

vor allem von den Patienten. Auch das Gesetz ist hier nicht gut ausgestattet. Auch die Sozialarbeiter, die auf dem Dorf tätig sind, die haben zwar ihre Ausbildung, aber sie haben keine Erfahrung und sie arbeiten auch nicht richtig und sie haben keinen Bezug zu ihrer Arbeit, und auch da müsste eine Änderung stattfinden. Die Sozialarbeiter, die auf dem Dorf sind, die haben praktisch, also ihre Aufgaben ist nicht gut definiert, also, die sind zwar da, aber, damit die das Gas und Wasser bezahlen für die alten Leute, aber sonst nichts machen. Die Pflegerinnen, die ich ausgebildet habe, die gehen hin und machen eine wirklich gute Arbeit und helfen den Patienten und arbeiten mit den Patienten. Und die ausgebildeten Sozialarbeiter auf dem Dorf kommen einmal im Monat, um eine Unterschrift sich geben zu lassen, dass die das Wasser bezahlt haben, und das kann nicht sein.

I1: Also muss die Ausbildung für die Sozialarbeiter verändert werden?

E1: Diese Sozialarbeiter müssen eine neue Ausbildung kriegen, mit 'nem neuen Curriculum, wo genau drinsteht, wie sie den Patienten helfen können, wie es auch effizient ist.

I2: Können Sie sich vorstellen ob dieses Versorgungskonzept, also wir sind jetzt wieder bei den Gemeindepflegerinnen und weg von den Sozialarbeitern, dass es vielleicht in die Regelversorgung, also in das Gesundheitssystem übernommen werden könnte? Sie sagten ja schon gesetzliche Grundlagen dafür sind noch nicht da, aber vielleicht kann man die ja auch schaffen dafür?

E1: Es gibt schon einen kleinen Ansatz der Unterstützung vom Staat wir bekommen 69 Lei [ca. 4,3 €] pro Patient für medizinische Hilfsmittel.

I2: Pro Monat?

E1: 69 Lei bekommt ein Patient für einen Besuch einer Pflegerin, dazu gehört Medikamente, Transport bis dahin und was sonst alles abgedeckt werden muss.

I1: Und das läuft über die Versicherung?

E1: Das geht über die staatliche Krankenversicherung. Aber das reicht hinten und vorne nicht. Wenn eine private Organisation von diesem Geld leben müsste, wenn sie Patienten versorgen würden, würde das hinten und vorne nicht reichen, weder für die Administration, weder für einen Koordinator oder einen Direktor noch für Medikamente oder was so anfällt. Das Geld reicht auf jeden Fall nicht, um das auszubauen.

I2: Jetzt wär so die nächste Frage, wen könnte man da denn noch mit einbinden?

E1: (beantwortet weiterhin die vorangegangene Frage) Es gibt auch Patienten, die weniger bekommen als das. Es hängt immer vom Schweregrad des Patienten ab. Es gibt Patienten, die weniger als 69 Lei bekommen, und bei schwer bettlägerigen Patienten kann es auch sein, dass die mehr kriegen als die 69. Das hängt vom Grad ab, wie der Hausarzt die Diagnose stellt.

Zwischenbemerkung von der Vorsitzenden von Agapedia Moldova: man müsse trotzdem anerkennen, dass der Staat wenigstens ein bisschen macht und angefangen hat einen Obolus zu geben und anerkannt hat, dass Pflege zu Hause auf jeden Fall wichtig ist. Und das ist was sie gerade gesagt hat, dass es schon mal der erste Schritt ist.

I2: Und jetzt die Frage, wen könnte man für die Finanzierung bzw. für die Organisation einer solchen Versorgung noch heranziehen? Welche Anknüpfungspunkte, Ministerin, Organisationen? Und wer könnte oder sollte die Kosten übernehmen?

E1: Zuerst müssen wir nach Ablauf von einem Jahr von diesem Projekt die Gesamtkosten berechnen. Dann nehmen wir noch von anderen Organisationen, die vielleicht auch so einen ähnlichen Service anbieten, ihre Kostenrechnung und werfen die zusammen und schauen, was für ein Durchschnitt ungefähr an Kosten für so ein Projekt herauskommen würde. Und dann müssten Spezialisten kommen und sagen „So und so“, das sind die realen Kosten für das Projekt. Und mit diesem Kostenvoranschlag könnte man dann weitermachen.

I1: Und wer ist das? Wer sind WIR? Wer ist da beteiligt an diesem Kostenzusammenstellungsprozess?

E1: Es sind Buchhalter und es sind Manager des Gesundheitsministeriums, die das dann berechnen, aus den Abteilungen des Gesundheitsministeriums. Und Repräsentanten der Nichtregierungsorganisationen, die dann auch noch ihr Wissen und Können da einfließen lassen.

I1: Und wenn sie dann diesen ‚Kostenberg‘ hätten, an wen wird das weitergereicht?

E1: *(lange Erklärung mit Anfertigung einer Grafik, die an die Interviewer weitergegeben und erklärt wird)* Die Kosten werden der öffentlichen Gesundheitsverwaltung präsentiert, die wiederum gehen aufs Gesundheitsministerium, präsentieren das dort und das Gesundheitsministerium muss seine Bewilligung abgeben, ob die Kosten, die sie errechnet haben, so in Ordnung sind, oder ob man was weniger oder irgendwo mehr machen muss. Vom Gesundheitsministerium, wenn die das also befürworten, dass die Kosten so in Ordnung sind, die wiederum arbeiten mit der staatlichen Krankenversicherung zusammen, und wenn dann Organisationen da sind, die diese Aufgabe praktisch machen möchten, müssen [sich] die Organisationen mit der staatlichen Krankenversicherung in Verhandlungen begeben, ob die staatliche Krankenversicherung mit den jeweiligen Organisationen, die diese Aufgaben übernehmen wollen, zusammenarbeiten wollen, um dann diese Kosten praktisch übernommen zu bekommen.

I1: Das heißt, die Organisation bietet praktische den Service an und die Versicherung bezahlt dann die Organisation und das Geld kommt vom Gesundheitsministerium?

E1: Nicht richtig. Agapedia geht mit der staatlichen Krankenversicherung einen Vertrag ein und das Geld kommt dann von der Krankenversicherung an Agapedia, um diesen Service ausführen.

I1: Das heißt, im Prinzip sind diese Organisationen, wie Agapedia immer notwendig, und die müssen auch bestehen bleiben, damit sie den Service anbieten?

E1: Sehr, sehr erwünscht sind diese NGOs, weil die diese Aufgabe übernehmen. Wir brauchen sie dringend. Jetzt im Moment würde aber keine NGO überleben die mit der staatlichen Krankenversicherung einen Vertrag abschließt, weil das Geld momentan hinten und vorne nicht reichen würde. Sie hatten einen Fall wo dass eine NGO versucht hat und das ging nicht.

I1: 'Ne moldauische NGO?

E1: Das war eine moldauische NGO. Ich möchte noch sagen, dass auf jeden Fall diese NGOs, die den Vertrag mit der Krankenversicherung machen, auf jeden Fall noch Gelder woanders herbekommen müssen, weil das sonst niemals reichen wird, den Service aufzubauen. Die müssen noch Fonds entweder vom Ausland oder von irgendwo anders herbekommen. Weil nur über die Krankenversicherung werden die Kosten niemals gedeckt werden.

I2: Wir reden jetzt nur von NGOs. Gibt es denn überhaupt staatliche Organisationen, die so arbeiten wie jetzt beispielsweise Agapedia oder so was in der Art?

E1: Es gibt momentan keine staatliche Einrichtung, die zum Beispiel so arbeitet wie Agapedia jetzt im Moment. Was wir haben, sind diese Stützpunkte, wo die Krankenschwestern und ein Hausarzt sind, und wenn es die Krankenschwester dort schafft, zu den Patienten nach Hause zu gehen und die zuhause zu pflegen, dann ja, aber eine staatliche Einrichtung, die das übernimmt, gibt es im Moment nicht. Die Krankenschwestern in den Versorgungszentren möchten diese Arbeit auch gar nicht machen, den Patienten zuhause pflegen. Erstens mal, weil es viel zu viel Zeit in Anspruch nimmt. Sie brauchen eine Stunde, bis sie erstmal beim Patienten sind, dann möchte der vielleicht auch ein bisschen reden, bis sie dann beim Nächsten sind, ist dann der halbe Vormittag rum. Die möchten die Arbeit gar nicht machen. Vor allem nicht mit dem kleinen Gehalt, das sie kriegen, sind sie nicht interessiert, auch noch häusliche Pflege zu übernehmen. Sie machen den Part mit medizinischer Versorgung, praktisch Spritzen oder Verband, aber mehr nicht. Diesen Job müssen Menschen übernehmen, die das machen wollen, die das vom Herzen her machen möchten, mit den alten Leuten zu arbeiten und nicht die (Satz wurde nicht zuende geführt)

I2: Es klingt ja so, im Grunde „Es mangelt am lieben Geld“. Jetzt ist die Frage, wir hatten das ja schon in der Diskussion, zum Beispiel die Einführung einer Pflegeversicherung, die auch vom Ausland gefordert wird, wenn wir das richtig verstanden haben. Wäre die Gesellschaft bereit ihrer Meinung nach auch Versicherungsbeiträge für eine zusätzliche Versicherung, wie die Pflegeversicherung, zu leisten?

E1: (Die Dolmetscherin erklärt, es gibt ein kurzes Missverständnis über die Form einer Pflegeversicherung das aber aufgeklärt werden kann) Wir haben das angeboten und haben gedacht, wir machen so ein kleines Kästchen, und die Patienten dürfen da ganz wenig einfach so als Obolus zeigen ‚sie wertschätzen die Arbeit‘ und es kam gar nichts, gar nichts in die Kasse.

Erläuterung durch die Dolmetscherin zur vorangegangenen Diskussion:

Sie [E1] hatte das falsch verstanden und es wird kurz geschildert was sie verstanden hat. Und deshalb hat sie gesagt die Patienten geben nichts mehr her für eine Pflegeversicherung. Frau Mardarovici hat erklärt, dass das nicht auf freiwilliger Basis ist, sondern dass das eingeführt wird, staatlich verpflichtet, jeder muss einen gewissen Beitrag in die Pflegeversicherung einzahlen.

Das ist eine gute Idee, das müsste man hier mal propagieren und versuchen ob man das durchkriegt hier. Als ich dieses Projekt mit der kleinen Spende von den Patienten initiiert habe und kein Patient etwas geben wollte, dann haben am Schluss die Pflegerinnen Geld in die Kästchen reingeworfen, weil sie nicht zeigen wollten, dass gar keiner Interesse hatte. Und sie haben gedacht, sie seien schuld, weil sie das den Patienten nicht genug erklärt haben, und haben dann selber Geld rein getan. Sie [die Patienten] haben so kleine Pensionen, dass sogar 1 Lei für sie viel ist. Ich war selber beim Patienten und auch der Herr B. war dabei und wir haben gesehen, dass er eine Packung Maccaroni in zehn kleine Portionen aufgeteilt hat, in kleine Päckchen verteilt hat, damit die sie ihm zehn Tage reichen, um zehn Tage essen zu

haben. Die Rentner hier haben einfach zu wenig Geld. Manchmal jammern die Patienten auch an die Pflegerinnen hin, dass sie schon lange kein Obst mehr gegessen haben oder kein Gemüse und die Pflegerinnen bringen dann von irgendwo ein Stück Obst mit oder ein Gemüse.

II: Sie sagen ja, dass die Rentner kein Geld haben in eine Pflegeversicherung einzuzahlen. Jetzt ist es ja so bei der Krankenversicherung, dass praktisch nur die Leute die arbeiten einzahlen müssen. Das hab ich jetzt nachgelesen und die Leute die bedürftig sind, also alte Menschen, Kinder, so die kriegen vom Staat das sozusagen bezahlt. Wenn man jetzt sagt, dass die Pflegeversicherung ähnlich funktioniert wäre es überhaupt möglich, dass der Staat so viel Geld extra ausgeben kann?

Erläuterung eines Zwischenkommentars von der Vorsitzenden:

Sie sagt, dass früher im sowjetischen, dass es da nicht notwendig war, weil die Kinder waren hier im Land, also alle waren hier im Land und man hat sich um die Alten gekümmert. Jetzt sind die Grenzen offen, alle sind weg, die Alten und die Kinder bleiben hier und jetzt ist niemand mehr da, der das übernimmt, deshalb ist eine Pflegeversicherung auf jeden Fall wichtig. Es folgt eine kurze Diskussion in der die Vorsitzende das System der Pflegeversicherung noch mal ausführlich für E1 erklärt.

E1: Das [die Pflegeversicherung] ist auf jeden Fall eine sehr gute Idee, dass man das hier vorstellt und ob das hier angenommen wird.

Die Dolmetscherin erklärt es noch mal symbolisch. Jeder der arbeitet bezahlt 1Lei in eine Pflegeversicherung ein, dann wird der Staat nur dieses Geld benutzen können, um die häusliche Pflege zu machen, weil für was anderes hat er kein Geld.

II: Also das heißt im Prinzip würde die jetzige Generation die Übergeneration bezahlen, damit dann die nachfolgenden Generation sie bezahlt, wie bei uns also eine Art Generationenvertrag?

E1: Genau so ist bei uns auch das System der Renten. Weil bei uns ist es nicht so wie in bei Ihnen in Deutschland mit privaten Vorsorgen.

II: Jetzt ist die Frage, sind die Leute bereit diesen symbolischen 1Lei oder auch mehr zu bezahlen?

E1: Nein, aber die Leute sind nie bereit, 1Lei zu zahlen. Nur wenn es über ein Gesetz geht, dass sie verpflichtet sind zu zahlen, dann müssen sie zahlen, weil dann können sie nicht sagen 'ich mach es nicht'. Also wenn es praktisch von der Regierung kommt, dass es eingeführt wird, dann müssen sie zahlen. Sie werden es zwar nicht mögen, aber sie müssen bezahlen.

E1 bekräftigt noch mal wie gut sie die Idee mit der Pflegeversicherung findet.

II: Gibt es denn – sie haben ja eben gesagt, sie gucken sich nicht nur Agapedia an sondern auch andere Projekte – gibt es denn Alternativprojekte gerade, die in diesem Bereich ‚häusliche Pflege‘ aktiv sind im Land?

E1: Wir haben hier in der Stadt Chisinau häusliche Krankenpflege mit Palliativmedizin.

I2: Das Angelus-Projekt?

E1: Nein, das heißt Homecare und wird von der Caritas aus Tschechien finanziert. Und das ist nur für die Stadt Chisinau und Umkreis.

I1: Und die möchten auch irgendwann aus der Finanzierung raus?

E1: [weitere Beantwortung der vorhergehenden Frage] Das Angelus Projekt wird aus England finanziert. Das Projekt hat auch nur noch ein Jahr Laufzeit mit Finanzierung und danach sitzen die auch auf dem Trockenen. Da gibt es auch keine weitere Finanzierung. Ich sage Ihnen, wie das hier läuft: Man kommt, man baut ein tolles Projekt auf, mit zwei Jahren Laufzeit und dann kommt schon das letzte Jahr und man hat was Tolles aufgebaut und dann gibt's kein Geld mehr und das ganze Schöne, was man investiert hat und was man aufgebaut hat, ist kaputt. Wir sind sehr dankbar, für jede Art von Hilfe, auch wenn wir nur ein Jahr Unterstützung kriegen oder zwei – es gibt auch Projekte, die drei Jahre unterstützt werden. Aber ich kann Ihnen sagen, ich habe bei vielen Projekten mitgearbeitet und nur die, die längerfristig über vielleicht auch fünf Jahre angelegt waren, waren die guten Projekte, weil man da Zeit hat, nach Finanzierungsmöglichkeiten zu gucken, nach Implementierungsmöglichkeiten zu gucken. Zwei Jahre und das andere, das ist zu kurz. Da kriegt man das nicht hin, dass man das irgendwo reinbringt und dann ist die Arbeit umsonst.

I1: Gerade weil es ja um gesetzliche Veränderungen geht.

E1: Das Homecare Projekt zum Beispiel läuft jetzt schon vier Jahre und hat jetzt noch zwei Jahre Verlängerung. Was jetzt danach kommt, weiß ich jetzt nicht, aber das war ein lang angelegtes Projekt, mit der Caritas Tschechien. Dieses Projekt wird aber nur von Krankenschwestern geführt, die diese häusliche Pflege machen und von freiwilligen Volontären, die dort hochkommen und unterstützen.

I1: Angenommen, man könnte jetzt die Leute überzeugen, durch 'ne Pflegeversicherung wenigstens die Instandhaltungskosten des Projektes zu bezahlen. Wer könnte denn die Ausbildung bezahlen?

E1: Dafür braucht man noch zusätzliches Geld. [Diskussion; wurde nicht übersetzt] Wenn man hier in Moldau eine Ausbildung machen möchte, muss man sowieso bezahlen. Und das würde dann so laufen, dass hier dann Organisationen wären, die diese Ausbildung anbieten und die Leute, die diese Ausbildung machen würden, müssen dann Geld bezahlen für die Ausbildung. Es könnte auch sein, dass wenn die Pflegeversicherung kommt, dass dann vielleicht doch Geld vielleicht noch übrig bleibt, die Ausbildung davon teilweise abzudecken. Aber eigentlich muss der, der die Ausbildung machen will, diese auch privat bezahlen.

I2: Also letztendlich reden wir ja sowieso mehr oder minder die ganze Zeit über die Symptombekämpfung. Die Versorgungssituation ist einfach schlecht und wir bekämpfen jetzt die Symptome, die schlimmen Krankheiten, die Patienten im weit fortgeschrittenen Krebsstadium. Das sind ja eigentlich nur Symptome von vielen, vielen Problemen sag ich mal. Welche Bemühungen müsste man unternehmen auf politischer, gesellschaftlicher Ebene um wirklich auch die Ursachen zu bekämpfen? Stichpunkt Prävention, Ausbau der Infrastruktur, Abwanderung verhindern.

E1: Erstens müssen hier Arbeitsplätze geschaffen werden, mit adäquaten Gehältern. Die Infrastruktur muss ausgebaut werden. Die Straßen müssen ausgebaut werden, weil wenn aus

dem Dorf zum Beispiel jemand den Krankenwagen ruft, der kommt auch gar nicht bis da raus mit den Straßen, also das wird ja schon gar nicht gehen. Die Wirtschaft müsste ausgebaut werden. Auf den Dörfern haben wir sehr viel, was wir benötigen.

I1: Und wie?

E1: Die ganzen Probleme, die Sie hier sehen, sind Finanzprobleme.

I2: Eine Frage dazu interessiert mich jetzt doch noch mal. In Deutschland beispielsweise ist die Diskussion, dass die Pflegekräfte auch verstärkt Prävention und Gesundheitsförderung übernehmen sollen. Das war meistens eher Arztsache, aber soll auch immer weiter auch Aufgabe der Pflege werden. Und das ist ja auch schon eine Form der Ursachenbekämpfung und letztendlich vermutet man auch massive Kosteneinsparungen dadurch. [E1 erbittet ein Beispiel um es besser erklären zu können] Beispiel: ich arbeite in der häuslichen Pflege und betreibe Prävention, indem ich den Patienten an die Krebsvorsorgeuntersuchung herañführe. Wenn jetzt beispielsweise der Tumor frühzeitig erkannt wird, kann der recht kostengünstig behandelt werden. Während wenn ich solche präventiven Aufgaben gar nicht übernehme geht er [der Patient] dann in einem weit fortgeschrittenen Stadium zum Arzt und dann ist die Behandlung wesentlich teurer. Wäre das im moldauischen System vorstellbar und vor allem könnte das Aufgabe der Pflegerinnen sein?

E1: Selbstverständlich, das ist kein Problem, wir haben auch Zeichnungen, wie man zum Beispiel die Brust abtastet, und die Pflegerinnen haben diese Zeichnungen auch dabei und zeigen den Frauen auch, wie sie selber die Brustuntersuchungen machen können. Dann machen sie auch die Blutdruckmessung und Zucker. Und die zwei Krankheiten sind hier – also jeder Zweite und Dritte hat hier hohen Blutdruck und Zucker und daraus resultieren ja auch Krankheiten, wenn man die frühzeitig erkennt, dann kommt es beispielsweise gar nicht zum Herzinfarkt. Die Pflegerinnen, die ich bei Agapedia ausgebildet habe, hatten auch einen Kurs in Gesundheitserhaltung bekommen, wie man zum Beispiel den Leuten beibringt zu gucken, dass sie keinen hohen Blutdruck kriegen, keinen Zucker kriegen, wie man mit Demenzkranken umgeht, woran man das merkt. Und sie hatten eine Instruktion auch in Gesundheitserhaltung. Sie haben ihnen auch beigebracht – zum Beispiel Nägel schneiden, ist ja keine große Aufgabe, aber wenn man beim Nägel schneiden bei alten Leuten die Haut verletzt und dann kommen Bakterien rein und dann kann es sein, man muss den ganzen Fuß abschneiden. Und deshalb wurden die Pflegerinnen ausgebildet, wie man das genau macht, dass man den Fuß vorher einweichen muss und dann erst die Nägel schneidet, aber nicht mit spitzen Gegenständen. Also wie man es richtig macht, damit nichts passiert. Wir haben ihnen auch gelehrt, dass sie den Patienten genau erklären müssen, wie sie sich ernähren müssen und dass sie diese Ernährung beibehalten müssen, weil es sonst sein kann, dass sie blind werden oder dass sie ein Bein verlieren. Und dass sie ihre Medikamente zur richtigen Zeit nehmen müssen und all diese Unterrichtseinheiten waren auch bei den Pflegerinnen dabei, waren Bestandteil der Ausbildung.

I1: Wo wir gerade bei der Ausbildung sind, das passt super. Wir haben ja gehört da war viel auch so Prävention und Gesundheitserhaltung. Was waren denn noch andere Schwerpunkte der Ausbildung?

E1 lässt sich den Ordner mit dem Curriculum bringen um nachzuschauen.

E1: Ich lese jetzt von der Ausbildung die Überschriften vor: 1 das Konzept der häusliche Pflege; 2 Pflegegrundlagen; 3 spezielle Pflege mit den Unterthemen: Diabetes, kardio-

vaskuläre Probleme, Sterbebegleitung, motorische Probleme, Drüsenerkrankungen, Harnwegserkrankungen wie Inkontinenz, gastrointestinale Magen-Darm-Krankheiten, Atemwegserkrankungen; 4 Kommunikation; 5 Rechtsgrundlagen im Bereich Sozialschutz; 6 religiöse Aspekte in der häuslichen Pflege; 7 psychologische Aspekte der häuslichen Pflege; 8 Ausbildung in Gesundheitswissen und Förderung der Erhaltung der Gesundheit; 9 Freiwilligenarbeit; 10 Naturheilkunde in der häuslichen Pflege. Und das zusammen waren 80 Stunden.

I2: Darf ich noch einmal dazwischen fragen, bei Punkt 3, diesen spezifischen Krankheitsbildern, haben die sich da dann quasi an den Haupterkrankungen oder an den Volkskrankheiten orientiert?

E1: Hier haben wir natürlich nur die am häufigsten vorkommenden Krankheiten erklärt. Wir sind nicht in die klinische Medizin rein gegangen. Das ist sehr praxisbezogen, nur das, was den Pflegerinnen auch wirklich, womit sie sich auseinandersetzen müssen. Zum Beispiel wie man die Windeln richtig wechselt, dass man nicht wund liegt, wie man den Patienten umbettet, all die praktischen Sachen, die sie täglich brauchen.

I1: Dazu haben wir jetzt direkt noch 'ne Frage. Wie wurde, was war die Didaktik?

E1: Power Point Präsentationen, wir haben einen Film gezeigt und dann mussten sie sich gegenseitig verbinden, umlagern, umbetten, Pampers anziehen, ausziehen, umbetten, wenn man alleine ist, wie kriegt man den Topf unter den Patienten, wie macht man einen Verband. Weil die Krankenschwestern schaffen es nicht, jedes Mal zu einem Patienten zu kommen, wenn so was anfällt, so dass die Pflegerin das schon selbst machen kann. Erste Hilfe praktisch.

I1: Und jetzt zum Beispiel bei Kommunikation. Wie wurde das gemacht?

E1: Das war das interessanteste Thema und das hat ihnen am meisten gefallen. Die haben ihnen beigebracht, was heißt verbale Kommunikation und nonverbale Kommunikation. Zum Beispiel viele Patienten nach einem Schlaganfall können nicht mehr sprechen und wir haben ihnen gezeigt, wie sie dann entweder schreiben, was sie brauchen. Oder wenn sie trinken möchten, an die Tasse klopfen, dass es verschiedene Möglichkeiten gibt sich nonverbal auszudrücken und man auch auf Sachen zeigen kann und er nickt oder dass man halt mit Körpersprache spricht. Und sie haben auch Rollenspiele gemacht, wo der eine der Patient war und der andere der Pfleger. Das hat ihnen am meisten gefallen, weil da haben sie Rollenspiele gemacht und da wurde vorher festgelegt, wer ist der Patient, wer ist die Krankenschwester und wer ist die Pflegerin. Und dann haben sie auch gespielt, die Krankenschwester hat keine Lust und telefoniert und guckt aus dem Fenster und sagt nichts und der Patient will nicht. Und die Rollenspiele waren sehr interessant. Wir haben ihnen beigebracht, dass sie auch gut angezogen und sauber zu den Patienten gehen sollen, wie man ihn anspricht, dass man nicht gleich auf ihn stürzt und sagt „Ihre Krankheit, das ist aber schlimm“ sondern dass man damit anfängt, dass man sagt „Schauen Sie mal draußen, was das für schönes Wetter ist; heute sehen Sie aber schön aus; haben Sie schon gesehen, draußen sind die Blumen gewachsen oder die Äpfel sind reif“. Wie man mit dem Patienten spricht, dass er Hoffnung kriegt und es einfach eine gute Basis für die Kommunikation ist. Die haben ihnen auch gezeigt, wie man nicht mit den Patienten spricht. Zum Beispiel kommt die Pflegerin und der Patient sagt „Au, heute hab ich aber Kopfschmerzen“ und dann sagt die Pflegerin „Ja, ich hab heute auch Kopfschmerzen“.

I2: Ich erzähl mal ein Beispiel von meiner Schülerin, das ist für Sie auch noch mal lustig. Ich hatte eine Schülerin mit mir mit und wir sind zu einem Patienten gefahren der gerade eine Darmkrebs-OP hinter sich hatte. Und dann sagt diese Schülerin zu diesem Patienten 'meine Mutter ist auch an Darmkrebs gestorben'. Die brauchte noch Schulung in Kommunikation. (lacht)

I2: Das sind jetzt ganz viele praktische Übungen. Wir hatten eben 80 Stunden Theorie und wie viele waren praktisch?

E1: Und 80 Stunden praktisch.

I1: Und das waren zwei Monate?

E1: Ja zwei Monate. Bei der praktischen Ausbildung sind wir auch aufs Land gefahren, in die Zentren rein, wir haben die Patienten auf dem Dorf Zuhause besucht und wir waren hier in der Palliativstation und auch bei der Caritas und bei dem Projekt 'Homecare'.

I1: Und was hat die Ausbildung, also die zwei Monate gekostet?

E1: Frau Mardarovici hat die Kostenaufstellung und wird sie uns bereitstellen.

I2: Sie haben uns ja gesagt, dass die Pflege in Moldau nur von ausgebildeten Krankenschwestern und das Projekt ist ja das erste das so niederschwellig ausbildet. Und wenn die Gemeindepflegerinnen zu diesem Homecare Projekt hin gegangen sind, wie haben denn diese Krankenschwester die Gemeindepflegerin aufgenommen oder auch nicht?

E1: Also, es gab keine Probleme, die haben sie sehr gut aufgenommen und die Patienten haben zum Beispiel am Schluss sogar gesagt, die Agapedia-Pflegerin hat den Verband jetzt aber viel besser gemacht als die Krankenschwester.

I1: Und wie fand die Krankenschwester das?

E1: Sie hat sich gefreut, dass die Pflegerin so gut gelernt hat. Ich hab vorher mit den Krankenschwestern im Projekt gesprochen und ihnen gesagt, was sie ihnen zeigen müssen, dass man nicht alles zeigt, sondern nur das, was dann später wichtig ist für die Ausübung, das wurde gezeigt und gelehrt.

I2: Im Grunde sind wir dann jetzt schon durch, wir haben jetzt noch Raum für allgemeine Anmerkungen, Verbesserungsvorschläge, Kritik, ob Sie denken das wir irgendwas Wichtiges vergessen haben.

E1: Also für mich ist es einfacher wenn sie mich konkret zu einem Thema befragen.

I1: Es kann ja sein, dass Sie die ganze Zeit etwas sagen wollten und wir haben es nicht gefragt.

E1: (E1 zeigt uns eine Zeitschrift mit Gedichten und Bildern der Gemeindepflegerinnen) Das ist auch wichtig gewesen für sie [die Gemeindepflegerinnen] persönlich, diese Ausbildung zu machen. Auch für ihre Familien war es wichtig.

I1: Das heißt ja, dass es doch Menschen hier in der Gesellschaft gibt, die dieses Herz haben, was wir vorhin gesagt haben was die Menschen brauchen um den Menschen zu helfen.

E1: Ja es gibt viele. Am Anfang, als wir den Kurs ausgeschrieben haben, sind viele gekommen und wollten mal schauen, was es heißt, diese Ausbildung zu machen. Und als sie gehört haben, dass sie die Patienten auch waschen müssen und Windeln anziehen, haben sie gesagt „sie möchten das nicht“. Und jetzt mit denen, die absolviert haben, jetzt kommen viele und wollen die Ausbildung machen, weil sie hören, wie toll die davon sprechen, die jetzt damit fertig sind. Jetzt haben wir viele Anfragen „Wann können wir denn die Ausbildung machen?“. In Cimislia haben wir drei Mal die Ausschreibung gemacht, bis wir die Richtigen gefunden haben. Die einen wollten wir nicht, bei den anderen wollte die nicht mehr und dann mussten wir drei Mal die Ausschreibung machen, bis wir das Team zusammenhatten.

I1: Was ich jetzt noch nicht ganz verstanden habe, es gibt jetzt doch erstmal keinen neuen Turnus, oder?

E1: Nee, nee. Die fragen halt, die Leute auf dem Dorf die wissen ja nicht dass das Projekt für zwei Jahre befristet ist. Die kommen halt und sagen „Ja, jetzt hab ich gehört, ich seh’ was die machen, ich find’s toll, jetzt will ich auch mitmachen“. Aber es geht nicht.

I2: Ist es jetzt ganz gemein gesagt – die Arbeitslosigkeit in den ländlichen Gebieten ist ja schon ziemlich hoch – ist es denn ausschließlich das Motiv der Nächstenliebe oder schon auch ein bisschen der Nebenverdienst? Vor allem bei denen, die erst gesagt haben „eher nicht waschen“ und jetzt auf einmal doch wieder kommen.

E1: Das ist von Mensch zu Mensch verschieden und es gibt verschiedenen Pflegerinnen. Es haben natürlich diejenige leichter, die in der Familie oder im Bekanntenkreis einen Pflegefall hatte und sich damit identifizieren konnten und wussten, was es heißt, jemanden zu pflegen, wie jemanden, für den das jetzt ganz neu war. Und sie haben auch gelernt in dem Kurs, wie man auch negative Gefühle, zum Beispiel, wenn man jetzt nicht so mit dem Patienten kann, wie man die überwinden kann und dann trotzdem herzlich zu sein. Und es ist nicht möglich, jemanden zu pflegen und dabei auf Distanz zu bleiben. Also man muss – man hat ‘ne Annäherung. Trotzdem macht das niemand wegen dem Geld, weil man muss durch den ganzen Schlamm, durch den Dreck, man muss eine Stunde laufen und das macht niemand nur aus rein intrinsischen Anreiz, wegen Geld. Da braucht man eine externe Motivation. Die Pflegerinnen muss man auch bezahlen, weil die haben auch Verantwortung. Es ist was anderes, wenn ich freiwillig komme, eine Stunde da bin, eigentlich keine Verantwortung habe und dann auch kein Geld dafür krieg, wie jemand, der wirklich Verantwortung hat, der muss dann auch dafür bezahlt werden.

I1: Ja stimmt, das ist gut. Es war ein tolles Interview. Ich würde gerne allen danken.

E1: Freut mich, dass es Ihnen gefallen hat und es freut mich, dass Sie diesen Beruf wählen, diese Ausbildung machen. Das ist sehr wichtig, besonders auch für diese Leute [die Gemeindepflegerinnen] und ich wünsche Ihnen viel Erfolg und wünsche Ihnen, dass Sie sehr gut abschließen.

Es wurde darüber diskutiert, dass die Sozialarbeiter im Dorf ihrer Arbeit nicht angemessen nachkamen. Im Curriculum zur Ausbildung der Sozialarbeiter stehen prinzipiell die Aufgaben, die jetzt von den Gemeindepflegerinnen übernommen werden (Waschen, landwirtschaftliche Hilfe, Pflege etc.) Das Problem ist, dass die Sozialarbeiter kein

Equipment haben, also keine Handschuhe, Seife, Putzmittel und somit die Aufgaben nicht erfüllen können und/ oder wollen. Für jedes Dorf ist die Einstellung eines Sozialarbeiters gesetzlich vorgeschrieben. Häufig werden jedoch nur irgendwelche Personen pro forma eingesetzt, die die vorgesehenen Aufgaben nicht erfüllen.

Es ist für jedes Dorf gesetzlich vorgeschrieben, dass es einen Sozialarbeiter geben muss, aber oft werden irgendwelche Leute alibimäßig in diese Funktion eingesetzt, die die Aufgaben aber nicht erfüllen. In der Diskussion spricht sich eine Person dafür aus, die Funktion des Sozialarbeiters abzuschaffen, da er seine Aufgaben sowieso nicht erfüllt.

Hier wird die Aufnahme nochmals eingesetzt, da der Inhalt der anschließenden Diskussion wieder für relevant erachtet wurde:

I1: Woher kommen eigentlich die Bedürftigenlisten nach denen die Gemeindepflegerinnen die Patienten auswählen?

E1: Im Bürgermeisteramt gibt es eine Stelle, die heißt ‚Sozialassistent‘ und er macht diese Liste. Er hat ein Studium angeschlossen.

I1: Aber woher weiß er welche Personen bedürftig sind?

E1: In den Dörfern weiß das Bürgermeisteramt, welche Personen bedürftig sind. Es gibt sogar eine Liste, was die Bedürftigen haben oder nicht haben dürfen. Es ist festgelegt, wer in diese Gruppe reingehört. Zum Beispiel die Person älter als 60 Jahre, sie ist bettlägerig, sie hat kein Einkommen, sie hat eine ganz kleine Rente, sie hat keine Verwandten, die sie pflegten, da gibt es praktisch Stichpunkte und nach denen wird geguckt. Und wenn das gegeben ist, dann fällt die Person unter diesen Status.

I1: Es gibt also eine Person die von Tür zur Tür geht?

E1: Er muss nicht durch's ganze Dorf laufen, die Sachen werden im Dorf weiter getragen. Und jedes Dorf hat eine Liste mit allen Pensionären und dann weiß man schon, wer Rentner ist und anhand von dem wird dann geguckt, bei wem ist es ganz schlecht und das dringt durch. Es gibt schlimme Fälle, aber es gibt auch schlimme, schlimme Fälle. Zum Beispiel sind die schlimmen, schlimmen Fälle die, die das ganze Leben gearbeitet haben und – wir haben zum Beispiel einen Patient mit Parkinson und der wollte wieder zur Arbeit gehen und hat gezittert und dann haben die gedacht er wär' betrunken. Also er hätte das vom Trinken und dann haben sie ihn wieder nach Hause geschickt „Brauchst gar nicht mehr wieder zum Arbeiten zu kommen“. Der hat jetzt die ganzen Jahre keine Rente gekriegt, obwohl ihm die Rente zustehen würde. Also haben unsere Pflegerinnen einen Rentenanspruch gestellt, dass der seine Rente kriegt, das wäre eigentlich auch Aufgabe von dem Sozialarbeiter, das hat er aber auch nicht gemacht. Die meiste Sozialassistentz bekommen eigentlich die Kinder hier im Land. Also der Fokus liegt in Moldawien eher auf den Kindern. Auf die alten Leute, da sagen die „Ach, die sterben eh bald, die brauchen jetzt nicht auch noch 'ne Sozialassistentz“. Also, es ist eine Mentalitätssache, dass auf die Alten hier nicht so ein Wert gelegt wird. Das denken die Familienmitglieder und der Staat „Was soll ich da noch nen Arzt rufen, das bringt ja eh nichts“.

E1: Damit jemand in das Netz aufgenommen wird, dass er die Pflege zuhause bekommt, muss der Arzt eine Bescheinigung ausstellen, dass dieser Patient häusliche Pflege braucht. Um diese Bescheinigung auszustellen, braucht man einen Termin beim Hausarzt. Das läuft

aber nicht so, dass die Krankenschwester Vorrang hätte und mal geschwind kommen kann, um die Bescheinigung ausfüllen zu lassen. Sondern sie muss fünf Stunden mit den anderen Patienten da warten, bis sie an der Reihe ist. Da warten ja Patienten zum Behandeln und sie wartet da manchmal fünf Stunden, bis sie dran ist – also was macht sie – sie bezahlt 50 Lei aus ihrer Tasche, damit sie schnell drankommt, damit der Hausarzt die Bescheinigung ausstellt, damit sie jemanden in die häusliche Pflege aufnehmen kann.

Es wird die Arbeitsweise der Ärzte erklärt. Der Arzt hat vier Stunden Sprechstunde und drei Stunden Hausbesuche pro Woche. Dabei werden besonders die Kinder bevorzugt, weil es ihm an den Kragen geht wenn da was passiert. Für häusliche Pflege hat er praktisch keine Zeit. Er bekommt ein festes Gehalt von der Krankenversicherung und ist verantwortlich für die Versorgung eines bestimmten Bevölkerungsanteils in seinem Umfeld.

Experteninterview 2

Begrüßung, Vorstellung der Anwesenden und die Erhebung der soziodemografischen Daten.

Ort/Datum: Ministerium für Sozialschutz Chisinau/ 13.09.2011

Dauer: 70 Minuten

Alter: 34 Jahre

Familienstand: verheiratet

Ausbildung: Studium an der Landwirtschaftsuniversität, Studium Sozialfürsorge; Masterarbeit in Public Administration

Funktion: Leiterin des Ministeriums für Sozialfürsorge

I2: Gibt es Ihrer Meinung nach ein gesellschaftliches Problembewusstsein bezüglich der Unterversorgung auf dem Land?

E2: Wenn wir analysieren, dann den ganzen Staat. Und so sagen die Fürsorger ist es immer problematisch, muss es noch verbessert werden überall. Es gibt auch Probleme von der Gemeinschaft, aber trotzdem ist es schon viel besser geworden.

I2: Also ist dieses Thema schon öffentlich? Also die Gesundheitsversorgung und deren Mangel, habe ich das richtig verstanden?

E2: Ja, es ist Thema. Das Problem ist eigentlich, warum die Gesellschaft es nur schwer akzeptiert, ist die Mentalität. Bisher war es so, der Staat muss alles machen. Versorgung kommt vom Staat und eigentlich brauchten nicht alle eine Versorgung. Und jetzt versucht die Gesellschaft, es alleine zu machen, und der Staat hilft aber nicht mehr. Ist nicht Pflicht des Staates.

I1: Das heißt wir sind gerade in einem Veränderungsprozess?

E2: Ja, es ist die Reform, die jetzt ist. Bis jetzt war es so, jetzt sollte nach einem Bereich die Versorgung kommen. Bis jetzt war es so, die Mutter hat fünf Kinder, dann muss sie Versorgung [staatliche Unterstützung] kriegen. Und die Mutter hat nur ein Kind – sie braucht keine Versorgung. Das ist eigentlich jetzt so, wir müssen jetzt gucken, wer welche Versorgung hat. Die mit fünf Kindern kann Versorgung brauchen.

I1: Jetzt konkret auf das Projekt gesehen. Bei uns in Deutschland ist es so, dass die pflegerischen Berufe eher einen schlechten Ruf haben. Warum kümmert ihr euch um die alten Leute? Muss man dafür so viel Geld ausgeben? Wie ist es denn hier? Ist das Image der Pflegeberufe ähnlich wie in Deutschland?

E2: Die Situation ist nicht viel besser. Es ist eigentlich ähnlich wie in Deutschland. Wenn der Pfleger, der Sozialpfleger, in den Bereich [wenn ein Pfleger eingestellt wird] gekommen ist,

dann haben wir versucht, mehrere Sitzungen zu machen, zu erklären, was es bedeutet, was ein Pfleger ist, was er machen wird. Und es ist eigentlich integriert, aber sozusagen nicht ganz.

I2: Haben Sie eine Idee wie man das Image der pflegerischen Berufe vielleicht aufwerten könnte?

E2: In dieser Reform, die jetzt angeht, ist dieser Bereich auch vorgesehen, aber erst zum Ende. Es ist erst mal was der Pflegebereich macht, wie er das macht und was man machen soll.

I1: Meinen Sie die Reform die bis 2020, oder 2022 glaube ich, diese Strategie? Diese Health Strategie?

E2: Diese Reform wurde eigentlich gestartet 2008. Diese von der Sie sprechen ist noch nicht fertig. Sie heißt "Reformen im Sozialfürsorgebereich". 2009 startete die Reform als Beschluss der Regierung. Und es sind mehrere Aufgaben wie man das genau machen soll und welche Leute die Fürsorge kriegen sollen und wie das gemacht wird.

I1: Gibt es schon erste Erfolge?

E2: Ja, eigentlich sind schon viele Erfolge sichtbar. Wir bereiten gerade alles für die Sitzung vor, in der wir die Erfolge vorstellen und was gerade genau gemacht wird. Aber wir arbeiten noch mit der Satzung von 1993. Sie ist noch alt und wir versuchen jetzt eine Neue zu entwickeln. Es ist eigentlich vor zwei Jahren schon eine neue Satzung auf den Weg gebracht worden. Und bis jetzt haben bisher nur alte Leute und Familien mit mehreren Kindern oder Menschen ohne Verwandtschaft oder mit Behinderung. Und jetzt versuchen wir auch die Leute einzubeziehen, die nach dem Krankenhaus Fürsorge brauchen. So eine kleine Hilfe für zwei oder drei Monate. Auch nur eine kleine Hilfe. Und wir versuchen auch, bis jetzt hat der Staat das alles bezahlt, die Fürsorge, und wir wollen es jetzt auch privat. Das es auch bezahlt wird, auch privat. Weil bis jetzt war es nur der Staat.

I1: Die Fürsorge von der wir jetzt reden, ist das rein monetär? Oder geht es da auch um Personen die nach Hause kommen. Hilfskräfte, die nach Hause kommen und sich um die Bedürftigen kümmern. Oder wird ausschließlich Geld gegeben?

E2: Wir haben das jetzt gemacht, dass der Staat auch Geld gibt. Weil eigentlich die Sozialfürsorge bekommen Menschen, die keine Verwandten haben. Und jetzt ist das Gesetz so, dass die Verwandten oder die Kinder, die es machen können, müssen die Kinder versorgen. Trotz Auswanderung, das ist hier ja ein Riesenthema, können Kinder es sich erlauben, wenigstens die Pflege zu bezahlen. Und deshalb machen sie es in das Projekt rein, dass die Regierung akzeptiert, dass Verwandte, die es können, einfach nur die Pflege bezahlen.

I2: Und jetzt nochmal auf das Projekt zurück zu kommen. Das Projekt selbst leistet ja keine finanzielle Unterstützung, sondern die Unterstützung in Form von Pflegerinnen, die in den Haushalt kommen. Und könnten Sie sich vorstellen, dass das Projekt – wenn man es landesweit implementieren würde – dass es von der Bevölkerung auch angenommen und akzeptiert werden würde. Also, dass eben kein Geld kommt, sondern jemand nach Hause.

E2: Ja, eigentlich ist es so, dass das Arbeitsministerium bezahlt die Sozialpflege und das Gesundheitsministerium bezahlt die Krankenpflege. Es ist eigentlich getrennt.

I2: Ach so, weil eine andere Expertin im letzten Interview sagte, dass es Aufgabe des Sozialarbeiters sei die Pflege auch zu übernehmen.

E2: Ja, in die Sozialpflege kommt auch die Alterspflege rein. Es ist eigentlich für alle, die sich nicht selbst versorgen können. Für die Ausgaben, um auf die Frage von vorher nochmal zurück zu kommen, für die Ausgaben, die Kosten. Im Ministerium wurde die Frage gestellt: Es gibt oft Verwandte oder jemanden, der ein gutes Gehalt bekommt, und sie können es sich leisten, für die Eltern zum Beispiel, für zwei, drei Stunden, dass ein Pfleger kommt und selbst bezahlt. Deshalb ist die Frage jetzt, dass nicht nur der Staat das bezahlt.

I2: Und wenn die Familien dann nicht zur Verfügung steht und diese Menschen auf finanzielle Unterstützung angewiesen sind. Jetzt mal rein hypothetisch, das Arbeitsamt kann das natürlich nicht alles übernehmen, welche anderen Kostenträger könnte man dafür zusätzlich zur Verantwortung ziehen?

E2: Es gibt in der Satzung genau Kriterien, die entscheiden, welche Familie soll Fürsorge eigentlich kriegen. Und wenn sich die Familien sich nicht leisten können, bekommen sie wenigstens das Minimum vom Staat bezahlt.

I1: Und wie viel ist das Minimum?

E2: Es gibt so ein Paket, das ist zusammengestellt. Um ein Minimum im Haushalt zu helfen, sauber zu machen, die Leute zur Toilette zu bringen oder Essen zu holen, Essen zu machen. Das ist ein Leistungspaket mit dem Minimum, was die Leute brauchen. Für die, die das nötig brauchen.

I1: Aber es ist ja jetzt Realität, das haben wir ja auch gesehen als wir in den Dörfern waren, dass auch Menschen die Kinder haben, die im Ausland sind nicht von denen unterstützt werden. Wäre dann dieses Projekt mit der Gemeindepflege eine Möglichkeit die Lücke zu schließen? Dass die Leute die zwar bedürftig sind und Kinder haben, die sich aber nicht kümmern möchten, dass die über dieses Projekt versorgt werden?

E2: Eigentlich ist das Gesetz so, dass die Kinder die Eltern versorgen müssen. Und wenn sie es trotzdem nicht wollen, es gibt solche Fälle, dann macht der Staat das. Die alten Leute oder die Leute, die Fürsorge brauchen kriegen dann das vom Staat.

I1: Aber wir haben jetzt ja Leute gesehen die nicht versorgt worden sind.

E2: Das Problem ist, es gibt mehrere Probleme. Entweder sind die Spezialisten, die dorthin kommen und die Sache bewerten sollen wie es ist, die lassen die Leute nicht rein, weil sie denken, vielleicht sind die Kinder zwar weg und sie wollen für die Eltern nicht sorgen, aber das Haus muss den Kindern bleiben [Sie denken, die Spezialisten die kommen und beurteilen wollen, werden das Haus klauen]. Und deshalb lassen sie die Spezialisten nicht rein und sie können nicht auswerten. Und die Spezialisten können es also nicht bewerten.

I2: Und dieses Projekt aufsuchende Gemeindepflege kombiniert ja im Grunde die ganzen Hilfen zusammen. Sowohl die soziale Unterstützung, die ja quasi von Ihnen geleistet wird, aber auch die pflegerische und medizinische Unterstützung. Und können Sie sich vorstellen, so ein Projekt, was viele Bereiche kombiniert, dass so was in die Regelversorgung, also ins Gesundheitssystem implementiert werden könnte?

E2: Eigentlich jetzt ist das Problem, dass das Gesundheitssystem, die Krankenpflege und Sozialpflege kann nicht zusammenarbeiten. Weil einer kommt vom Gesundheitsministerium und einer vom Sozialamt. Und sie können es nicht so richtig verteilen, wie viel die Einen machen, wie viele Stunden und wie viele die Anderen. Und deshalb können sie es nicht zusammen kombinieren.

I2: Und können Sie sich vorstellen, dass trotzdem verschiedene Ministerien und, oder Organisationen zusammen arbeiten, gezielt um die Versorgung zu optimieren? Und wenn ja, welche?

E2: Ich bin sehr optimistisch. Und eigentlich brauchen wir noch Zeit dafür. Aber wir werden schon versuchen, dass die Ministerien zusammenarbeiten können. Wir brauchen aber noch Zeit.

I2: Und welche Ministerien und Organisationen müssten Ihrer Meinung nach da miteinbezogen werden?

E2: Finanzministerium, Gesundheitsministerium und die Gesellschaft auch.

I2: Wir hatten zum Beispiel in einem der vergangenen Interviews darüber gesprochen, dass die Einführung einer Pflegeversicherung vielleicht interessant wäre, um solche Versorgungsformen mit zu finanzieren. Könnten Sie sich vorstellen, dass die Gesellschaft, Sie sagten man sollte die mit einbeziehen, bereit dazu wäre auch für so eine Versicherung aufzukommen?

E2: Die Gesellschaft vielleicht würde das verstehen, aber die finanzielle Unterstützung oder die Gehälter zu bekommen, ich glaube, das ist jetzt ein bisschen schwierig zu machen [die Beiträge von den Leuten zu bekommen, sie können sich das nicht leisten]. Weil sie werden eigentlich nicht klarkommen damit.

I2: Also wäre in der aktuellen Situation die einzige Möglichkeit, dass der Staat sowas finanzieren würde?

E2: Eigentlich ist das nicht die einzige Möglichkeit. Aber wie ich schon gesagt habe, wir müssen noch an der Mentalität der Leute arbeiten. Sie sind gewöhnt, dass der Staat alles macht, das ist Pflicht des Staats. Und sie machen es nicht mit. Und wir versuchen es jetzt mit den Leuten, sozusagen die Leute zu erziehen, oder verschiedene Kurse zu machen und zu sprechen und ihnen verständlich machen, dass es nicht nur Pflicht des Staates ist und sie auch selbst Verantwortung tragen.

I1: Sie hatten gerade gesagt, dass das über Gespräche läuft. Aber man will ja die breite Öffentlichkeit erreichen. Was sind denn Maßnahmen für diese Umerziehung, nennen wir es jetzt mal. Gibt es Kampagnen oder Ähnliches? Also klar, man kann mit einzelnen Menschen reden, aber man muss ja an alle ran kommen.

E2: Wir machen jetzt ganz verschiedene Kampagnen. Nicht nur hier, sondern überall. Und wir versuchen, mit den Kindern anzufangen. Den Kindern mit verschiedenen Werbungen, verschiedene Situationen zu erklären. Und wir machen die Kampagnen nicht nur hier und nicht nur mit Einzelpersonen, sondern im ganzen Land. Wir versuchen den Kindern erst mal zu erklären, und sie müssen jetzt für die Großeltern sorgen. Und wenn sie alt werden, dann

werden, dann wird auch für sie jemand da sein und eben für sie sorgen. Und eben in den Dörfern auf dem Land versuchen wir durch den Sozialpfleger Aufklärung zu leisten, er kennt schon die Leute dort und kann auch mit einzelnen Personen reden und sie aufklären. Eigentlich schon seit ein paar Jahren in der Schule gibt es auch so ein Fach, wo es um Erziehung der Gesellschaft geht. Wo die Kinder auch schon lernen, was das ist, zum Beispiel die Sozialfürsorge. Ja, das ist obligatorisch in der Schule schon.

I1: Was halten Sie persönlich konkret vom Projekt der Agapedia-Stiftung?

E2: Ja sicher, das ist ein gutes Projekt.

I1: Was glauben Sie, ist das Projekt erst mal praktisch eine Übergangslösung um die aktuelle Problemlage zu lindern? Oder ist es auch ein Rezept, wie es dauerhaft implementiert werden könnte, Ihrer Meinung nach?

E2: Ich glaube das ist so das Eine wie auch das Andere. Wir haben schon darüber diskutiert. Wir haben uns schon unterhalten, das es ist sehr gut, das Projekt. Aber erkennen, dass der Staat das nicht alles bezahlen soll. Es gibt schon ein paar Möglichkeiten, aber kann nicht das alles übernehmen. Deshalb ist es ein guter Übergang. Aber wir haben schon Reserven und überlegen, wie wir das weiter auch vielleicht unterstützen können. Wir verstehen, dass das eigentlich nicht immer so sein wird, dass die Investoren kommen und helfen werden. Aber eben nicht dauerhaft. Und wir versuchen deshalb auch irgendwie herauszubekommen, wie wir es weitermachen, woher wir das Geld nehmen wollen. Und wie wir die Qualifikation der Pflege dann vielleicht es weiter machen können [die Ausbildung der Gemeindepflegerinnen]. Und damit die Pflegequalität bleibt und dass auch richtig bezahlt wird.

I1: Das würde aber jetzt bedeuten, dass im Prinzip jetzt erst mal für längere Zeit eine Zusammenarbeit mit der NGO notwendig ist? Also für die nächste Zeit wäre es dann so, dass sie erst mal zusammenarbeiten, dass sie eventuell zwar was von der Finanzierung übernehmen würden, aber die Leistung wird erst mal von Agapedia erbracht?

E2: Ja, das ist richtig, ja. Deshalb habe ich auch gesagt, das ist eine Übergangsphase. Weil das wird für den Staat eine große Last werden. Und auf der anderen Seite, das ist eine gute Pflege, das ist eine gute Qualität und eine Ausbildung und das ist eine gute Praxis, bis der Staat übernimmt.

I2: Wenn dieses Projekt in Moldau wirklich fest implementiert werden sollte, ins Gesundheitssystem. Was wären relevante Akteure, die gewonnen werden müssten. Wir hatten jetzt das Beispiel Politische, Soziale und NGOs und breite Öffentlichkeit. Thema Public Private Partnerships was denken Sie darüber? Vorerst geht es ja noch nicht ohne Hilfe von extern. Also was halten sie generell von der Form der Zusammenarbeit Public Private Partnerships?

E2: Das Ministerium ist sehr offen für eine Zusammenarbeit im Bereich der sozialen Fürsorge. Und diese Zusammenarbeit steht als Erstes und ich sehe es als sehr gute Form der Zusammenarbeit. Wenn Sie auf die Website sehen und Leiter der Abteilungen, da steht es auch als Erstes oder Zweites oder Drittes, es ist eigentlich Pflicht zu arbeiten in der Entwicklung von Public Partnerschaft.

I1: Gibt es denn aktuell schon Beispiele für Public Private Partnerships hier in diesem Bereich?

E2: Wenn wir über das Ministerium sprechen, jede Abteilung, jedes Amt hier hat verschiedene Aufgaben diese Partnerschaften zu entwickeln mit verschiedenen Organisationen. Es hängt davon ab was für eine Abteilung, aber jede hat ihre Aufgabe die Public Private Partnerships zu entwickeln.

I2: Also es ist noch in der Entwicklung, also noch nicht weit fortgeschritten?

E2: Und die Ergebnisse in letzter Zeit zeigen, eine Entwicklung in den Public Private Partnerships

I1: Und jetzt nehmen wir Agapedia als ein Beispiel. Was wären dann andere Organisationen, die interessant für eine Zusammenarbeit wären?

E2: Homecare, das Projekt der Caritas. In der Stadt Belz gibt es auch eine Organisation für geistig Behinderte, die auch zusammenarbeiten. Eigentlich wir arbeiten zusammen mit vielen Organisationen. Und diese PPP ist immer in der Entwicklung wir arbeiten auch viel dafür.

I1: Das Projekt, über das wir ja gerade reden, hat zur Aufgabe diese vernachlässigten Menschen in den Dörfern zu unterstützen. Kennen Sie alternative Projekte, die eine ähnliche Zielvorgabe haben?

E2: Homecare macht das gleiche. Es ist das gleiche Projekt. Caritas hat eigentlich verschiedene Ziele und Aufgaben, aber sie haben auch so ein Ziel, sie machen auch das Gleiche.

I1: Wir haben ja gehört Homecare ist ja nur hier in Chisinau. Gibt es denn da jemanden der da auch auf dem Land vor Ort arbeitet?

E2: Sie haben hier eine Abteilung im Krankenhaus wo sie auch Fürsorge machen. Aber eigentlich sie haben nicht nur hier in der Stadt, sie implementieren das Projekt auch in verschiedenen Regionen. Auch in den Dörfern. Zu diesem Thema: das Problem ist, wir haben nicht die genauen Daten über private Projekte und was sie machen – nur so im Allgemeinen. Und so wie Sie es kennen in Chisinau, der Stadt, ist nicht für diese Projekte eigentlich. Die ganzen Privatprojekte sind mehr für die Dörfer. Es sind hier genau 4000, die die Fürsorge hier in der Stadt kriegen sollen.

I2: Wir haben den Eindruck, dass trotz Allem die Versorgung auf dem Land im Vergleich zur Stadt immer noch vergleichsweise schlechter ist. Haben Sie auch meinetwegen alternative Ideen? Es muss ja nicht genau wie das Konzept von Agapedia sein, sondern vielleicht haben Sie vielleicht noch ganz andere Ideen wie man die Versorgung auf dem Land verbessern könnte?

E2: Eigentlich bin ich ganz einverstanden, dass es im Dorf so ist. Die Aufgaben in der Stadt und auf dem Land sind ganz verschieden. Hier in der Stadt sie [die Pflegerinnen] müssen von acht bis zehn Uhr versorgen die Patienten. Und auf dem Land müssen von sechs bis acht oder so. Und hier [in Chisinau] müssen sie es weniger machen, sie müssen ins Krankenhaus gehen und dem Arzt das zeigen. Und auf dem Land sie müssen auch Wasser holen und das ist weit und deshalb ist die Situation auch anders. Es ist eigentlich verschieden auch die Qualität. Weil hier ist erstmal der öffentliche Verkehr da und sie können schneller von einem Patienten zum anderen kommen. Und das ist bezahlt von der Stadt, für den öffentlichen Verkehr, sie müssen

es nicht bezahlen. Und im Dorf dann ist es sehr weit vom einem Patienten zum anderen, sie haben auch kein Fahrrad und so. Es ist einfach ziemlich weit. Und die Zeit dazu (Satz wurde nicht zu Ende geführt)

I2: Haben Sie denn eine Idee wie man diese Problematik lösen könnte? Hypothetisch?

E2: Im Projekt, was jetzt erstellt werden soll vom Staat, von dem wir gesprochen haben, es ist schon da gemeint, dass wir wenigstens die Fahrräder gekauft werden sollen da im Dorf. Oder vielleicht ein kleines Auto. Aber dafür gibt es nicht genug Geld und nicht überall. Es gibt mehrere Dörfer, wo sie überhaupt keinen Transport haben. Und deshalb haben sie die Aufgabe jetzt, das privat zu finanzieren. Damit die Sozialpfleger irgendwie motiviert sind, dass sie irgendwann etwas kriegen, das die Arbeit erleichtert.

I1: Gibt es denn, neben Organisationen, kann man nicht auch Unternehmen mit einbinden? Zum Beispiel große Firmen die Sponsoren. Die Sponsoren, zum Beispiel dass sie für einen Bezirk die Fahrräder kaufen oder so was in die Richtung?

E2: Das ist eine schwierige Aufgabe. Dafür gibt es Schwierigkeiten.

I2: Zum Beispiel in Deutschland. Viele Firmen engagieren sich auch sozial, weil es einfach gut für das Image ist. Ist das in Moldawien nicht so?

E2: Es gibt eigentlich nicht so viele große Unternehmen. Gibt es nur ein paar. Und sie machen es eigentlich schon ganz viel, aber sie sind sensibler mehr mit Kindern. Und die Anderen, die Kleinen, da steht es eigentlich in der Satzung, dass sie es machen sollen. Wenn sie etwas sozial machen, dann müssen sie weniger Steuern bezahlen. Aber es sind eigentlich nicht so große Firmen, dass sie es machen können.

I2: Also wissen Sie auch keine Alternativlösungen oder so. Also wie man etwas an dieser Problematik auf dem Land ändern könnte?

E2: Ich habe gesagt, dass ich optimistisch bin. Und ich hoffe, dass Verbesserung kommen wird. Aber dafür braucht es Zeit.

I1: Und wie könnte Verbesserung kommen?

E2: Die Zeit eigentlich. In 50 Jahren. Mentalität ändern.

I1: Also man müsste im Prinzip die Gesellschaft erst umkrempeln, damit sie versteht, dass man da investieren muss.

E2: Ich hatte ein Praktikum, da hat mein Professor mir gesagt, in 50 Jahren wird alles besser. 50 Jahre ist genug Zeit, dass die Mentalität sich verändert und dass die Leute verstehen, was sie anders machen sollen.

I1: Ich habe jetzt nochmal eine konkrete Frage zum Projektablauf. Und zwar in 1,5 Jahren läuft die Finanzierung aus. Was ist dann? Also wird das Projekt dann untergehen oder kann man bis dahin irgendwas machen, damit es weiterlaufen kann. Jetzt konkret unser Agapedia-Projekt?

E2: Ich bin sehr optimistisch, wie gesagt. So wie ich gesagt habe, wir werden vielleicht Kreditoren finden. Wir sind nah dran diese Investoren/Kreditoren zu finden und das Projekt weiter laufen zu lassen.

I1: Und welche Kreditoren haben Sie da im Kopf? Würden die dann dem Staat Kredite gewähren, oder wie?

E2: Das ist nicht wie Privatkredite. Da muss der Staat schon sehen, dass dieses Projekt gut läuft, dass die Qualität ist in Ordnung, Pflege ist in Ordnung. Und man kann das genehmigen, das Projekt weiterlaufen zu lassen. Diese Genehmigung, Bewilligung vom Staat. Und dann kann der Staat bezahlen. Die Regierung gibt die Genehmigung, dass das Geld da ist vom Budget. Also der Staat ist der Kreditor dann.

I1: Und wie überprüfen die das?

E2: Das sind Spezialisten vom Sozialamt, die das überprüfen und untersuchen, ob das richtig ist. So wie die Lizenz zum Beispiel bei SocioMed. Wir wurden überprüft, dass wir das richtig machen, dass die Versorgung gut ist, und dann wurde es uns erlaubt, das Projekt im Dorf zu laufen. Es ist das jetzt mit dem Staat.

I1: Und bekommen sie jetzt auch Unterstützung bei MobiMed nachdem sie das Zertifikat bekommen haben? Eine finanzielle Unterstützung?

E2: Nein. Das ist jetzt noch nicht, weil sie auch andere Dienste und Leistungen anbieten, die eigentlich privat sind. Sie haben auch nicht überall Ärzte. Weil durch diese Lizenz, die sie jetzt haben, sie können schon vom Staat so richtig kaufen so was wir für die Gesundheitssystem jetzt brauchen. So diesen Teil wenigstens. So wie gesagt, um vom Staat ein wenig Geld zu kriegen.

I1: Wir hatten ja eben schon mal drüber gesprochen, dass es ja eine Mischung aus verschiedenen Ministerien wäre, die dafür verantwortlich wäre. Wer könnte denn der Hauptträger sein? Also finanziell?

E2: Finanzministerium.

I1: Finanzministerium ist der Hauptträger? Aber der hat ja mit der sozialen Versorgung nichts zu tun.

E2: Ja, aber es ist ja der Träger für die Kosten. Wenn hier der (...). Wenn das nicht finanziert werden kann, dann kann das nicht weiterlaufen.

I1: Aber jetzt muss ich nochmal eine grundlegende Frage stellen.

E2: Es ist so, eigentlich der Haushalt oder das Budget wird vom Staat, ist koordiniert vom Finanzministerium. Sie kriegen nicht direkt das Geld, sondern es ist die Kostenaufstellung für irgendwelche Sozialdienste oder so. Und das direkt an die Leistungen oder die Aufgaben verteilt. Sie können es selbst nicht direkt verteilen. Das Ganze macht das Finanzministerium.

I1: Achso. Als das heißt das Finanzministerium muss erstmal die Notwendigkeit sehen das Geld in ein Ministerium rein zu verteilen?

E2: Genau.

I1: Im Prinzip sind wir mit unseren Fragen durch. Die Frage ist noch, ob Sie vielleicht noch was haben, wo Sie sagen, das fehlt gerade oder was Sie gerne noch ergänzen möchten?

E2: Eigentlich ist alles in Ordnung, aber ich weiß nicht genau wie die Sozialfürsorge in Deutschland ist. Aber dieses Amt, das ich leite, ist mehr verantwortlich für geistig Behinderte. Und ich die Möglichkeit habe alles genau zu wissen wie es in anderen Ländern die Projekte gehen, dann würde ich das weiter noch etwas wissen (...)

I2: Wenn Sie noch Fragen an uns haben, können Sie sie gerne stellen. Aber von unserer Seite wären wir jetzt durch.

E2: Nein, keine Fragen.

I1: Dann möchten wir uns herzlich bedanken, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Und über Frau M. werden sie bestimmt auch die Ergebnisse unserer Arbeit bekommen.

E2: Ich hoffe, dass die Informationen, die ich Ihnen gegeben habe, nützlich waren.

Experteninterview 3

Begrüßung, Vorstellung der Anwesenden und die Erhebung der soziodemografischen Daten.

Ort/Datum: Medizinisches Zentrum in Cimislia/ 12.09.2011

Dauer: 58 Minuten

Alter: 51 Jahre

Familienstand: verheiratet

Ausbildung: Studium der Allgemeinmedizin (1.Kategorie) und der Endokrinologie, Master in Public Health

Funktion: Direktion des medizinischen Zentrums des Kreises Cimislia

I1: Wir haben ja gesehen, dass es einige Versorgungslücken auf dem Land gibt. Sind Sie der Meinung, dass es ein gesellschaftliches Problembewusstsein dafür gibt, das die Leute wissen, dass man da was tun muss?

E3: Die Gesellschaft sieht es, wenn das Problem gleich im Haus, bei seinen eigenen Problemen ist. Damit die Gesellschaft das versteht, machen wir schon ganz andere Projekte. Wir informieren die Gesellschaft über den Pflegebereich. Wir machen auch (...) und einen Runden Tisch, um auch ins Dorf hinzugehen und der Gesellschaft das beizubringen, was für Probleme da sind und wie man das eigentlich pflegen könnte. Jetzt ist es eigentlich eine sehr gute [Situation], weil das Gesundheitsministerium und das Sozialschutzministerium/ Arbeitsministerium zusammenarbeiten. Wir haben gleich am Donnerstag eine Sitzung, wo die Pflege/ Sozialpflege sich zusammen mit den Krankenschwestern zusammensetzten und die Probleme besprechen.

I1: Aus jedem Dorf kommen dann die Krankenschwestern und Sozialpflegerinnen?

E3: Die Krankenschwestern und Sozialpfleger von den Dörfern und auch die Allgemeinärzte vom Staat werden kommen, das ist die Sitzung.

I1: Das hat dann schon unsere zweite Frage beantwortet. In Deutschland haben wir das Problem, dass pflegerische Berufe nicht einen so guten Status haben. Sind Sie der Meinung, dass das hier auch so ist? Und wenn ja was könnte man tun, um das zu ändern?

E3: Eigentlich ist auch das gesamte Gesundheitswesen in Moldau sehr schlecht angesehen. Wenn wir unsere Meinung sagen, also meine Meinung und die meiner Kollegen, meiner Ärzte, dann sind wir nicht dieser Meinung. Dann ist das natürlich etwas sehr Sinnvolles und Angesehenes und wir sind eigentlich sehr froh, wenn uns jemand unterstützen kann. Die Familien, die die Pflegebedürftigen haben und Pflege bekommen, denken auch nicht so, sie sind [bei ihnen] auch sehr gut angesehen, die Pflegerinnen. Das können nur schlecht ansehen, die Leute, die nicht wissen, was es bedeutet. Pflege, so als Wort, ist schlecht angesehen, aber wenn sie es kennen und erkennen, was für eine Leistung sie [die Pflegerinnen und Pfleger] machen, dann ist es schon eine andere Meinung.

I1: Das haben wir ja auch oft bei den Interviews mit den Frauen gehört, dass sie immer sagten 'am Anfang waren die Leute eher skeptisch und als sie gesehen haben was wir machen, waren sie sehr zufrieden mit unserer Arbeit'. Also das [Gesagte] können wir glaub ich so bestätigen.

E3: Ja, das ist genau so, weil die Information fehlt. Wenn einer sagt „das hat bei uns gut geklappt, das war sehr schön“ dann sagt er es jemand Anderem und jemand Anderem und dann kommt der Ruf auch schon viel besser an.

I2: Das leitet uns jetzt auch schon zu unserer nächsten Frage. Sie können sich also schon vorstellen, dass so ein Projekt von der breiten Bevölkerung akzeptiert werden würde?

E3: Sicher. Ja, das ist sicher so. Wenn am Anfang etwas neu ist, dann ist man immer skeptisch und man weiß nicht genau, was es ist. Und wenn man schon an so einem Projekt arbeitet, dann sieht man, was für Leistungen es sind, und dann wird es besser angenommen. Und so, wie ich bereits gesagt habe, wir arbeiten an einem anderen Projekt, einem Informationsprojekt, auch im Pflegebereich. Und nach der Arbeit sieht man auch schon die guten Ergebnisse.

I1: Können Sie sich vorstellen, dass das Konzept von Agapedia mit den Gemeindeschwestern in das Regelversorgungssystem von Moldau übernommen werden kann?

E3: Ja, ich denke das Gesundheitsministerium wird das übernehmen oder wenigstens unterstützen – irgendwie. Weil hier fehlen die Spezialisten, und das Projekt ist eine gute Leistung. Und wenn man sieht, dass hier doch Spezialisten da sind, und die Leute werden älter und die Auswanderung ist groß und wir haben nicht mal jemanden, um im Pflegebereich zu arbeiten, und wenn sie das schon alles bereitgestellt haben [mit dem Projekt], dann werden sie [das Gesundheitsministerium] schon eine Lösung finden, um das zu unterstützen - wenigstens. Wir haben diskutiert mit Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums, offiziell und inoffiziell – das muss man dazu sagen. Sie verstehen, dass das ein gutes Projekt ist, dass die Spezialisten da sind und ausgebildet sind und es eine gute Lösung ist, dass Projekt weiter zu unterstützen.

I1: Gibt es denn gesetzliche Regelungen, die die Übernahme in die Regelversorgung erschweren oder erleichtern würden?

E3: Ja, eigentlich gibt es so eine gesetzliche Aufgabe sozusagen. Das Gesundheitsministerium gibt uns jetzt auch ein bisschen Geld für die Dienste, die ausgebildeten Dienste, aber nur Krankenpflege. In dem Bereich unterstützen sie uns. Wir arbeiten jetzt mit der NGO und das ist jetzt sozusagen eine Lösung. In Zukunft werden sie auch unterstützen, die Hauspflege. Ich sehe das auch als eine gute Zusammenarbeit. Der Arzt geht sowieso zu den Patienten und wenn er eine Krankenschwester hat, die die Verordnungen und alles macht und wenn sie in Zukunft dann auch die Sozialpflege daneben hat, dann ist das ein gutes Team eigentlich. Dann können sie auch gute Leistungen zusammen bringen. Das können nicht nur die Krankenschwestern, die gehen sowieso schon zu den Patienten und wenn es jetzt noch jemanden gibt, der die Patienten versorgen und helfen kann und dann ist das eine noch bessere Zusammenarbeit.

I1: Mit Sozialpflege meint sie die Gemeindepflegerin von Agapedia oder die Sozialarbeiterin im Dorf?

E3: Ja, die Pflegerin von Agapedia. Ich sehe, dass es besser wird, wenn das Ministerium diese Pflegebereiche Sozialpflege und Hauspflege in das Team einbringt. Damit die Krankenschwestern nicht unbedingt da sein muss, wo sie nicht sein muss. Weil sie muss auch die Ausbildung drei Jahre machen und im Pflegebereich dann ist es nicht so lange, die Ausbildung kostet dann auch weniger [und es kostet auch insgesamt weniger], weil die Arbeit [die die Krankenschwester jetzt machen muss, obwohl sie nicht in ihren Aufgabenbereich fällt] wird dann die Hauspflege übernehmen. Und das mit den Medikamenten dann die Krankenschwester. Ich glaube, dass ist auch nicht wichtig, woher die Pflege kommt - die Hauspflege – von Agapedia oder einer anderen NGO. Es ist wichtig, dass das Ministerium ansieht, dass das ein guter Bereich ist und dass sie [Agapedia] die Ersten sind und dass es gut funktioniert, und sie haben gute Leistungen gebracht und das wird vielleicht jemand anderes weitermachen. Aber dass das Ministerium ansieht, dass man das weiter unterstützen sollte. Oder eine andere Alternative, Agapedia kommt und macht diese Leistung im ganzen Land (lacht). Das ist eine Perspektive, so eine Public Privat Partnerschaft.

I2: Das Konzept der Gemeindepflege ist ja eigentlich ein multidisziplinäres Konzept, das verbindet ja ganz vieles. Sie haben jetzt von zwei Ministerien gesprochen, Gesundheit und Soziales, müssen denn Ihrer Meinung nach noch andere Ministerien oder Organisationen hinzugezogen werden um dieses Konzept dann zu optimieren, oder reichen die beiden?

E3: Ich glaube, da muss auch das Innenministerium einbezogen werden, denn auch gesetzlich gesehen haben wir nicht so viele Rechte hier. Wenn ein Vertreter des Innenministeriums hier ist und er die Personen sieht, die allein sind, ohne Verwandte und so bleiben, und dann können sie es auch sehen, wie die Situation ist, und dann können wir das gesetzlich weiterentwickeln.

I1: Jetzt abgesehen von den Personen, die beteiligt sind am ganzen Prozess, wie könnte man denn die Kosten decken? Wenn wir jetzt mal davon ausgehen, dass Agapedia erst mal den Service weiter bereit stellt, wer könnte die Kosten decken? Wer könnte da in der Verantwortung stehen?

E3: Ich denke, dass sollte eigentlich die Krankenkasse übernehmen, aber vielleicht sollte Agapedia frühzeitig mit den Krankenkassen sprechen und rechtzeitig sagen, welche Leistungen sie machen, vielleicht wissen das die Krankenkassen auch nicht. Und wenn das rechtzeitig gesagt wird, was für Leistungen [es sind] und die Situation erklären, dann werden sie in Zukunft vielleicht irgendwie die Kosten decken können. [Erste Möglichkeit ist ...] die Krankenkasse vom Gesundheitsministerium oder das Zweite könnte sein, dass das Sozialamt, die auch eine Versicherung haben, mit dem Arbeits- und Sozialschutzministerium zusammen.

I1: Man müsste im Prinzip die Versicherungsträger vom Gesundheitsministerium und vom Sozialministerium überzeugen, dass ein Teil ihrer Versicherung für diesen Service bereitgestellt werden kann?

E3: Ich sehe diese zwei Partner, die das übernehmen könnten, vielleicht sollte Agapedia eine Erklärung aufschreiben, eine große Werbung, was für Leistungen sie bringen, und bei den Beiden vorstellen und vielleicht werden sie [dann] sehen, welchen Teil sie übernehmen könnten oder welche [der beiden] das schneller machen könnte, das mit den Kosten zu regeln. Aber sie [Agapedia] sollten da auf dem Tisch etwas haben, um da weiter zu machen.

I1: Ist es denn rein rechtlich möglich, dass es sozusagen zwei Töpfe gibt, dass sie zusammen finanzieren, dass jeder einen Teil gibt? Oder muss es von einem Ministerium allein bezahlt werden?

E3: Das ist eigentlich meine Meinung, das ist eine Vorstellung für die Zukunft. Ich glaube, es müsste diese Erklärungen, Bewertungen, Vorstellungen geben und sehen wer es übernehmen kann. Gesetzlich dürfen sie beide, aber welchen Teil und wo (Satz wurde nicht zu Ende geführt). Vielleicht kann Einer das gar nicht übernehmen, aber die Andere kann es. Das sind die Möglichkeiten, wie man es machen könnte. So gesehen ist es eigentlich mehr für das Sozialschutzministerium, aber wir können das Gesundheitsministerium nicht [kategorisch] weglassen. Vielleicht gibt es eine gute Partnerschaft und Zusammenarbeit und man könnte schon was machen. Wenn nicht der Eine, dann vielleicht der Andere. Das ist aber nur meine Meinung.

I1: Wenn es mal über eine Versicherung läuft, könnte das ja auch bedeuten, dass eventuell der Versicherungsbeitrag für die Arbeitnehmer erhöht werden müsste, oder dass eine neue Versicherung eingeführt werden müsste. Sind Sie der Meinung, dass das von der Gesellschaft akzeptiert werden würde? Oder würde das gar keine Erhöhung der Beiträge mit sich bringen?

E3: Es ist nicht der Fall von hier, deswegen kann ich die Frage nicht beantworten. Das habe ich nicht studiert um dazu was zu sagen. Das ist so eine Frage, ich habe eigentlich die Versicherung der Krankenversicherung studiert und ich weiß wie die Gründung ist und wofür sie bezahlen, aber mit der Sozialkasse beim Sozialamt kenne ich diese Gründung nicht und wofür die verantwortlich ist und was sie machen können. Deswegen kann ich auf die andere Frage nicht so genau antworten. Der Staat bezahlt eigentlich für die alten Leute die Krankenpflege.

I1: Wir hatten in einem anderen Interview, haben wir die Möglichkeit einer Pflegeversicherung diskutiert, wir würden gerne wissen ob Sie sich hier so etwas auch vorstellen können?

E3: [Das System der Pflegeversicherung wird erklärt] So etwas wie eine Pflegeversicherung haben wir nicht, aber Sozialversicherung bezahlen wir. Bei uns heißt es also nicht Pflegeversicherung oder überhaupt Versicherung, sondern für Sozialdienste, wenn wir im Alter sind, dann soll der Staat uns unterstützen. Eigentlich bezahlen wir jeden Monat dafür. Vielleicht von diesem Bereich könnte man etwas nehmen. Die Arbeitslosen und die, die behindert sind, bezahlen das nicht. So wie ich das kenne bezahle ich 29% für die Sozialdienste oder so. Ich frage noch mal schnell in der Buchhaltung nach, aber ich weiß genau, das ist viel. Wir zahlen das Gehalt für die Ärzte und dafür auch für Sozialdienste von den ganzen Gehältern zusammen an das Sozialamt. Es heißt nicht Versicherung sondern Sozialdienste. [Es folgt ein kurzes Telefonat mit der Buchhaltung] 23% sind es.

I1: Beahlt das der Arbeitgeber oder der Arbeitnehmer?

E3: Der Arbeitnehmer. Arbeitslose und Behinderte bezahlen das nicht. Ich kenne das System nicht ganz genau, der Staat muss für die Arbeitslosen und Behinderten das dann bezahlen, aber ich weiß nicht genau wie das funktioniert. Aber die Arbeitnehmer bezahlen jeden Monat.

I1: Bei der Krankenversicherung gibt es einen Arbeitgeberbeitrag. Gibt es den bei dem Sozialdienst auch, dass der Arbeitgeber mit einbezahlt?

E3: Ja, der Arbeitnehmer, [bezahlen] 23% von seinem Gehalt. Der Arbeitgeber hier ist der Staat. Da ist aber auch die Rente mit drinnen. So wie eine Rentenversicherung. [Sie] heißt aber nicht Rente, sondern Sozialdienst. Von hier [vom Staat] kommt später auch die Rente und wenn ich ein Geschäftsmann oder eine Geschäftsfrau bin, kann ich noch selbst dazu beitragen, damit die Rente später höher ist.

I2: Wie bei uns eine private Zusatzversicherung.

E3: Ja, aber bei uns heißt das Sozialdienst und da ist alles mit drin. Bei uns ist alles zentralisiert.

I2: Jetzt kommt ein etwas abrupter Themenwechsel, aber ich krieg den Übergang jetzt nicht so ganz hin. Kennen Sie noch andere Projekte, ähnlich wie das von Agapedia?

E3: Angelus Moldova heißt es. Es ist aber etwas anders, sie arbeiten nur mit Krebskranken – Pflege für Krebskranke.

I1: Kennt Sie noch andere NGOs die in diesem Bereich tätig sind?

E3: Ja, in diesen drei Dörfern in Gura Galbenei, [Selimet?], Cimislia gibt es so eine Sozialküche. Es gibt auch Kinderhäuser, wo Kinder die keine Unterstützung bekommen, bleiben können. Aber sie sind unterstützt von der Kirche, einer Religion. Hier ist auch ein Altersheim, das von der Stadt unterstützt wird, vom Kreis. Wir arbeiten auch zusammen, wenn sie einen Arzt brauchen, dann geht der Arzt dort hin, damit die alten Leute nicht hierher kommen müssen, und das ist auch eine gute Zusammenarbeit. Ich habe auch von der Stadt Belz [Balti] gehört, da gibt es viele soziale Projekte, nur ich kenne nicht genau die Namen, aber ich weiß auch, dass sie in den Dörfern Pflege machen.

I2: Jetzt würde uns noch mal Ihr persönlicher Standpunkt an sich interessieren. Was ist denn Ihrer Ansicht zum Projekt und zum Vorhaben einer möglichen Implementation? Macht es Sinn für Sie und kann so ein Projekt auch etwas an der sozialen Schieflage ändern oder lindern?

E3: Ja, ich unterstütze das Projekt sehr, wenn ich im Ministerium Ministerin wäre, dann würde ich das schnell implementieren, mit der gesetzlichen Pflegeversicherung. Es ist notwendig, weil wir so wenig Spezialisten haben hier im Kreis, es sind nur 44% der Spezialisten Fachärzte, das heißt mehr als die Hälfte sind keine Spezialisten. Es fehlen noch Spezialisten hier. Und auch nur 77 [%] Krankenschwestern, das heißt weniger als 30% noch Krankenschwestern (...) und das Projekt hat gut ausgebildete Leute, insbesondere diese Hauspflege, dann kann die Krankenschwester und die Ärzte etwas anderes machen, wo es notwendiger ist.

I2: Fehlen diese Ärzte und Krankenschwestern generell, sind sie gar nicht vorhanden, oder wollen die einfach nicht in die ländlichen Regionen?

E3: Im Allgemeinen ist das ein Problem in ganz Moldau. Hier im Kreis ist es noch schlechter, weil die Auswanderung noch größer ist, und die Fachärzte und Spezialisten wandern aus und deshalb ist die Situation schlechter hier. Sie bleiben entweder in Chisinau oder gehen ins Ausland. Ich war hier bei einer Sitzung wo die Ärzte, die neu sind, also junge Spezialisten [eingeladen wurden], und von 35, die kommen sollten, sind nur 16 gekommen. Die anderen

Spezialisten, die jetzt ausgebildet wurden, die studiert haben, haben andere Pläne, zum Beispiel Auswanderung. Und von den 16 konnte ich keinen hier in Cimislia halten – keinen.

I1: Das passt gerade ganz gut. Ein zweites Ziel neben der Verbesserung der Versorgung, war es ja auch Perspektiven für die Bevölkerung hier zu schaffen – Berufsperspektiven. Wir würden gerne wissen, ob Sie der Meinung sind, dass diese Möglichkeit Gemeindepflegerin zu werden Frauen in den Dörfern Perspektiven schaffen kann?

E3: Wir haben schon etwas bekommen mit Agapedia zusammen. In Gura Galbenei haben wir fünf Angestellte und eine von den Krankenschwestern auch, denn sie hatte nur ein halbes Gehalt, weil die andere Hälfte konnten sie nicht bezahlen, in Gura Galbenei. Und das heißt, dass fast sechs Leute jetzt dort Arbeit haben. Und wenn das zum Beispiel in jedem Dorf so wäre, dann wäre es viel besser, dann würde es drei, vier Leute geben, die nicht auswandern würden. Dann könnten sie hier bleiben und hätten auch eine Sozialversicherung, Rentenversicherung und so weiter. Und das ist schon ein guter Vorteil.

I2: Sie haben schon wieder mehrere Fragen auf einmal beantwortet, das klappt sehr gut. An sich sind wir jetzt durch mit unseren Fragen. Wir hätten jetzt noch Raum für allgemeine Anmerkungen, Lob oder Kritik zum Projekt.

E3: Erst mal würde ich sehr gerne danken für das Projekt. Das ist eine gute Leistung. Auch Dank an Frau M., das ist eine gute Zusammenarbeit. Wir haben schon viele Sachen zusammen gemacht und sie unterstützen uns, wir wollen das machen. Wir machen tolle Sachen, wo die anderen vielleicht denken 'das sind nur Kleinigkeiten', aber das kann man schon als Ergebnis sehen.

Die Vorsitzende von Agapedia Moldova sagt, dass Cimislia ausgesucht wurde, da dort der Bedarf aufgrund eines massiven Fachkräftemangels besonders hoch ist.

E3: Das ist jetzt sozusagen wie die russische Revolution aber im positiven Sinne. Da gab es ein Sprichwort 'von einem kleinen Feuerzeug kommt ein großes Feuer' heißt es direkt übersetzt. Das heißt später wird es dann was Großes. Diese Idee von der Ausbildung für die Hauspflege kam eigentlich von der Firma Bosch und da wollte ich noch mal für danken, weil Agapedia konnte das nicht unterstützen, das war die Idee von Bosch und sie haben das Projekt weiterentwickelt. Wir haben diese Idee nicht gehabt. Wir wussten nicht wie so eine Hauspflege ohne medizinischen Hintergrund, wie die [Gemeindepflegerin] das pflegen kann und wir hatten diese Vorstellung nicht. Und jetzt haben diese beiden: Agapedia und Bosch gezeigt wie man das macht und da bin ich froh und ich werde diese Idee weiterverbreiten und unterstützen.

Es wird nochmals betont, dass die Vorsitzende von Agapedia Moldova als Schlüsselperson agiert und auch unbekannte Ideen und Konzepte verbreiten kann, weil die Menschen ihr vertrauen, dass es was Gutes ist. Am Anfang waren die Menschen skeptisch auch aus juristischen Gründen aber jetzt läuft alles gut.

Verabschiedung

Experteninterview 4

Begrüßung, Vorstellung der Anwesenden und Erhebung der soziodemografischen Daten

Ort/Datum: Zentrale Homecare in Chisinau/ 14.09.2011

Dauer: 49 Minuten

Alter: ca. 50 Jahre (wollte Alter nicht nennen)

Familienstand: verheiratet

Ausbildung: Studium an der medizinischen Fakultät zur Allgemeinärztin

Funktion: Direktorin des Projektes Homecare seit 1999

I1: Seit wann arbeiten Sie in dem Projekt Homecare?

E4: In der häuslichen Alterssorge arbeite ich seit 1999. Damals wurde diese Definition aus Holland hergebracht – häusliche Krankenpflege. Damals kannte man diese Definition hier gar nicht. Das konnte man nur in Krankenhäusern, da wurde die Krankenpflege gemacht. Und die Holländer haben diese Definition erstmal hierher gebracht, was das überhaupt bedeutet.

I1: Können Sie bitte einfach mal beschreiben wie, seit Sie angefangen haben die häusliche Pflege zu machen, die Entwicklung war? Wie es am Anfang war und wie es jetzt ist.

E4: Am Anfang war gar nichts. Und dann wurde das Projekt hier genehmigt, bewilligt – häusliche Krankenpflege und da haben wir teilgenommen an verschiedenen Projekten und wurden dann selektiert als Koordinator hier (...). Das Projekt hat angefangen im Caritas Moldova. Nach dem Gesetz sollte auch eine juristische Person da sein. Im Jahr 2005 – das Projekt wurde jedes Jahr immer wieder verlängert – da haben sie [die Träger] uns genau gesagt, dass das Projekt ab 2005 von selbst laufen soll, das heißt finanziell. Und es wurde uns empfohlen, unsere Dienste an die obligatorische Krankenkasse zu verkaufen, so dass wir wenigstens 10% haben, welche von dem Staat bezahlt werden. Das war aber nicht möglich, weil Caritas Moldova es nicht erlaubt hat eigentlich. Es ist nicht erlaubt, die Dienste zu verkaufen, das sind religiöse (...), und da sollte man die Dienste nicht verkaufen dürfen. Und der Pfarrer der katholischen Kirche wollte es eigentlich nicht, das wurde nicht erlaubt, dass die Dienste verkauft wurden. Das war der Status und das wollten sie auch nicht verändern, das war religiös und deswegen sollte sich die Organisation selbst registrieren als gesellschaftliche Organisation, als soziale Organisation. Seit 2005 haben wir uns registriert und haben auch schon angefangen, an die obligatorische Krankenkasse die Dienste wenigstens zu einem Teil zu verkaufen. Wir haben in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium, mit dem Sozialschutzministerium gearbeitet und die Kasse hat einen Teil übernommen.

I1: Wie ist der Vorgang, dass von der Kasse ein Teil übernommen wird? Wie ist der Vorgang, dass man in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen wird?

E4: Es war sehr kompliziert, da muss man schon viel zusammenarbeiten. Aber so langsam haben sie (...) verkaufen wir unsere Dienste.

I1: Können Sie vielleicht grob skizzieren wie der Ablauf ist? An wen muss man sich wenden, [wohin] muss man Berichte einreichen?

E4: Der Anfang hier war schwer, denn wir waren die ersten hier und niemand wusste, wie man das macht, welche Berichte man darstellen musste und wo. Jetzt ist es sozusagen ein bisschen leichter, da sind schon die Formulare für die Berichte – die gibt es im Internet bei der offiziellen Homepage der obligatorischen Krankenkasse. Die muss man ausfüllen und dann muss man die Lizenz haben – wir haben schon eine Lizenz – und dann muss man noch eine Akkreditierung vom Sozialministerium haben. Das ist auch schwierig, aber es ist nicht unmöglich.

I1: Und wenn man das alles beieinander hat, dann wendet man sich an wen?

E4: Bei der obligatorischen Krankenkasse in der juristischen Abteilung. Da muss man dieses Paket dann machen, sie haben versprochen auch über die Lizenz, aber sie haben schon das geschafft. Und dann muss man noch die Akkreditierung bekommen und das ist das Problem (...). Und nach dem Gesetz jetzt ist es nur die Krankenpflege, die bezahlt wird. Für die häusliche Krankenpflege gibt es schon ein Gesetz, aber es ist noch nicht durchgekommen, man weiß nicht ob es durchkommen wird im Parlament. Deshalb ist es das Problem in unserem Land, weil die Krankenpflege, wird von der Krankenkasse nur zum Teil übernommen, nicht das Ganze. Das Andere bezahlt sie nicht, die soziale Pflege wird auch nicht bezahlt und deshalb brauchen wir immer Unterstützung vom Ausland, anders geht es nicht, weil der Staat das Ganze nicht übernehmen kann.

I1: Das heißt es werden nur die Dienste übernommen, die eine medizinische Indikation haben?

E4: Nur ein Teil, nicht alle. Der Staat bezahlt für einmal zu einem Patienten gehen 33 Lei. Das ist eine feste Summe, die der Staat übernimmt und den anderen Teil, wenn sie ihn brauchen muss von jemand anderem unterstützt werden.

I2: Auch wenn man jeden Tag hinfährt?

E4: Das gilt für jeden Besuch.

I1: Und was würde der Besuch normalerweise kosten?

E4: Mindestens fünfmal so hoch. Die Krankenkasse übernimmt aber nur diese 33 Lei.

Es wird kurz mit der Buchhaltung Rücksprache gehalten und es wurde geklärt, dass die Krankenkasse ca. 7,7% übernimmt.

E4: Das ist ein guter Erfolg für uns, weil wir am Anfang gar nichts gehabt haben. Dieses Jahr haben sie für einen Patient etwas mehr gegeben, haben es höher gemacht. Und die Krankenpflege bekommt jetzt beim Gehalt plus 7 Euro dazu – im Monat. Und von diesen 7,7% die die Kasse bezahlt kommen nur 50% für das Gehalt und die anderen 50% für den Transport und die Medikamente.

I2: Und was verdient so eine Pflegerin monatlich?

E4: 50 Euro im Monat, brutto. Da kommen die Abzüge noch dazu.

I2: Besteht eigentlich eine realistische Chance, dass die Krankenkasse diese 7,7% noch mal aufstockt auf 10, 11, 12, 13% ... oder ist das so eine fixe Zahl die nicht verändert wird?

E4: Eigentlich sollte es so sein, dass es in Zukunft besser ist [aufgestockt wird]. Aber mit der wirtschaftlichen Krise haben wir Angst, dass es noch niedriger wird. Im Vergleich zu dem letzten Jahr sind es 20 Cent plus bei jedem Besuch, also 3 Lei, im Vergleich zum letzten Jahr.

I1: Haben Sie denn den Eindruck, dass die Gesellschaft dieses Problem sieht, das Problem mit der Versorgung und das die Versorgung gar nicht geleistet werden kann, weil sie zu wenig Geld haben?

E4: Eigentlich denke ich, dass es nicht alle verstehen oder ansehen, wenn es sie nichts angeht. Aber die, die in diesem Bereich arbeiten, können es vielleicht verstehen, dass es hier mit der Krise keine andere Möglichkeit gibt. Wegen den Wahlen (...). Wir haben immer und immer wieder Wahlen und deswegen haben wir kein Geld für die Pflege. Die politische Situation in unserem Land (...) [ist schwierig]. Die, die in dem Bereich arbeiten verstehen, dass es da kein Geld gibt. Eigentlich bezahlen die Kassen auch in den Praxen, so wie ein Krankenhaus, mit vielen Ärzten und Fachärzten. Krankenhaus ist stationär und diese Praxen sind wie in Deutschland in einem Haus. Sie bekommen ein bisschen Geld für die Pflege, aber ich glaube sie nutzen das nicht. Sie machen das in dem Ärztehaus nicht.

I1: Haben Sie eine Idee, wie man das ändern kann, dass es mehr ins Bewusstsein der Öffentlichkeit geholt werden kann?

E4: Ich glaube, es fehlt immer an der Information. Es ist erst mal vielleicht besser – da die Information hier fehlt, dass es verschiedene Kurse, Ausbildungen, Seminare [gibt], wo man es erklären soll, was Pflege bedeutet in diesem Bereich. So ein bisschen erzählen und informieren, weil sie bekommen das Geld, aber sie haben keine Ahnung, was das bedeutet. Vielleicht einen Monat in einer Pressekonferenz über dieses Thema zu sprechen, die Öffentlichkeit, über das Radio und über das Fernsehen, um diesen Bereich zu erklären, was das ist. Und vielleicht auch Werbung, Kleinigkeiten, um das zu klären, wie man es macht. Vielleicht wäre das eine Lösung.

I1: Wir reden jetzt von dem Projekt der Agapedia-Stiftung, die auch aufsuchende Gemeindepflege im häuslichen Bereich machen. Wir würden gerne wissen, ob Sie der Meinung sind, dass das als Alternativprojekt von der Bevölkerung angenommen werden würde? Was Sie von dem Projekt allgemein halten?

E4: Ich denke, dass das Projekt sehr gut ist eigentlich, weil die anderen Projekte, die ich kenne, sind mehr in der Stadt und die Lebensbedingungen hier in der Stadt sind ganz anders. Wir haben wenigstens Wasser und da ist es etwas Anderes. Und das Projekt ist sehr gut und könnte vielleicht weiterentwickelt werden. Es ist eine gute Methode, um der Gesellschaft zu zeigen, was das hier ist, denn sie sprechen andauernd über das Projekt und über alles, wie sie es machen. Und es ist auch gut, um ein Beispiel zu zeigen, um die Gesellschaft zu informieren, was der Pflegebereich ist.

I2: Dann können Sie sich auch vorstellen, dass so ein Versorgungskonzept, wie die aufsuchende Gemeindepflege, vielleicht auch in die Regelversorgung aufgenommen werden könnte, zum Beispiel durch die Versicherung?

E4: Es wird eigentlich gut angesehen bei der Krankenkasse – ja, die werden schon etwas übernehmen, aber bei den Sozial[-diensten] nicht, denn das Gesetz ist noch nicht durchgekommen. Und so lange das Gesetz nicht durchkommt können sie so viel machen, wie sie wollen, da werden sie sowieso nichts bekommen.

I1: Und was besagt dieses Gesetz?

E4: Das ist das Gesetz, das vorhat die Dienste im Sozialbereich zu kaufen, Sozialpflegebereich, Fürsorge etc. Das war nur Krankenpflege und jetzt auch Sozialpflege. In unserem Land weiß man nie, was passiert. Das ist wie ein Wunderland, da kann das Gesetz auch noch zehn Jahre liegen bleiben. Das kann schnell gehen, aber man weiß es nicht. Es ist abgelegt und dann muss es noch akzeptiert werden, durchkommen. Das Gesetz mit der Krankenkassenversicherung, nur als Beispiel, hat sechs Jahre gedauert, um durchzukommen. Alles hängt davon ab, wie die politische Situation im Land ist und wen wir so kennen.

I1: Können Sie sich vorstellen, dass die fehlenden Beträge, die jetzt nicht von der Krankenversicherung übernommen werden, vielleicht von einer neuen Art der Versicherung, einer Pflegeversicherung übernommen werden könnten?

I2: Falls jetzt das Gesetz abgelehnt wird, dass dann zum Beispiel eine Pflegeversicherung greifen könnte?

E4: Das [Gesetz] könnte abgelehnt werden. Ja es gibt dieses Sozialamt, das heißt bei uns nicht Sozialversicherung, aber es gibt dieses Sozialamt wo wir es bezahlen, nur wenn das Gesetz nicht durch ist, dann kann es die Dienste nicht abkaufen.

I1: Wir reden jetzt gerade von dieser Sozialsicherung, wir würden gerne wissen ob Sie sich vorstellen können eine neue Versicherung einzuführen, nur für Pflege, das heißt abgekoppelt vom Sozialpaket? Also als allein stehende Pflegeversicherung.

E4: Ja, das wird schon diskutiert, dass es eine Extrabezahlung wird, das ist schon vor zwei Jahren angefangen worden zu diskutieren, aber das wird nicht akzeptiert wenn das nicht nach der Gesetzgebung läuft. Da muss erst mal ein Gesetz sein, das durchkommt. Aber zur Diskussion: So etwas wurde schon gemacht, sie haben das schon gehört mit der Extraversicherung. Die Leute bezahlen sowieso schon Sozialdienste mit 23% und es wurde schon vorgeschlagen. So ein Gesetz gibt es nicht, so ein Bericht, aber im Ministerium wurde das schon diskutiert.

I2: Gesetzten Fall das Projekt würde jetzt in das Gesundheitssystem implementiert werden können, wen würden Sie als relevante Akteure für die Implementation ansehen? Wer sollte dabei sein? Ministerien, NGOs, Thema Public Privat Partnerships.

E4: Also, auf jeden Fall die Sozialkasse, wo wir das Geld bezahlen. Aber die Dienste können schon, die die das machen können, machen (...). Entweder privat oder NGO oder auch vom Staat.

I2: Da sind dann also auch schon Strukturen vorhanden, die man dann auch gut nutzen kann. Also Sie sehen das jetzt nicht so an, dass man da ganz viel neu schaffen und involvieren muss? So haben wir jetzt den Eindruck.

E4: Ja die sind im Grunde schon da, also es gibt eine Basis, es muss nur finanziert werden.

I1: Könnten Sie sich denn vorstellen, das ein Projekt wie das von Agapedia, nicht nur in den drei Gebieten in denen es gerade läuft, sondern auch republikweit – auch nicht unbedingt mit dem gleichen Partner – eingeführt werden könnte?

E4: Ja sicher, dass müsste sich eigentlich so weiterentwickeln.

I1: Waren nicht die Krankenschwestern auch hier wegen der Ausbildung? Im Praktikum?

E4: Ja, bei den Krankenschwestern von hier haben sie ein Praktikum gemacht. Sie waren hier in der Stadt mit den Krankenpflegern zu Hause und haben das Praktikum hier gemacht.

I2: Wie lange waren die hier insgesamt?

E4: Ungefähr drei Wochen.

I1: Und was war Ihr Eindruck von den Fähigkeiten der Gemeindepflegerinnen?

E4: Ich kann sagen, sie waren hilfsbereit und mit einem großen Herz und sehr offen und sie waren sehr interessiert, in dem Bereich, etwas zu erfahren und zu machen. So wie ich Frau M. kenne, wird sie hier auch keine Leute ohne Erfahrung hinbringen. Sie waren sehr großzügig.

I2: Und wie schätzten Sie ihr Wissen, als Fachkraft, also das medizinische Wissen, ein. Reicht das aus für die Versorgung die sie jetzt leisten? Oder denken Sie da ist noch mehr Bedarf?

E4: Das ist niemals eigentlich ausreichend. Da muss man schon etwas lernen und in zwei Monaten werden sie nicht so viel lernen und man muss immer Fortbildungen machen und etwas dazu lernen.

I1: Dann sind wir mit unseren Fragen soweit durch, Sie haben ja schon vieles beantwortet am Anfang. Wir würden gerne noch wissen, ob Sie Anmerkungen zu dem Projekt haben , Verbesserungsvorschläge oder Kritik?

E4: Um das Geld von der Kasse zu bekommen, muss man die Berichte einreichen. Um diese ganzen Dokumente zusammen zu bekommen, dann sind die Kosten höher als man durch die Versicherung rausbekommt.

I2: Man muss also eine weitere Stelle bezahlen.

E4: Die Kasse erlaubt das Budget zu modellieren, um eine Buchhalterin zu finanzieren. Es hängt von der Anzahl der Besuche ab. Wir haben im Durchschnitt 3.200 Besuche und haben im Jahr 8.000€ bekommen. Da ist nicht viel, aber es ist machbar.

Anmerkung der Vorsitzenden von Agapedia Moldova, dass in der Stadt 3.200 Fälle realistisch sind, aber auf dem Land werden es nicht so viele sein. Und bei weniger Besuchen gibt es auch weniger Geld.

E4: Ich kann nur sagen, dass das ganze Projekt, sehr gut ist und man muss versuchen das weiter zu unterstützen.

I2: Wenn es noch Verbesserungsvorschläge oder Kritik an dem Projekt gibt, dann bitte jetzt.

E4: So welche Projekt können wir nicht kritisieren. Das ist eine gute Leistung, eine gute Arbeit und wir müssen es weiter entwickeln und unterstützen. Und es wäre sehr schlecht für die alten Leute, wenn es nicht weiter laufen würde.

I2: Dann vielen Dank für das Interview.

Experteninterview 5

Begrüßung, Vorstellung der Anwesenden und die Erhebung der soziodemografischen Daten

Ort/Datum: Zentrum der Allgemeinmedizin in Orhei/ 15.09.2011

Dauer: 41 Minuten

Alter: ca. Mitte 50 (wollte Alter nicht nennen)

Familienstand: verheiratet

Ausbildung: Studium der Kindermedizin

Funktion: Leiterin des Zentrums der Allgemeinärzte im Kreis Orhei

I2: Gibt es Ihrer Meinung nach ein gesellschaftliches Problembewusstsein? Also denken Sie es ist der Gesellschaft wirklich bewusst, dass die Versorgungssituation gerade auf dem Land so schlecht ist?

E5: Die Gesellschaft findet es gut, dass es nun auch Pflege auf dem Land gibt.

I2: Also sind sich die Leute schon bewusst, dass da etwas passieren muss? Dass sich da was ändern muss, dass Unterstützung notwendig ist um die Versorgungsproblematik zu verbessern?

E5: Ich glaube da sind mehrere Teile der Leute die denken. Da gibt es einen Teil, der sieht da sind viele Leute, die müssen unterstützt werden, sie sind alte Leute, die gepflegt sein müssen. Der andere Teil vielleicht sind die Kinder die im Ausland sind und sie werden die es auch vielleicht bezahlen, damit die Eltern auch gepflegt werden. Und es gibt noch einen dritten Teil, die das vielleicht nicht realisieren. Aber die Leute sollen trotzdem versorgt werden. Es gibt auch Kinder, nicht nur alte Leute, die auch versorgt werden sollen. Die Kinder, die die alten Leute zu versorgen haben, die eigenen Eltern, haben nicht immer die Möglichkeit [u.a. körperlich].

I1: In Deutschland ist der Beruf der Pflegerin oder des Pflegers in manchen Bereichen der Bevölkerung nicht so gut angesehen. Wie ist das denn hier? Wie ist die Einstellung der Leute gegenüber dem Berufsbild?

E5: Hier in Moldau gibt es auch so wenig Jobs, viele haben keine Arbeit und deshalb sind sie sehr froh, dass sie eine Stelle bekommen haben. Es ist egal, was für eine, und sie können die Arbeit so gut machen. Sie finden es sehr gut eigentlich.

I2: Uns geht es eher darum wie die Pflegekräfte von außen angesehen werden. Die Gemeindepflegerinnen berichteten zum Teil ja auch, dass es gerade zu Beginn etwas schwierig war.

E5: Ich meine, im Dorf, das ist eine ganz andere Arbeit. Hier in der Stadt ist es eine Differenzierung. Vielleicht ist es hier nicht ganz so gut, aber im Dorf ist es ganz normal

angesehen, wie andere Arbeiten auch. Vielleicht werden sie im Dorf auch nicht wie eine Lehrerin angesehen, aber vielleicht so, weil die Leute da auch viel auf dem Land arbeiten.

I1: Also sind Sie nicht der Meinung man müsste was am Image des Berufes ändern?

E5: So vielleicht wie eine Bäuerin angesehen. Ich glaube, es ist nicht der Fall, dass etwas am Image geändert werden muss. Weil wenn sie die ganzen Bedingungen dort haben, Waschmaschine und alles, um die Arbeit so gut zu machen, dann ist das kein Problem, da im Dorf was zu verbessern. Am Anfang war es schwierig, weil nicht alle die Pflege machen. Aber jetzt sind es schon mehrere Leute, die den Beruf machen wollen.

I2: Gestern hatte eine Dame im Interview gesagt, dass eigentlich nicht genug Pflegekräfte in Moldau vorhanden sind, um überhaupt den Bedarf decken können. Sie sagten jetzt gerade, die Pflegekräfte seien froh, wenn Sie überhaupt Arbeit finden. Wie passt das zusammen?

E5: Ich meine die Krankenpflege. Da gibt es nicht genug, um den Bedarf zu decken. Aber in der Sozialpflege/ Hauspflege da gibt es genug. Ich spreche nur von der Hauspflege, die waschen und alles macht. Die Krankenpflege ist auch sehr schlecht angesehen. Es ist kein guter Ruf für eine Krankenpflegerin, so zuhause hin und her zu laufen und den Job zu machen.

I1: Wir haben ja jetzt gehört, dass es den Bedarf gibt an Leuten die gepflegt werden müssen auf dem Land. Könnten Sie sich denn vorstellen, dass so ein Projekt wie das von Agapedia von der Bevölkerung angenommen werden würde, wenn man das flächendeckend einführen würde?

E5: Es ist richtig, dass im Dorf so viele Leute sind, die pflegebedürftig sind. Und vielleicht wären sie sehr froh, dass das Projekt weiterläuft und mehrere Leute einbezogen werden. Aber es ist auch schlecht, wenn das Projekt nur ein Jahr läuft und dann plötzlich ist nichts mehr da.

I2: Die Stiftung ist ja auch sehr bemüht das Projekt dauerhaft zu implementieren. Daher ja auch die Überlegung, ob man das in die Regelversorgung bzw. ins Gesundheitssystem übernehmen könnte. Denn genau diese Problematik, dass es plötzlich wieder aufhört soll ja vermieden werden. Und meinen Sie es wäre realistisch, diese Übernahme?

E5: Eigentlich hat das Gesundheitsministerium schon den Teil mit den Medikamenten übernommen, sie werden jetzt bezahlt. Aber den anderen Teil, glaube ich, werden sie es nicht machen. Es wird nicht möglich sein. Ich glaube, das hängt vom anderen Ministerium ab, vom Sozialschutzministerium. Die vielleicht auch etwas übernehmen könnten.

I1: Also meinen Sie, dass es prinzipiell schon möglich wäre, wenn das Sozialschutzministerium sich da bereit erklären würde Kosten zu übernehmen, dass man das staatlich weiterführen könnte, das Projekt?

E5: Das kann ich Ihnen nicht sagen. Da ist das Ministerium für verantwortlich und das entscheiden sie. Wir können nur Vorschläge machen, aber das Ministerium entscheidet.

I1: Und über die Krankenversicherung könnte so eine Versorgung nicht finanziert werden, hatten Sie gesagt?

E5: Wenn es hier schwere Krankheiten sind, bezahlt das Gesundheitsministerium eigentlich bezahlt die Krankenpflege. Dass sie nach Hause zu den Patienten gehen und sie dort versorgen. Aber das sind nicht sozial bedürftige Leute, sondern die, die es unbedingt brauchen, zum Beispiel Krebsversorgung. Das ist nicht eine dauerhafte Versorgung, vielleicht einen Monat oder eine Woche. Es hängt davon ab, was für eine Krankheit das ist. Das wird von der Krankenkasse bezahlt. Aber das mit dem Sozialschutz, das ist schon etwas Anderes.

I2: Das Konzept von Agapedia mit der aufsuchenden Pflege, das verbindet im Grunde ja all diese Disziplinen. Und haben Sie vielleicht eine Idee oder einen Vorschlag welche Ministerien oder auch andere Organisationen man für so eine Rundumversorgung, vor allem auch für die Finanzierung, an einen Tisch setzen müsste?

E5: Es müssten sich eigentlich alle Ministerien zusammensetzen. Auch das Bildungsministerium zum Beispiel auch, weil es Kinder gibt. Auch das Sozialministerium, auch Gesundheitsministerium. Das juristische und das Innenministerium. Ich glaube, da müssen alle zusammenarbeiten. Aber das für die Pflege jetzt, die häusliche Pflege, da ist das Sozialschutzministerium verantwortlich. Weil die Krankenpflege, das ist ganz andere Arbeit und da ist das Gesundheitsministerium verantwortlich. Aber um alles zusammen zu organisieren, sollten alle einbezogen werden. Ein Beispiel, die Familie mit den fünf Kindern [die wir beim Besuch in Pohribenei gesehen haben], die wir gesehen haben. Ich denke, da sollten ganz viele Ministerien beteiligt werden. Soziales, Familie, Gesundheit, Juristische und einfach alle.

I2: Wir haben ja jetzt nun von den Ministerien gesprochen. Wie realistisch ist es Ihrer Meinung nach auch andere Organisationen, zum Beispiel NGOs, mit einzubeziehen. Würde das Sinn machen?

E5: Hier ist es ganz realistisch. Weil hier auch in der Stadt gibt es verschiedene Projekte, Kinderprojekte und auch NGOs mit Familienschutz, Kinderschutz und soziale Projekte usw. Und wir arbeiten und koordinieren alles zusammen, so wie eine Partnerschaft. Auch mit dem Innenministerium.

I1: Wir hatten eben nochmal überlegt, wenn wir sagen um das eigentliche Problem zu lösen, müsste man sehr viele Parteien an einen Tisch setzen. Glauben Sie denn, dass es realistisch ist, dass alle zusammenarbeiten könnten?

E5: Ja, ich glaube das könnte man schon machen. Und gestern haben wir uns hier im Stadtrat auch zusammengesetzt. Da waren auch Vertreter vom Sozialschutzministerium, Vertreter vom Gesundheitsministerium und von verschiedenen Organisationen im Haus. Da haben wir über diverse Probleme gesprochen. Wir sagen solche Termine offen an und dann kommen die Vertreter eigentlich von allein. Hier im Gemeinde- bzw. Stadtrat hier ist das alles gut organisiert. Und wenn etwas gebraucht wird, dann wird bei den Ämtern angerufen. Und dann kommen sie und versuchen das Problem zu lösen.

I1: Das heißt wahrscheinlich ist es auf kommunaler Ebene einfacher als auf republikweiter Ebene, also so was zu organisieren?

E5: Ja, das ist so. Nur wenn man das organisieren will, dann muss man schon mit den Ministerien arbeiten.

I1: Sie hatten ja bereits gesagt, dass es über das Sozialministerium finanziert werden müsste oder sollte. Was halten Sie denn von der oft diskutierten Pflegeversicherung? Die auch international gefordert wird.

E5: Ja, ich könnte mir das ganz gut vorstellen. Am Anfang würde es schwierig sein für die Leute zu akzeptieren, dass sie nochmal Steuern [Abgaben; Versicherungsbeiträge] zahlen sollen. Aber dann später werden sie das schon verstehen, dass es notwendig ist. Es gibt jetzt vom Familienministerium die Sozialarbeiter im Dorf. Und wenn etwas ist, wenn die Ärztin sieht, dass die Leute bedürftig sind, dann wird den Sozialarbeitern Bescheid gegeben, dass da in der Familie was gemacht wird. Eigentlich haben wir eine gute Verbindung zu den Sozialarbeitern, und wenn etwas ist, dann sagen wir Bescheid.

I1: Ist das denn ausreichend? Wir haben jetzt gesehen es gibt in jedem Dorf einen Sozialarbeiter und das sind etwa 3000/4000 die im Dorf leben. Wie schätzen Sie denn ein wie hoch der Bedarf ist? Kann Einer alleine das denn leisten?

E5: Ja mit der Sozialpflege, dass weiß ich nicht ganz genau. Dazu haben ich keine Daten vorliegen. Ich kenne nur den medizinischen Bereich, die Allgemeinärzte und die Patienten die versorgt werden. Aber nur medizinisch.

I1: Und im medizinischen Bereich ist da ein höherer Bedarf oder klappt das da?

E5: Eigentlich hängt es davon ab wie viele Leute im Dorf wohnen. Nur in Dörfern, wo weniger als 900 Leute leben, da ist einer vorhanden. Aber sonst sind es drei. Wenn es mehr sind als 1000, dann ist auch ein Allgemeinarzt da.

I2: Neben diesem Konzept von Agapedia, was hier in Orhei durchgeführt wird, gibt es da noch ähnliche, alternative Projekte zur Verbesserung der Versorgungssituation?

E5: Ja, so wie ich es kenne, da gibt es schon Zentren, die sich um die Versorgung kümmern, zum Beispiel Altenhäuser im Dorf, oder es gibt auch ähnliche Projekte. Aber so genau die Namen weiß ich nicht. Es sind Einrichtungen von der Bezirksregierung finanziert. Vom Gesundheitsministerium gibt es auch die sogenannten Büros, im Dorf heißen sie nicht Zentren, sondern Gesundheitsbüros. Die sind finanziert vom Gesundheitsministerium. Die Stützpunkte, die Sie besucht haben. Da gibt es auch noch ein paar, die von Projekten unterstützt werden. Soweit ich weiß, gibt es in den Altenhäusern auch Tag- und Nachtbetreuung. In anderen Dörfern, wo sie nur ein paar Übungen machen oder so. Aber so wie das von Agapedia gibt es hier nicht, die auch die soziale Versorgung machen, das mit dem Waschen und alles. So was gibt es hier nicht.

I2: Was ist denn Ihre persönliche Ansicht zum Vorhaben, zum Agapedia-Konzept? Macht das für Sie Sinn und kann so ein Projekt eventuell sogar was an dieser sozialen Schieflage ändern?

E5: Eigentlich ist es ein sehr gutes Projekt. Es hat sehr viel verbessert hier, seit das Projekt hier ist. Wir koordinieren, arbeiten zusammen schon seit längerer Zeit. Und erst mal hat es die Mentalität der Leute etwas verändert, dass es so was gibt und dass man so was machen konnte. Und viele alte Leute sprechen schon davon und sind sehr froh, dass sie unterstützt werden können. Das ist schon sehr gut angekommen bei den alten Leuten. Sie warten schon immer auf die Pflege.

I1: Dann ist es natürlich doppelt schade, wenn man das Projekt in der Form nicht weiterführen könnte. Da müsste man wirklich überlegen wie man einen Weg findet, wie man einen Weg findet das irgendwie in einer Kooperation weiterführen zu können.

E5: Ja, so wie ich schon am Anfang gesagt habe, das muss weiterlaufen, sonst sind wir wieder am Anfang. Es ist schon eine große Hilfe, dass der Staat etwas zu den Medikamenten gibt. Aber es wäre schon sehr schön, wenn sie auch die Rollstühle oder die Gehstützen oder einen Rollator haben könnten. Früher haben wir nicht die Möglichkeit gehabt, die Patienten von den Ärzten untersuchen zu lassen, denn sie müssten dorthin gebracht werden. Und jetzt, seit es Agapedia gibt, da können wir das gleich Zuhause machen und das ist schon ein großer Unterschied.

I1: Haben Sie allgemein noch irgendwelche Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge, Lob, Kritik? Haben Sie sonst noch was, was Sie gerne zu dem Thema sagen möchten?

E5: Zu dem Thema kann ich nicht viel sagen. Ich bin eigentlich sehr froh, dass es so ein Projekt gibt. Und das Projekt hat unseren Kreis gewählt, und insbesondere die Dörfer, die sehr bedürftig waren, die weit weg von hier sind. Und das hat viel gebracht. Die Krankenpflege und auch die Sozialpflege sind sehr zufrieden und die alten Leute auch. Und deshalb wünsche ich noch viel Erfolg weiter.

I1: Gut. Dann möchten wir Ihnen nochmal sehr herzlich für das Interview danken.

Interview 6

Begrüßung, Vorstellung der Anwesenden und Erhebung der soziodemografische Daten.

Anmerkung: recht hektische Gesprächsatmosphäre, da der Interviewpartner unter enormen Terminzeitdruck stand. Die Forscherinnen wurden gebeten sich kurz zu fassen.

Ort/ Datum: Gesundheitsministerium in Chisinau/ 20.09.2011

Dauer: 26 Minuten

Alter: ca. 55 (Alter wurde nicht genannt)

Familienstand: verheiratet

Ausbildung: Studium an der staatlichen Universität für Medizin und Pharmazie, Studium Public Administration

Funktion: Leiterin der gesundheitspolitischen Abteilung im Gesundheitsministerium

I1: Sind Sie der Meinung, dass es ein gesellschaftliches Problembewusstsein für die Unterversorgung auf dem Land gibt?

E6: Das ist zwar keine Neuigkeit für die Gesellschaft, dass die Pflege im sozial-medizinischen Bereich unterversorgt ist, aber es ist noch nicht einmal auf dem richtigen Niveau angekommen. Die jetzigen Probleme, die es in Moldau gibt, zeigen uns, wie wichtig es ist, den Pflegebereich zu unterstützen, auch im sozialen Bereich und medizinischen Bereich. Die Republik Moldau ist ein armes Land, aber es gibt genau die gleichen Probleme wie in anderen europäischen Ländern. Es werden mehr Leute die älter werden [Alterung der Gesellschaft], die Auswanderung wird mehr und die älteren Menschen bleiben zurück ohne Unterstützung. Und diese sozio-medizinischen Probleme im Pflegebereich sind aber jetzt verstärkt in der gesundheitspolitischen Diskussion und es wird berichtet. Und die Gesellschaft versteht natürlich, dass es solche Probleme gibt, aber sie verstehen auch, dass wir erst am Anfang sind, und wir versuchen gerade, das alles zu entwickeln.

I1: Wir haben in Deutschland das Problem, dass die pflegerischen Berufe kein sehr hohes Ansehen haben. Wie ist das denn hier in Moldau?

E6: Wenn der Pflegebereich mit den ganzen Dokumenten im politischen Gesundheitssystem drin ist, dann heißt es, dass es auf dem richtigen Niveau ist. Aber wie gesagt, wir sind erst am Anfang. Jetzt ist es im Pflegebereich, im politischen Gesundheitssystem ist es so, dass das System jetzt entwickelt werden soll. Dass sie Leute behandelt werden sollen auch im Bereich der Prävention und auch weiterhin die Krankenhäuser darin zu unterstützen. Und jetzt auf politischer Ebene ist das jetzt Thema und schwerpunktmäßig auf den ersten Punkt (...). Es ist auch ein Förderungssystem, dass man auch mit den Unfallkliniken und den Rettungswagen immer fördert und etwas zu entwickeln ist. (...) Es ist noch nicht das richtige Niveau im Pflegebereich, aber es sind viele NGOs aktiv, so wie Agapedia, Homecare, Caritas etc., die helfen und auch von den Krankenkassen sind auch unterstützt die Allgemeinärzte und die Krankenpfleger in verschiedenen Dörfern in diesem Bereich der Krankenpflege. Weil wir das

jetzt noch nicht so richtig alles allein machen können, deshalb ist es sehr gut angekommen, diese Unterstützung aus dem Ausland und von verschiedenen NGOs.

I1: Können Sie sich denn vorstellen, dass diese NGOs praktisch von der Krankenkasse finanziert, zumindest ein Teil deren Dienstleistungen übernommen werden könnte?

E6: Seit 2006 unterstützt die Krankenkasse ganz viel diesen Pflegebereich. Mit Krankenpflegern und Ärzten usw. Und deshalb ist es sehr wichtig, dass die NGOs das jetzt machen. Wir wünschen uns zwar, dass wir mehr machen können vom Gesundheitsministerium, aber wir sind erst am Anfang und würden gerne diese Teile übernehmen, wenn wir das können.

I1: Aber wenn NGOs diesen Service anbieten, ist es ja meist nur temporär. Gibt es denn schon Ideen wie man das eventuell weiterführen könnte?

E6: Diese Projekte und NGOs haben immer zum Ziel, dass es dauerhaft ist. Zum Beispiel das Projekt Homecare in der regionalen Verwaltung hat schon ein Teil übernommen von den verschiedenen Regionen. Es ist die Möglichkeit da und sie versuchen es weiter zu machen. Aber wenn die Regionalverwaltung das nicht machen kann dann (...) Es ist wichtig, dass es weiter geht, dass jemand das übernimmt. Das Projekt Hospice von Straseni zum Beispiel ist eigentlich jetzt unterstützt von den USA. Aber ein Teil ist schon übernommen von den Krankenkassen, der regionalen Krankenkasse. Und wir versuchen es weiterhin, jemanden zu finden es weiterhin zu unterstützen. Dies als Beispiel.

I2: Und das ist ja im Grund auch das Ziel der Agapedia Stiftung, dass eben dieses Projekt auch von verschiedenen Kostenträgern übernommen, oder zumindest unterstützt werden soll. Jetzt ist unsere Frage, welches Ministerium bzw. auch welche anderen Organisationen könnten oder müssten Ihrer Meinung nach da involviert werden?

E6: Also dafür sollte man eine Lizenz haben, Sie haben schon eine Lizenz, und diese Akkreditierung. Da sollten die Papiere und alles stellen (...). Und damit das Gesundheitsministerium den Teil übernehmen kann. Aber im Sozialbereich gibt es in der Satzung, nach dem Gesetz, gibt es noch nicht, dass wir diesen Teil übernehmen können. Und deshalb werden wir es auch nicht machen. Nur in den Regionalverwaltungen, wenn sie etwas haben, dann können wir unterstützen. Oder irgendwo anders. Aber dieses Sozialministerium wird das nicht machen, weil das in der Satzung nicht steht. Und ist nur der Teil vom Gesundheitsministerium, das werden wir übernehmen, wenn sie die Akkreditierung haben. Dann werden wir es machen. Aber mit dem Sozialministerium ist jetzt schwieriger, das zu machen. Wenn es im Gesetz nicht steht, in der Satzung nicht steht, dann wird das nicht gemacht werden.

I2: Sie sagten ja schon, dass Sie das Projekt auch für eine gute Sache halten. Und meinen Sie, dass so ein Projekt was an der sozialen Schieflage hier in Moldawien ändern kann, bzw. die Schieflage lindern?

E6: Sehr wenig. Aber ja. (lacht). Ja, so wie gesagt, das Projekt arbeitet in Cimislia, Gura Galbenei und Orhei in zwei Dörfern. Und es ist ein gutes Projekt, es ist sehr gut akzeptiert von der Gesellschaft. Eine gute Erfahrung für die Pfleger da. Und eigentlich ist es sehr gut. Und es gibt auch andere Projekte, die vielleicht auch zwei Dörfer weiter haben. Aber wir haben 1000 und noch etwas. Und deshalb haben wir gesagt, es ist ein wunderbares Projekt,

aber es ist sozusagen wenig. Vielleicht wenn Sie es weitermachen können, dann wird es noch mehr Verbesserung geben in diesem Land.

I2: Also das Projekt ist ja in dem Sinne dann wirklich eher eine Symptombekämpfung, sag ich jetzt mal, als eine Ursachenbekämpfung. Welche politischen Bemühungen müssten denn unternommen werden, um etwas an der Grundproblematik zu ändern?

E6: Eigentlich das Gesundheitsministerium und das Sozialschutzministerium sollte einbezogen werden. Aber auch sehr wichtig ist die regionale Verwaltung. Weil eigentlich die regionale Verwaltung macht das, unterstützt das weiterhin auf dem Land. Das ist erstmal mit den Sozialarbeitern, sie sollen auch unterstützt werden. Weil die Pflegebedürftigen haben keine Wärme, kein Wasser usw. Das ist ein wichtiger Teil im Sozialbereich. Das macht die regionale Verwaltung. Weil das Gesundheitsministerium kann das machen über die Krankenkassenversicherung, die obligatorische, die es gibt. Aber das Sozialschutzministerium, das macht nur durch die regionale Verwaltung, mit den Sozialarbeitern in den Dörfern.

I1: Gut, dann wären wir mit den wichtigsten Fragen durch. Dann nochmals vielen Dank für das Interview.

Anhang X – Verfasserinnen der Kapitel

Kapitel	Verfasserin
1. Einleitung	Anna-Lena Strehlow & Julia Fleige-Völker
2. Versorgungsstruktureller Hintergrund in der Republik Moldau	Anna-Lena Strehlow
3. Aufsuchende Gemeindepflege als niederschwellige Versorgungsstrategie	Julia Fleige-Völker
4. Das Projekt der Agapedia-Stiftung: „Aufsuchende Gemeindepflege“	Julia Fleige-Völker
5. Forschungsinteresse und methodisches Vorgehen der Untersuchung	Anna-Lena Strehlow
6. Ergebnisse <i>Kategorie 1-3</i> <i>Kategorie 4-6</i>	Julia Fleige-Völker Anna-Lena Strehlow
7. Diskussion	Anna-Lena Strehlow & Julia Fleige-Völker
8. Fazit	Anna-Lena Strehlow & Julia Fleige-Völker
9. Handlungsempfehlungen	Anna-Lena Strehlow & Julia Fleige-Völker