

Beiträge

Andreas Büscher, Helmut Budroni, Almut Hartenstein, Bernhard Holle,
Birgit Vosseler

Auswirkungen von Vergütungsregelungen in der häuslichen Pflege

Ein Modellprojekt zur Einführung personenbezogener Budgets

The impact of a revised reimbursement scheme for home care services was investigated by using a qualitative design. 7 nursing care services and 11 care dependant elderly people participated in this study with whom 33 interviews were conducted. From the elderly people's perspective the option to take into account changing needs was considered to be a positive impact. The budget seemed to be particularly useful for elderly people living alone, people suffering from dementia and people suffering from multiple serious diseases. Nurses and nursing managers stress the changes that would go along with the introduction of a budget based reimbursement system and that would need an expanded time frame for implementation. An expansion of the scope of nursing practice in home care was identified. It was actualised by the following nursing interventions: performing negotiation processes, continuous evaluation, organising everyday life, being social contact person, promotion of resources, and providing security. The study concludes that a time based reimbursement system in home care should be introduced in addition and not as a substitute to the existing reimbursement scheme.

Keywords

Home Care, Reimbursement of nursing services, Action research, Nursing interventions

In einer qualitativen Studie wurden die Auswirkungen eines sachleistungs-basierten Pflegebudgets auf das Pflegegeschehen in der ambulanten Pflege untersucht. Dabei wurden 33 Interviews mit insgesamt 11 Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie Pflegefachkräften und Pflegedienstleitungen aus sieben Pflegediensten geführt. Aus Sicht der TeilnehmerInnen bestanden die positiven Auswirkungen in der Möglichkeit, besser auf sich verändernde Notwendigkeiten und Bedürfnisse eingehen zu können. Das Budget scheint insbe-

eingegangen: 23.1.2007

akzeptiert: 23.6.2007

sondere für allein lebende, ältere Menschen, an Demenz Erkrankte sowie schwerst mehrfach Erkrankte sinnvoll zu sein. Pflegefachkräfte und Pflegedienstleitungen betonen notwendige Veränderungen, die ein Budgetansatz mit sich bringt. Als erweiterte Kernleistungen in der ambulanten Pflege konnten in dem Projekt die Bereiche: Aushandlungsprozesse gestalten, kontinuierliche Situationsevaluation, Alltag organisieren, soziale Kontaktperson sein, Ressourcen fördern sowie Sicherheit vermitteln identifiziert werden. Die Ergebnisse dieses Projekts zeigen, dass die Stundenvergütung einen Beitrag zur Legalisierung einer bestehenden Realität leistet und deshalb als Regeloption neben der Leistungskomplexvergütung in der Pflegeversicherung eingeführt werden sollte.

Schlüsselwörter

ambulante Pflege, Pflegebudgets, Aktionsforschung, Pflegeinterventionen

Einleitung

Die Aufmerksamkeit für die strukturellen Rahmenbedingungen, unter denen ambulante Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung erbracht wird, ist in der deutschsprachigen, pflegewissenschaftlichen Literatur nicht besonders ausgeprägt. Dies ist insbesondere deshalb interessant, da die Bedeutung der ambulanten Pflege bei der Unterstützung chronisch Kranker und pflegebedürftiger Menschen in den letzten Jahren regelmäßig sowohl in wissenschaftlichen Publikationen (Garms-Homolova/Schaeffer 1992; Schaeffer/Ewers 2002; Schaeffer 2006) als auch in den Berichten politischer Kommissionen unterstrichen worden ist (Landtag NRW 2005). Allerdings standen dabei die inhaltlichen Anforderungen an die Gestaltung der ambulanten Pflege im Mittelpunkt der Überlegungen. Entsprechend wenig ist daher bekannt über die Auswirkungen der strukturellen Rahmenbedingungen auf das tatsächliche Pflegegeschehen. Die Vergütung der im Rahmen der Pflegeversicherung erbrachten Sachleistungen durch ambulante Pflegedienste erfolgt auf der Basis sogenannter Leistungskomplexe, deren Umfang und Preis in den Vergütungsverhandlungen zwischen Pflegekassen und Pflegediensten bzw. ihren Verbänden verhandelt werden. Diese Leistungskomplexe stehen seit längerem in der Kritik, da sie im Wesentlichen auf Unterstützung in einigen, ausgewählten Alltagsverrichtungen ausgerichtet sind und wesentliche Aspekte pflegerischen Handelns in der ambulanten Versorgung dadurch ausgeblendet werden. Bereits 2002 wurde im Endbericht der Enquête-Kommission ‚Demographischer Wandel‘ (Deutscher Bundestag 2002) konstatiert: „Das Sozialrecht bietet somit keine individuell zugeschnittenen Hilfen, sondern macht starre Vorgaben, die für die immer komplexer werdenden Bedarfs- und Nachfragesituationen ungeeignet sind. Die Schlussfolgerung besteht darin, zu einer stärkeren Nachfragesteuerung des Leistungsgeschehens in der ambulanten Pflege zu kommen.“

Entsprechend dieser Erkenntnis wurde im Zuge der Überlegungen zur Reform der Pflegeversicherung die Leistungsform des persönlichen Budgets in die Diskussion gebracht, die derzeit in einem groß angelegten Modellversuch praktisch erprobt wird (Arntz/Spermann 2004; Klic/Spermann 2004), der im Rahmen des Modellprogramms nach § 8, Abs.3 SGB XI zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gefördert wird.

Daneben wird das „Integrierte Budget“ in Rheinland-Pfalz erprobt. Ebenfalls im Erprobungsstadium, allerdings auf der Basis geltenden Rechts, befindet sich das trägerübergreifende persönliche Budget nach § 17 SGB IX, zu dem verschiedene Modellprojekte durchgeführt werden. Eine andere Budgetform, die Vergütung von Pflegeleistungen auf der Basis von Zeiteinheiten, wurde durch das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke in Zusammenarbeit mit der Landeshauptstadt München erprobt. Hintergründe, Durchführung und Ergebnisse dieses Projekts, das von der Software AG Stiftung in Darmstadt gefördert wurde, werden in nachfolgendem Artikel dargestellt.

Problemhintergrund des Projekts

Häusliche Pflege erfolgt auf der Basis der Finanzierungsmodalitäten des SGB V, des SGB XI, des SGB XII (vormals BSHG) und zu geringen Anteilen anderer Kostenträger. Innerhalb dieser gesetzlichen Regelungen wird ambulante Pflege in Form einzelner Leistungen (SGB V) oder so genannter Leistungskomplexe (SGB XI) vergütet. Diese Art der Vergütung und dieses Verständnis pflegerischer Leistungen in der ambulanten Pflege sind nicht dazu angetan, die Komplexität und Vielschichtigkeit häuslicher Pflegesituationen wieder zu spiegeln. Ebenso wenig ist der Umstand berücksichtigt, dass die Durchführung pflegerischer Leistungen oder Leistungskomplexe abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit und den individuell vorhandenen Fähigkeiten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ist. So sind die situative Einschätzung und das situative Verstehen einer Pflegesituation unabdingbare Voraussetzungen, um die Ergebnisse pflegerischen Handelns beurteilen zu können. „Pflegerische, die unzusammenhängende Einzelhandlungen in Bezug auf viele Patienten ausführen, haben keine Möglichkeit, die Effektivität der Pflege insgesamt für einen Patienten einzuschätzen. Sie können noch nicht einmal wissen, inwieweit ihr eigenes Tun zur Verbesserung oder Verschlechterung des Wohlbefindens des Patienten beigetragen haben mag.“ (Schröck 1995).

Ausgehend von der Einschätzung, dass die derzeitigen Refinanzierungsbedingungen in der ambulanten Pflege nur eine an der Durchführung einzelner Tätigkeiten orientierte Pflege ermöglichen, wurde in diesem Projekt untersucht, wie sich ein anderes Vergütungssystem auf die Erbringung häuslicher Pflege auswirkt. Die folgenden Fragestellungen waren dabei handlungsleitend:

1. Wie wirkt sich ein Vergütungssystem, das sich am Faktor Zeit orientiert, auf pflegerische Tätigkeiten und Interaktionen im Rahmen der ambulanten Pflege aus?
2. Inwiefern weichen pflegerische Handlungen in diesem Vergütungssystem von den Tätigkeiten im Rahmen von Einzelverrichtungen und Leistungskomplexen ab?

Planung des Modellprojekts

Im Gegensatz zu anderen pflegewissenschaftlich motivierten Untersuchungen ging es in diesem Projekt nicht nur um ein angemessenes Forschungsdesign zur Datenerhebung und -analyse. Ergänzend war es erforderlich, veränderte Rahmenbedingungen für die Refinanzierung von pflegerischen Leistungen durch ambulante Pflegedienste zu schaffen. Dabei wurde angestrebt, die für die Erbringung häuslicher Pflege zur Verfügung stehenden Gelder aus SGB V, SGB XI und BSHG (jetzt SGB XII) in einem Gesamtbudget zusammenzuführen, das umgerechnet in Zeiteinheiten, vorzugsweise Einheiten von 30 oder 60 Minuten, für die Leistungsabrechnung zur Verfügung steht.

In umfangreichen Vorgesprächen mit verschiedenen Akteuren konnte die Zustimmung der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen in Bayern erzielt werden, für einen begrenzten Zeitraum pflegerische Leistungen nach dem SGB XI über einen definierten Stundensatz abzurechnen. Politisch gestützt wurde das Projekt darüber hinaus durch einen Beschluss des Gesundheits- und Krankenhausausschusses der Landeshauptstadt München. In den vorbereitenden Gesprächen ließ sich leider der Aspekt einer Zusammenführung der Vergütung aus SGB V, SGB XI und SGB XII nicht realisieren und musste entsprechend aufgegeben werden.

Unerwartet problematisch, aber letztlich dennoch erfolgreich, erwies sich die Suche nach teilnehmenden Pflegediensten aufgrund des in den veränderten Versorgungsverträgen nach §89 SGB XI festgeschriebenen Stundensatzes von 28,30 Euro, der als zu gering erachtet wurde. Daneben war es erforderlich, den Verrichtungsbezug pflegerischer Leistungen hinsichtlich der Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung in den Versorgungsverträgen aufzuheben. Dazu wurde der Zusatz der ‚Erweiterten Kernleistungen‘ aufgenommen. Diese waren definiert als „bedarfsgerechte Leistungen, die durch eine Pflegefachkraft (...) erbracht werden und deren Erbringung mit der/dem jeweiligen Pflegebedürftigen vereinbart sind.“ Diese Leistungen waren entsprechend in der Pflegedokumentation nachzuweisen.

Methodisches Vorgehen

Um die erklärte Absicht dieses Modellprojektes umzusetzen, eine existierende Realität zu verändern und die Auswirkungen dieser Veränderung zu untersuchen, war ein methodisches Vorgehen erforderlich, welches geeignet ist, die Komplexität häuslicher Pflegesituationen abzubilden und Erkenntnisse aus der Perspektive verschiedener Akteure zu generieren. Für ein entsprechendes Vorhaben wird in der internationalen Literatur ein Aktionsforschungsansatz (Hart und Bond 1996) als angemessen betrachtet (Titchen und Binnie 1994; Waterman et al. 1995). Die Aktionsforschung gilt insbesondere dann als angemessen, wenn eine Gleichzeitigkeit von angestrebtem Erkenntnisgewinn über ein soziales System und Veränderung dieses Systems besteht. Die Veränderung der Rahmenbedingungen durch die modifizierten Versorgungsverträge stellte in diesem Projekt die Änderung der Realität dar, deren Auswirkung durch eine enge Begleitung der Praxis untersucht wurde.

Die Datenerhebung bei den Pflegediensten erfolgte durch Einzel- und Gruppeninterviews. Insgesamt wurden 7 Pflegedienste in das Projekt einbezogen, in denen 1-2 Gruppeninterviews mit Mitarbeiter/innen durchgeführt wurden. Ergänzend wurden Interviews mit den Pflegedienstleitungen anhand eines strukturierten Interviewleitfadens durchgeführt.

Das zentrale Anliegen dieser Studie war es, durch die Veränderung der Rahmenbedingungen die Pflegesituation der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen zu verbessern. Um Aussagen darüber treffen zu können, ob und in welcher Form sich die veränderten Möglichkeiten der Leistungserbringung durch die ambulanten Pflegedienste auf die Pflegesituation für die pflegebedürftigen Personen auswirkten, galt es, auch in ihre Perspektive vertiefende Einsichten zu erhalten. Hier erfolgte die Datenerhebung durch Einzelinterviews und Dokumentenanalysen. Daraus wurden Fallstudien in Anlehnung an das Verfahren von Yin (1994) gebildet. Fallstudien sind geeignet, ein Phänomen, hier die Gestaltung der häuslichen Pflegesituation, in seinem Alltagskontext zu untersuchen. Der Wert eines Fallstudiendesigns für praxisorientierte Studien ist in der Literatur mehrfach betont worden (Yin 1994; Aldridge 1999; Bergen 2000).

Insgesamt konnten 11 pflegebedürftige Menschen durch die Vermittlung der ambulanten Pflegedienste für eine Teilnahme an diesem Projekt gewonnen werden. Die Häufigkeit der Interviews variierte für die einzelnen Teilnehmer je nach Beteiligungsdauer am Projekt, die zwischen 6 Wochen und 13 Monaten lag. In zwei Fällen wurden vier, in einem Fall drei und in je vier Fällen zwei bzw. ein Interview geführt. Die Interviews erfolgten auf der Grundlage eines Interviewleitfadens, der im Verlauf des Projekts entsprechend der bereits gewonnenen Erkenntnisse modifiziert wurde. Ausgewertet wurden die Interviews mittels theoriegeleiteter, qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring 1996). Das Forschungsdesign wurde der Ethik-Kommission am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke vorgelegt, die daraufhin das ethische Clearing erteilte.

Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung erfolgt in zwei Teilen: Zuerst werden die Auswirkungen eines zeitorientierten Vergütungssystems aus der jeweiligen Perspektive der Pflegebedürftigen und der professionellen Pflegekräfte geschildert. Anschließend werden die so genannten ‚erweiterten Kernleistungen‘ dargestellt, d.h. die pflegerischen Leistungen, die in den häuslichen Pflegesituationen identifiziert werden konnten, die jedoch nicht im Leistungskomplekatalog in Bayern enthalten waren. Sie geben einen Hinweis darauf, welche Aspekte der Realität häuslicher Pflegesituationen im System der Leistungskomplexvergütung unberücksichtigt bleiben.

Zeitorientierte Vergütung aus der Perspektive der Pflegebedürftigen

Die zeitorientierte Vergütung hat aus der Perspektive der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen insgesamt nur geringfügige Veränderungen mit sich gebracht. Diese Einschätzung gründet sich im Wesentlichen darauf, dass es nur wenige Änderungen im Versorgungsalltag gab und trotz der veränderten Rahmenbedingungen die insgesamt zur Verfügung stehende Zeit für die Pflege in etwa gleich geblieben ist. Es hat Variationen in der Häufigkeit oder Tageszeit der Besuche durch den Pflegedienst gegeben, aber im Erleben der pflegebedürftigen Menschen ist die Zeit gleich geblieben. Aus ihrer Sicht kann also das Problem mangelnder Zeit für die Pflege durch eine zeitorientierte Vergütung nicht gelöst werden. Der Eindruck, dass die Pflegekräfte unter großem Zeitdruck arbeiten und schnell weiter in den nächsten Haushalt müssen, bleibt bestehen. Mit der Projektteilnahme verbundene Erwartungen, mehr Pflegezeit zur Verfügung zu haben, wurden nicht erfüllt.

Die Interviews haben gezeigt, dass die Vergütungsregelungen in der häuslichen Versorgung insgesamt kaum verstanden werden: Viele Pflegebedürftige wissen nicht, welche Leistungen dazu gehören und welche nicht. Sie sind daher auf die Informationen und Auskünfte der Pflegefachkräfte oder der Pflegedienstleitungen angewiesen und verlassen sich auch darauf. Für sie steht die unmittelbar erlebte Pflege im Vordergrund. Daran entscheidet sich, ob sie sich gut aufgehoben und versorgt fühlen. Die Frage, ob die durch die ambulanten Pflegedienste erbrachten Leistungen nun über Leistungskomplexe oder Stundensätze abgerechnet werden, hat nur eine untergeordnete Bedeutung. Allerdings erscheint die Stundenvergütung realistischer, da dieser Ansatz aus Nutzersicht nachvollziehbarer ist. Der Blick auf die Uhr, um zu sehen, wie lange der jeweilige Einsatz gedauert hat, ist eine übliche Vorgehensweise und es erscheint daher sinnvoll, die beim Pflegebedürftigen verbrachte Zeit zur Grundlage der Vergütung zu machen.

Bei der Suche nach Gründen für die nur geringfügigen Auswirkungen der zeitorientierten Vergütung hat sich gezeigt, dass bei den beteiligten Pflegebedürftigen bereits vor Projektbeginn versucht wurde, eine möglichst bedarfsgerechte Gestaltung der Pflege zu realisieren, die sich nicht an den vorhandenen Leistungskomplexen orientierte. Die Schaffung der veränderten Abrechnungsmöglichkeiten war entsprechend aus der Sicht der Pflegebedürftigen nicht entscheidend, sondern die bereits bestehende Beziehung zum Pflegedienst.

Positive Auswirkungen zeigten sich dort, wo aufgrund der veränderten Versorgungsverträge auch tatsächliche Veränderungen initiiert und durchgeführt wurden. In einer Situation gab es zwischen der pflegebedürftigen Person und den Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes unterschiedliche Einschätzungen zur notwendigen Unterstützung. Die anhaltende Diskussion darüber, ob Inkontinenzversorgung, Körperpflege oder haushaltsnahe Hilfen als prioritär anzusehen sind, konnte durch einen Kompromiss beendet werden. Es wurde ein ‚Wunschtag‘ verabredet, an dem die pflegebedürftige Frau allein entscheiden konnte, was an diesem Tag zu geschehen hat. An den anderen Tagen war es Aufgabe der Pflegekraft, aufgrund bestehender fachlicher Notwendigkeiten zu entscheiden, wie der Einsatz abläuft.

Mögliche Optionen der Gestaltung von häuslichen Pflegesituationen haben sich auch in anderen Beispielen gezeigt. Eine allein lebende Dame berichtet davon, dass sie nun einmal täglich wechselnde Bedürfnisse habe, die mal mit ihrem Ulcus Cruris Venosum zu tun haben und mal in ihrer recht eigenwilligen Haushaltsorganisation liegen. Eine Entscheidung für bestimmte Leistungskomplexe erscheint ihr dabei keine befriedigende Option zu sein, sondern sie wünscht sich eine eher situativ gestaltete Hilfe. Ein Angehöriger berichtet über die veränderte Versorgung seines an Demenz erkrankten Familienmitglieds, dass es durch die zeitorientierte Vergütung gelungen ist, eine andere Tagesstruktur zu entwickeln, durch die mehr Ruhe und Ausgeglichenheit in das Leben des pflegebedürftigen Menschen zurückgekehrt seien.

Problematisch erscheint der zeitorientierte Ansatz dort, wo die Pflegebedürftigen klare Erwartungen an die Pflege formulieren, diesen aber aufgrund mangelnder fachlicher oder kommunikativer Kompetenz nicht entsprochen wird. So verfolgte eine Projektteilnehmerin im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt die schnellstmögliche Wiedererlangung ihrer Mobilität und Gangsicherheit als erklärtes Ziel und erwartete eine entsprechende Unterstützung vom Pflegedienst bei verschiedenen Aktivitäten. In diesem Fall war der Pflegedienst offensichtlich trotz entsprechender Rahmenbedingungen nicht in der Lage, dieser Erwartung unmittelbar nachzukommen. In einem anderen Fall wurde der Bedarf nach verstärkter sozialer Betreuung und Kommunikation geäußert. Auch hier konnte dieser Erwartung nicht entsprochen werden. Aus der Perspektive der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zeigen sich hier auch qualifikatorische Defizite.

Zeitorientierte Vergütung aus der Sicht der professionellen Pflege

Im Gegensatz zu den Pflegebedürftigen waren die Auswirkungen der zeitorientierten Vergütung aus der Sicht der professionellen Pflegedeutlich greifbarer. Dies äußerte sich in einem veränderten Handlungsspielraum, dem Gefühl, mehr Zeit zu haben und der Notwendigkeit einer veränderten Pflegedokumentation. Nahezu einheitlich beschreiben die Pflegenden der verschiedenen Dienste, dass durch ein Pflegebudget mehr Handlungsfreiraum gegeben sei. Innerhalb dieses Freiraumes könne „von Tag zu Tag“ gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen entschieden werden, was während des Einsatzes zu tun sei. Damit sei ein freieres und individuelleres Arbeiten möglich, da man nicht unter dem Druck stehe, die vereinbarten Leistungskomplexe durchzuführen. Im Gegensatz zu den Pflegebedürftigen und Angehörigen äußerten die Pflegekräfte, dass sie mehr Zeit für die Pflege hätten. Auch wenn objektiv nicht mehr Zeit für die Pflege zur Verfügung stand, so zeigte sich dennoch, dass die subjektive Wahrnehmung, Zeit zu haben, eine Entlastung vom alltäglichen Arbeitsdruck mit sich brachte, die durch den größeren, individuellen Handlungsfreiraum zu erklären ist.

Die Gestaltung der ambulanten Pflege auf der Grundlage von Zeiteinheiten anstelle von klar definierten Leistungskomplexen brachte für die Pflegekräfte die Anforderung mit sich, sich intensiver auf Aushandlungsprozesse mit den Pflegebedürftigen einzulassen. Mit der Möglichkeit der freien Leistungsvereinbarung war es erforderlich, den

Pflegebedürftigen aktiv in die Gestaltung der Pflegeeinsätze einzubeziehen. Dies geschah in sehr unterschiedlicher Art und Weise. Einige Pflegekräfte sahen sich dabei in einer aktiven Rolle, da die Patienten ihre Wünsche und Bedürfnisse oft nicht aus Eigeninitiative äußerten. Andere Pflegekräfte hingegen erwarteten die Initiative der Patienten oder ihrer Angehörigen im Hinblick auf eine Veränderung des Leistungsgeschehens. Mitunter wurde die Inanspruchnahme der Leistungen durch einzelne Patienten als konfliktträchtig angesehen, weil aus pflegerischer Perspektive Leistungen der Körperpflege Vorrang vor hauswirtschaftlicher Tätigkeit hatten. Auffällig war, dass die größere Flexibilität in der Leistungserbringung nicht dazu genutzt wurde, in stärkerem Maße die Situation der pflegenden Angehörigen in den Blick zu nehmen. Auch wenn einige Teilnehmer allein lebend waren, so gab es andere Situationen, in denen Angehörige eine entscheidende Rolle in der Versorgung spielten. Jedoch wurde die Möglichkeit, mit Angehörigen zusammen zu treffen, um gemeinsam den weiteren Verlauf der Pflege zu erörtern, nicht genutzt.

Diese Auffälligkeit erklärt sich in Teilen allerdings dadurch, dass die Pflegekräfte die Übernahme der Pflegeleistungen in Form eines Budgets insbesondere bei allein lebenden Pflegebedürftigen als sinnvoll erachteten. Gerade in diesen Pflegesituationen seien oftmals vielfältige Aufgaben des „Haushaltsmanagements“ zu übernehmen, da es kein tragfähiges soziales Netz gibt. Auch Menschen mit Demenz und Schwerstkranke wurden als Zielgruppe beschrieben, für die das Budget besonders sinnvoll wäre. Für neue Pflegesituationen wird das Budget als geeignet erachtet, da hier aufgrund der umfassenden Ersteinschätzung Bedürfnisse umfassend berücksichtigt werden können und der Bedarf gerade zu Beginn der Pflegesituation komplexer ist.

Der zentrale Aspekt für die Pflegekräfte bestand in der ‚Legalisierung der Realität‘, die der Projektansatz mit sich brachte. Es wurde vielfach betont, dass bedarfsgerechte Leistungen immer schon erbracht, allerdings nicht entsprechend dokumentiert wurden, da sie nicht abrechenbar waren. Somit müsse man nun aus professioneller Pflegeperspektive kein „schlechtes Gewissen“ mehr haben, weil die erbrachten Leistungen nicht den dokumentierten und abgerechneten Leistungen entsprechen, bzw. über die abgerechneten Leistungen hinausgingen. Insofern betrachteten es die Pflegenden als eine Erleichterung, nicht mit Blick auf die Refinanzierung lügen zu müssen.

Organisatorische Auswirkungen und Konsequenzen

Vor Einführung eines budgetorientierten Vergütungssystems ist es aus Sicht der Pflegekräfte und Pflegedienstleitungen erforderlich, dass eine ausreichende Fortbildung und Schulung hinsichtlich der freien Leistungsvereinbarung stattfindet. Daneben spielen jedoch auch organisatorische Aspekte eine Rolle, die sich in den einzelnen Diensten sehr unterschiedlich darstellen können: In zwei Pflegediensten wurden die Auswirkungen der Leistungserbringung in Form von Zeiteinheiten insofern als problematisch bewertet, als dass die Dauer der Einsätze nicht vorhersehbar sei und damit nachfolgende Patienten ggf. verspätet aufgesucht werden. In anderen Diensten wurde die Zeitorien-

tierung jedoch aufgrund der besseren Planbarkeit als vorteilhaft betrachtet, da feste Zeiträume vereinbart werden konnten.

Unterschiedliche Einschätzungen bestehen bei den Pflegedienstleitungen bezogen auf die Fähigkeit ihrer Mitarbeiter zur Aushandlung des Leistungsgeschehens mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Insgesamt besteht hier Fortbildungsbedarf zur Weiterentwicklung von Kompetenzen in Gesprächsführung und zur Prioritätensetzung in Pflegesituationen. In diesem Zusammenhang sehen einige Pflegedienste die Gefahr des „Wegrutschens“ der körperlichen Versorgung. Dies wird einerseits damit begründet, dass es bequemer sei, bestimmte Tätigkeiten zu unterlassen bzw. „nur zu reden“, aber auch mit der Fähigkeit von Patienten, bestimmte Tätigkeiten in einer netten Form abzulehnen. In Verbindung mit dem Aushandlungsprozess werden sozialarbeiterische Fähigkeiten benannt sowie eine umfassende Einschätzungskompetenz, die es zu entwickeln gilt. Auch hier werden externe Fort- und Weiterbildungen als hilfreich erachtet. Eine Gefahr wird in einer zu starken Betonung kommunikativer gegenüber den bisher vorherrschenden verrichtungsbezogenen Aspekten in der Pflege gesehen, die als ein „zuviel des Redens“ bezeichnet werden, wo längst gehandelt werden müsste.

Grundsätzlich seien die Mitarbeiter in der Lage, mit der Flexibilität in der Leistungsgestaltung umzugehen. Es bedarf allerdings eines durch die Pflegedienstleitung vorgegebenen Rahmens, da ansonsten manche Mitarbeiter Schwierigkeiten hätten, sich abzugrenzen. Das Loslösen von den Leistungskomplexen wird als Prozess mit einem anfänglichen Mehraufwand beschrieben, der jedoch als leistbar eingeschätzt wird und den Mitarbeitern entgegenkomme, da sie damit ihr Pflegeverständnis einer ganzheitlichen Pflege eher umsetzen könnten. Auch könnte damit das Führen von „Strichlisten“ zur Dokumentation der Einzeltätigkeiten unterbleiben. Es wird begrüßt, dass damit die Fokussierung auf die Probleme nicht mehr so im Vordergrund stünde, sondern der Mensch mit seinem Umfeld und seinen Fähigkeiten in den Blick gerückt wird. Man hätte zwar nicht mehr Zeit, könne diese aber anders einteilen. Die Pflegenden „müssen zu ihrem eigentlichen Beruf zurück finden“. Die Mitarbeiter hatten „Spaß“ an der Pflege und waren durch den Verlauf motiviert und entwickelten neue Ideen.

Erweiterte Kernleistungen

Wie bereits erwähnt, wurden in diesem Projekt diejenigen Leistungen als ‚erweiterte Kernleistungen‘ bezeichnet, die zwischen den Pflegebedürftigen und Pflegefachkräften vereinbart wurden und die nicht Gegenstand des gültigen Leistungskomplekkataloges in Bayern waren. Es konnten insgesamt sechs Handlungsbereiche in der ambulanten Pflege identifiziert werden, die diesem Kriterium entsprachen. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über diese Handlungsbereiche und ihre Ausprägungen.

Als zentral für alle beteiligten Pflegesituationen wurden die Gestaltung von Aushandlungsprozessen und die kontinuierliche Situationsevaluation identifiziert. Sie konnten in jeder Pflegesituation beobachtet werden und bestimmen einen Großteil der täglichen Pflege. Die Organisation des Alltags, die Funktion als Kontaktperson, das

Aushandlungsprozesse gestalten	Gemeinsame Ausgangsbasis schaffen Vertrauensbildung Akzeptanz von Hilfen ermöglichen Kompromisse finden Entscheidungshilfen geben Probleme versprachlichen Koordination Steuerung
Alltag organisieren	Geschäftliche Angelegenheiten regeln Koffer packen und bringen Haustier versorgen Medikamentenmanagement Sich um Alltagsbelange kümmern „Herumräumen“
Soziale Kontaktperson sein	Sich unterhalten „Begleiten“ menschliche Wärme Trost und Zuwendung geben „Angehörige ersetzen“ Soziale Kontakte ermöglichen
Ressourcen und Fähigkeiten fördern	Alltagshandlungen üben und lenken Tagesstrukturierung Kognitives Training Mobilität unterstützen
Sicherheit vermitteln	Sturzprophylaxe Unfälle vermeiden Selbständigkeit unterstützen
Kontinuierliche Situationsevaluation	Erkennen der Tagesform Aktuelle Schwankungen wahrnehmen Beachtung von Unter- und Überversorgung Wissensdefizite erkennen Informationen vermitteln

Tabelle 1: Erweiterte Kernleistungen

Fördern von Ressourcen und Fähigkeiten sowie die Vermittlung von Sicherheit wurden in einigen, aber nicht allen der beteiligten häuslichen Pflegearrangements identifiziert. Nachfolgend werden die Gestaltung von Aushandlungsprozessen und die kontinuierliche Situationsevaluation detaillierter dargestellt.

Aushandlungsprozesse gestalten

Aushandlungsprozesse bilden einen zentralen Bestandteil der häuslichen Pflege. Die Pflegekräfte sind ständig in diese Aushandlungsprozesse involviert, die sich durch die in der Tabelle dargestellten Aspekte konkretisieren. Die Schaffung einer gemeinsamen Ausgangsbasis bedeutet eine Verständigung über die vorliegende Problemdefinition

und die sich daraus ergebenden Prioritäten. Nicht immer besteht in dieser Frage zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegekräften Einigkeit. Das Versprachlichen von Problemen gehört ebenfalls in diesen Bereich. Ein Inkontinenzproblem ist nicht automatisch Gesprächsgegenstand zwischen Pflegekraft und pflegebedürftiger Person. So bedurfte es einiger Anstrengungen, in einer Situation zwischen der Ansicht, dass „es manchmal a bisserl riecht“ und der Tatsache, dass es massive Beschwerden anderer Hausbewohner über die Geruchsbelästigung gegeben hat, einen Zugang zum vorhandenen Problem der Inkontinenzversorgung zu bekommen.

Konnte eine gemeinsame Ausgangsbasis hergestellt werden, besteht der zweite Schritt der Aushandlung dann darin, die Akzeptanz der angebotenen Hilfen zu ermöglichen. Dies ist oft nur durch Kompromisse zu erzielen, die es ebenfalls zu vereinbaren gilt. Das bereits geschilderte Beispiel des Wunschtages für eine pflegebedürftige Frau verdeutlicht diesen Aspekt. Nicht immer jedoch ist es möglich, Kompromisse zu finden. Eine Teilnehmerin hat während des Projektverlaufs den Pflegedienst insgesamt abbestellt und darauf hin gewiesen, dass es ihr „...eh keiner recht machen kann“. Hier zeigt sich das Spannungsfeld zwischen Autonomie der pflegebedürftigen Person einerseits und geeigneter professioneller Intervention andererseits. Dieses Spannungsfeld kann auch durch eine andere Vergütungsform ambulanter Pflegeleistungen nicht aufgehoben werden.

Notwendiger und zugleich zeitaufwändiger Bestandteil der ambulanten Pflege ist es, Entscheidungsprozesse zu steuern und Entscheidungen herbeizuführen. Im Rahmen des Projektes zeigte sich, dass den Pflegekräften eine zentrale Aufgabe darin zuteil wurde, pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen dabei zu unterstützen, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu erkennen und auszudrücken: „Man muss ja oft fragen, was sie noch wünscht, also das ist so, dass man ihr einen Ruck geben muss, was würde sie noch gerne haben wollen, ob Fernseher jetzt im Wohnzimmer bleiben soll (...) das sind die Fragen, die man noch fragen kann, (...) wenn sie in der Phase ist, wo sie sich ganz schlecht bewegen kann...“.

Letztlich beinhaltet die Gestaltung von Aushandlungsprozessen auch die professionelle Koordination und Steuerung der Pflegesituation. Dabei interagieren die Pflegekräfte nicht nur mit den pflegebedürftigen Menschen, sondern auch mit anderen an der Pflegesituation Beteiligten, seien es andere informelle Helfer wie Freunde und Bekannte oder professionelle Akteure wie die Hausärzte der Pflegebedürftigen. „Wir müssen vielen Stellen gerecht werden, um dann ein vernünftiges und einigermaßen tragbares Ergebnis raus zu kriegen, das ist halt das, womit wir uns viel beschäftigen.“

Kontinuierliche Situationsevaluation

Häusliche Pflegesituationen stellen sich als dynamische Prozesse dar, die es erfordern, das aktuelle Geschehen kontinuierlich zu reflektieren und zu evaluieren, um angemessene pflegerische Interventionen leisten zu können. Es handelt sich dabei nicht allein um die Evaluation der durchgeführten pflegerischen Intervention im Rahmen des Pfe-

geprozesses, sondern es handelt sich um die kontinuierliche Überprüfung und Einschätzung der Gesamtsituation. Dazu zählen beispielsweise Beobachtung und Beurteilung des aktuellen Befindens der pflegebedürftigen Person oder auch ihrer Angehörigen sowie die Überprüfung vereinbarter Absprachen. Entsprechend ist die kontinuierliche Situationsevaluation als eigenständiger und notwendiger Bereich pflegerischer Praxis in der ambulanten Versorgung zu betrachten.

In den beteiligten Pflegesituationen zeigte sich die Notwendigkeit der kontinuierlichen Situationsevaluation an verschiedenen Beispielen: Sehr deutlich zeigt sich die Notwendigkeit in der Pflege bei an Demenz erkrankten Menschen. Den hier auftretenden starken Schwankungen der Motivation und Stimmung im Verlauf eines Tages oder einer Nacht gilt es, aktuell und kurzfristig zu begegnen. Pflegenden sprachen hier vermehrt von der „Tagesform“, auf die sie eingehen und auf deren Grundlage sie angemessene Interventionen wählen, um eine Über- oder Unterforderung zu vermeiden. So hat in einem Fall die Realisierung der eigenen Vergesslichkeit bei der Betroffenen Bestürzung und Trauer ausgelöst. Solche Befindlichkeiten sind oftmals nicht vorhersehbar und verlangen eine entsprechend emotionale Reaktionen der Pflegenden. Eine ständige Aufmerksamkeit und gute Beobachtungsgabe wurde auch hier seitens der Pflegenden als unabdingbar beschrieben.

Schwankungen des Befindens traten aber auch bei anderen Erkrankungen wie Parkinson oder einer Krebserkrankung auf. So wurde bei einer an Parkinson erkrankten Teilnehmerin von den Pflegenden vor jedem Einsatz bereits einkalkuliert, dass es zu einem Sturz gekommen sein kann, auf den dann jeweils aktuell reagiert werden musste: „...wenn diese Hochphase in der Früh da ist, weil sie (...) fällt, da ist ja das Problem, egal wo sie sich in der Wohnung befindet, bleibt sie auch stehen und fällt (...) da kann ja sein, dass man hinkommt und sie erst mal hoch heben muss oder erst mal hinsetzen, damit sie sich ein bisschen wieder von den Krämpfen löst und einfach mal schaut, wie man dann weiter reagiert, ob man noch jemand dazu holt, zwecks aufheben (...) es ist halt einfach nicht möglich bei ihr vorzusehen“. In einem anderen Fall entschieden die Pflegekräfte bei einer an Demenz erkrankten Teilnehmerin in Abwägung von Bedürfnis und professionellem Bedarf eine veränderte Tagesstrukturierung einzuführen, um eine Unterversorgung bezüglich der Flüssigkeitsaufnahme zu verhindern: „Wir haben ja die Frau X, die lassen wir nicht mehr ausschlafen, weil dann würde die bis ein Uhr schlafen und dadurch trinkt sie dann sehr wenig an dem Tag und wird immer verwirrter, weil sie exsikkiert dann auch dabei“.

Schwankungen im Verlauf einer Pflegesituation hängen nicht nur mit krankheitsbedingten Ereignissen, sondern auch mit der emotionalen Situation der Pflegebedürftigen zusammen, die durch unterschiedliche Ereignisse beeinflusst werden kann. Ebenso spielen sich verändernde Präferenzen hinsichtlich der Durchführung und Gestaltung der Besuche der Pflegekräfte eine Rolle. Eine Teilnehmerin drückte das so aus: „Es ist halt so schwer, die Mitte zu finden zwischen diesem sozialen Trip und mich in so eine Watte zu packen“.

Eine flexible Anpassung der pflegerischen Unterstützung, stößt jedoch auch an Grenzen, von denen eine in der drohenden Überforderung der Pflegekräfte besteht. Manche betrachteten es als Erleichterung, wenn feste Absprachen hinsichtlich der zu leistenden Versorgung getroffen wurden. Einen „roten Faden“ müsse es schon geben. Für manche Pflegenden war es innerhalb des Projekts weniger schwierig, anhand ihrer Evaluation Entscheidungen auch immer wieder neu zu treffen: „ich setze Prioritäten und das ist für mich das Wichtige (...) ich orientiere mich an der vorhandenen Realität. Die Realität ist ausschlaggebend, nicht was sich irgendeiner da ausgrübelt...“. Die dargestellten Situationen verdeutlichen die Wechselhaftigkeit der Pflegeverläufe, denen sich die Pflegefachkräfte immer wieder neu stellen und auf die sie Antworten entwickeln müssen. Die kontinuierliche Evaluation der Pflegesituationen ist dafür unabdingbar.

Diskussion

Es hat sich gezeigt, dass sich die durch Aushandlungsprozesse und kontinuierliche Evaluation geprägte Komplexität häuslicher Pflegesituationen in den existierenden Vergütungsregelungen tatsächlich nicht widerspiegelt und sogar größtenteils negiert wird. Aufgrund der Ergebnisse dieses Projekts lassen sich einige Aspekte herausgreifen, die für die weitere Diskussion um eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, aber insbesondere der ambulanten pflegerischen Versorgung bedeutsam sein können: die Vergütung ambulanter Pflege, die Legalisierung einer bestehenden Realität und ein erweitertes Leistungsspektrum durch die ambulante Pflege.

Vergütung ambulanter Pflege

Es hat sich gezeigt, dass die Diskussion um die Art der Vergütung von ambulanten Pflegeleistungen offensichtlich eher eine Fachdiskussion ist. Für die Pflegebedürftigen spielt sie nur eine untergeordnete Rolle, da für sie andere Faktoren für die Beurteilung ihrer Pflegesituation maßgeblich sind. Ebenso ist deutlich geworden, dass eine Veränderung der Vergütung von der Leistungskomplexsystematik zur Stundenvergütung keinen Automatismus hinsichtlich einer verbesserten Versorgungsqualität darstellt. Eine Studie zu den unterschiedlichen Vergütungssystematiken in der ambulanten Pflege in Hessen (Herdt et al. 2000) kommt zu dem Ergebnis, dass bedeutsame Unterschiede zwischen unterschiedlichen Systematiken hinsichtlich der Qualität der Pflege nicht bestätigt werden können. Im Unterschied zu der hessischen Studie war es im hier dargestellten Projekt allerdings ein erklärtes Ziel, einen erweiterten und flexiblen Rahmen für die Leistungserbringung zu haben und ausdrücklich Leistungen zuzulassen, die nicht unmittelbar aus dem Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI abzuleiten sind und einen entsprechenden Verrichtungsbezug aufweisen. Auf dieser Grundlage lassen sich durchaus einige positive Aspekte herausarbeiten, die nachfolgend skizziert werden:

Legalisierung der Realität

Mehr als zehn Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung sind das Leistungsgeschehen und das professionelle Verständnis in der ambulanten Pflege stark durch die Leistungsvorgaben in den Leistungskomplexen (vielfach auch Module genannt) beeinflusst. Trotz der im Rahmen dieser Studie ermöglichten veränderten Vergütungssystematik war diese Orientierung deutlich zu erkennen. Dennoch wurde überwiegend die Möglichkeit der flexibleren Leistungserbringung für sinnvoll erachtet, weil dadurch die Orientierung am Vergütungsrahmen zugunsten einer Orientierung an den tatsächlich vorhandenen Bedarfslagen in den Hintergrund rückt. In den elf Pflegesituationen dieses Projekts kam es dabei zu unterschiedlichen Veränderungen der pflegerischen Interventionen bis hin zu veränderten Einsatzzeiten mit positiv zu bewertenden Auswirkungen auf Motivation und Befinden der Pflegebedürftigen. In anderen Fällen hingegen veränderte sich lediglich das Abrechnungsgeschehen bzw. die Abrechnung nach Stundensätzen führte zu einer ‚Legalisierung der Realität‘.

Die Legalisierung der Realität bedeutet aus der Perspektive der Pflegekräfte, dass die notwendigen Interventionen, die bereits vor Durchführung dieses Projekts erbracht wurden, jedoch nicht als solche abgerechnet wurden und auch nicht abgerechnet werden konnten, nunmehr ohne schlechtes Gewissen erbracht und abgerechnet werden konnten. Es handelt sich hier um einen sehr sensiblen Bereich, der einer stärkeren Aufmerksamkeit bedarf, als er sie bislang erfahren hat. Die Abrechnung von Leistungen, die nicht erbracht wurden, ist juristisch problematisch und die Pflegekräfte bzw. Pflegedienste bewegen sich auf einer problematischen Grundlage. Andererseits sollte das Kriterium der Angemessenheit einer Intervention für eine häusliche Pflegesituation zur Bewertung der Intervention maßgeblich sein. Zwischen der vertraglich festgelegten Vergütungsform und der fachlich zweckmäßig und angemessen erscheinenden Intervention ist nicht immer von einer Deckungsgleichheit auszugehen. Da offensichtlich die Leistungskomplekkataloge nicht geeignet sind, die Komplexität häuslicher Pflegesituationen abzubilden, bedarf es hier der Umsetzung von Alternativen. Möglichkeiten bestehen sowohl in einer Vergütung nach Zeiteinheiten wie sie in diesem Projekt durchgeführt wurde, können aber auch durch ein Pflegebudget realisiert werden, wie es derzeit ebenfalls erprobt wird.

Die Legalisierung der Realität und die Freiheit der Aushandlung mit den Pflegebedürftigen und/oder Angehörigen eröffneten den Pflegenden einen Handlungsspielraum, der in unterschiedlichem Ausmaß genutzt wurde. Die neue Vergütungsform eröffnete einen Handlungsspielraum, tatsächlich durchgeführte Interventionen, die nicht im Rahmen des Leistungskomplexsystems abgebildet sind, ohne schlechtes Gewissen erbringen zu können. Douma (1999) stellte dazu bereits vor längerer Zeit fest, dass durch die bisher praktizierte Abrechnungssystematik teilweise nicht leistungsgerecht abgerechnet werden kann. Die erweiterte Möglichkeit innerhalb des Projekts impliziert, dass die Pflegekräfte ihr Handeln nicht mehr künstlich in Leistungskomplexe umwandeln müssen und Leistungen nicht mehr im Verborgenen erbringen müssen. Gerade in Situationen, in denen Pflegeinterventionen einen kommunikativen, sozia-

len, betreuenden oder haushalterhaltenden Charakter haben, spielt dieser Umstand eine besondere Rolle. Mit dem Budget konnte zwar keinesfalls den Bedürfnissen in ihrer Gesamtheit entsprochen werden, das Handeln wurde aber als näher an der Realität empfunden.

Erweitertes Leistungsspektrum der ambulanten Pflege

Die in dem Projekt identifizierten erweiterten Kernleistungen stellen keinesfalls bislang unbekannte und neue pflegerische Handlungen dar. Sie beschreiben vielmehr Handlungen, die zur Aufrechterhaltung der Pflege- und Lebenssituation vieler Menschen unumgänglich sind. Das Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (2002) gibt an, dass bei bestimmten Pflegebedürftigen gerade die eher weichen Aufgaben im Mittelpunkt stehen, um eine stabile häusliche Pflegesituation sicherzustellen, insbesondere bei Menschen mit Demenz, anderen chronisch Erkrankten, alleinlebenden Menschen, onkologisch Erkrankten sowie Sterbenden. Diese ‚weichen‘, nicht direkt operationalisierbaren Handlungen bilden oft den Hauptanteil der pflegerischen Versorgung, treten in unterschiedlicher Intensität in den Vordergrund und werden kontinuierlich neben den Leistungskomplexen erbracht.

Bei entsprechender Ausgestaltung und Eignung der individuellen Pflegesituation und des betreuenden Pflegedienstes stellt die erprobte Vergütungsregelung eine geeignete Form für komplexe Pflegesituationen dar. Insbesondere bestimmten Gruppen von Pflegebedürftigen erscheint diese Option eines budgetorientierten Ansatzes, eine flexiblere und angemessener zu gestaltende Pflegesituation zu ermöglichen. In dem durchgeführten Projekt wurden durch die Pflegedienste komplexe Pflegesituationen mit einem spezifischen Anforderungsprofil für die Teilnahme vorgeschlagen. Hierzu zählten insbesondere allein lebende Pflegebedürftige ohne Angehörige, demenziell Erkrankte sowie schwerst mehrfach erkrankte Pflegebedürftige.

Es lässt sich durch dieses Projekt nicht abschließend beantworten, ob der hier gewählte Ansatz nur diesen Gruppen von Pflegebedürftigen eine bedarfsgerechtere Versorgung ermöglicht. Zumindest aber in den hier dargestellten Pflegesituationen stellt die Stundenvergütung einen sinnvollen Ansatz dar. Angesichts der kritisierten fehlenden Flexibilität der Versorgungsangebote im ambulanten Bereich (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend 2005) ist die Realisierung der Stundenvergütung als Regeloption neben der Leistungskomplexvergütung zeitnah und problemlos umzusetzen und wird daher empfohlen.

Budgetansätze implizieren die Überzeugung, dass in individuellen Situationen nicht mit stereotypen Leistungserbringungsoptionen agiert werden sollte. Auch die Ergebnisse dieses Projekts verdeutlichen, dass die Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen tatsächlich vielseitiger sind als die Palette an verfügbaren Leistungen. Veränderungen in den Rahmenbedingungen lösen zwar nicht das Grundproblem der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit, sie können jedoch einen Beitrag dazu leisten. Diesen Beitrag gilt es allerdings, zuerst einmal zu vermitteln.

Schlussfolgerungen

Die starke Dominanz der Vorgaben des Sozialversicherungssystems über das Leistungsgeschehen in der ambulanten Pflege, konnte als hoch problematisch identifiziert werden. Sie zeigt sich am deutlichsten in den Leistungskomplexen im Rahmen des SGB XI und dem Katalog verordnungsfähiger Leistungen für die häusliche Krankenpflege nach SGB V. Ihnen steht die Realität pflegebedürftiger und behinderter Menschen diametral gegenüber, deren Problem- und Bedarfslagen sich nicht an den Systemgrenzen des Sozialversicherungssystems orientieren. Für die tatsächliche Leistungserbringung sind aber die je eigenen Regelungen der Sozialgesetzbücher und der jeweiligen Kostenträger maßgeblich. Dies führt einerseits zu einem großen bürokratischen Aufwand aller Beteiligten und andererseits dazu, dass Hilfen und Leistungen sich nicht an individuellen Problem- und Bedarfslagen, sondern an Refinanzierungsgrundsätzen orientieren. Es besteht somit die Gefahr, dass ohnehin knappe Ressourcen nicht immer bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Literatur

- Aldridge, D. (1999): Einzelfallstudien als Forschungsdesign für die Musiktherapie, in: Aldridge, D.: Musiktherapie in der Medizin, Bern: Verlag Hans Huber
- Arntz, M./Spermann, A. (2004): Wie lässt sich die gesetzliche Pflegeversicherung mit Hilfe personengebundener Budgets reformieren?, in: Sozialer Fortschritt 1/2004, 11-22
- Bergen, A. (2000): A case for case studies: exploring the use of case study design in community nursing research, in: Journal of Advanced Nursing 31(4), 926-934
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Privathaushalten. Ergebnisse der Studie MuG III. Berlin
- Deutscher Bundestag (2002): Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode. Berlin
- Douma, E. (1999): Das Spiel gewinnen. SGB XI - Einzelverhandlungen mit den Kostenträgern ambulanter Leistungen (Teil II), in: Forum Sozialstation 100, 36-39
- Garms-Homolova, V./Schaeffer, D. (1992): Versorgung alter Menschen. Sozialstationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktionen. Freiburg: Lambertus
- Hart, E./Bond, M. (1995): Action Research for Health and Social Care. A guide to practice. Buckingham, Philadelphia: Open University Press
- Hart, E./Bond, M. (1996): Making sense of action research through the use of a typology, in: Journal of Advanced Nursing 23(1), 152-159
- Herd, J./Rudolph, B./Stegmüller, K./Gerlinger, T. (2000): Wissenschaftliche Untersuchung der unterschiedlichen Vergütungssystematiken in der ambulanten Pflege. Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft Hessen (FEH), Wiesbaden: FEH-Report Nr. 608
- Klie, Thomas/Spermann, Alexander (Hrsg.) (2004): Persönliche Budgets - Aufbruch oder Irrweg?, Hannover: Vincentz
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Mayring, P. (1996): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union

- Ministerium für Arbeit und Soziales Baden Württemberg (2004): Modellprojekt persönliches Budget für Menschen mit Behinderung in Baden-Württemberg. Sachstandsbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum 31.03.2004. <http://www.sm.baden-wuerttemberg.de/fm/1442/Sachstandsbericht.356964.pdf> (letzter Zugriff: 03. Januar 2007)
- Schaeffer, D./Ewers, M. (Hrsg.) (2002): *Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerstkranker*. Bern: Huber
- Schaeffer, D. (2006): Bewältigung chronischer Erkrankung. Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung und die Pflege, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39(3):192-201
- Schröck, R. (1995): Ein neues Nachdenken über die Pflege, in: Borsi, G.M./Schröck, R. (Hrsg.): *Pflegemanagement im Wandel: Perspektiven und Kontroversen*. Berlin: Springer, 1-15
- Titchen, A./Binnie, A. (1994): Action research: a strategy for theory generation and testing, in: *International Journal of Nursing Studies* 31(1), 1-12
- Waterman, H./Webb, C./Williams, A. (1995): Parallels and contradictions in the theory and practice of action research and nursing, in: *Journal of Advanced Nursing* 22(4), 779-784
- Yin, R.K. (1994): *Case study research. Design and Methods*. Thousand Oaks: Sage

Dr. Andreas Büscher

Helmut Budroni

Almut Hartenstein

Bernhard Holle

Prof. Dr. Birgit Vosseler

Korrespondenzadresse:

Dr. Andreas Büscher

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld

Postfach 10 01 3, 33501 Bielefeld, andreas.buescher@uni-bielefeld.de

Helmut Budroni, BScN

Almut Hartenstein, MScN

Bernhard Holle, MScN

Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke, Stockumer Straße 12,

58453 Witten

Prof. Dr. Birgit Vosseler

Hochschule Ravensburg-Weingarten, Studiengang Pflegepädagogik, Postfach 1261,

88241 Weingarten