

Vergütungsfragen der häuslichen Pflege

Ein Modellprojekt zur Einführung personenbezogener Budgets

In einer qualitativen Studie wurden 33 Interviews mit Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen, Pflegefachkräften und Pflegedienstleitungen geführt, um die Auswirkungen eines sachleistungsbasierten Pflegebudgets zu untersuchen. Pflegebudgets scheinen insbesondere 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. Der vorliegende Beitrag zeigt detailliert Verbesserungsmöglichkeiten auf, die durch die Änderung der Vergütungsmethodik und durch eine nachfrageseitige Steuerung erreicht werden können. Ein wichtiges Ergebnis der Studie ist auch, dass die Stundenvergütung einen Betrag zur Legalisierung einer bestehenden Realität leistet und deshalb als Regelung neben der Leistungskomplexvergütung in der Pflegeversicherung eingeführt werden sollte.

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

Einführung

Die Bedeutung der ambulanten Pflege bei der Unterstützung chronisch Kranker und pflegebedürftiger Menschen ist 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 (Landtag NRW 2005). Dabei standen die inhaltlichen Anforderungen an die Gestaltung der ambulanten Pflege im Mittelpunkt der Überlegungen. Weitaus geringer war bislang die Aufmerksamkeit für die strukturellen Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege und ihre Auswirkungen auf das tatsächliche Pflegegeschehen. Die Vergütung der im Rahmen der Pflegeversicherung erbrachten Sachleistung durch ambulante Pflegedienste erfolgt auf der Basis sogenannter Leistungskomplexe, deren Umfang und Preis in den Vergütungsverhandlungen zwi-

schen Pflegekassen und Pflegediensten verhandelt werden. Diese Leistungskomplexe sehen sich zunehmender Kritik ausgesetzt, da sie im Wesentlichen auf Unterstützung in einigen, ausgewählten Alltagsverrichtungen ausgerichtet sind und wesentliche Aspekte pflegerischen Handelns in der ambulanten Versorgung dadurch ausgeblendet werden. Die 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.“

Unter anderem diese Erkenntnis hat dazu geführt, dass im Zuge der Überlegungen zur Reform der Pflegeversicherung die Leistungsform des persönlichen Budgets in die Diskussion gebracht wurde. Sie wird derzeit in einem groß angelegten Modellversuch praktisch erprobt (Arntz et al. 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. Außerdem wurde eine andere Budgetform, die Vergütung von Pflegeleistungen auf

*Dr. Andreas Büscher, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld;
Helmut Budroni, MScN, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke;
Almut Hartenstein, MScN, Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke;
Bernhard Holle, MScN, Witten
Prof. Dr. Birgit Vosseler, Professorin für Pflegewissenschaft, Hochschule Ravensburg-Weingarten*

der Basis von Zeiteinheiten, durch das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke in Zusammenarbeit mit der Landeshauptstadt München erprobt. Hintergründe, Durchführung und Ergebnisse dieses Projekts werden in nachfolgendem Artikel dargestellt. Gefördert wurde das Projekt durch die Software AG Stiftung, Darmstadt.

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. Dabei ist das derzeitige Vergütungssystem darauf ausgerichtet, nur einzelne Leistungen bzw. Leistungskomplexe zu vergüten. Die Komplexität und Vielschichtigkeit häuslicher Pflegesituationen spiegeln sich in diesen Leistungskomplexen somit nicht wieder. Ebenso wenig ist der Umstand berücksichtigt, dass die Durchführung pflegerischer Leistungen oder Leistungskomplexe abhängig von der Pflegebedürftigkeit und den 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

Zur Beantwortung der Fragestellungen 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 für die Leistungsabrechnung zur Verfügung steht.

Nach einigen vorbereitenden Gesprächen 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.

Problematischer, aber letztlich dennoch erfolgreich, erwies sich die Suche nach teilnehmenden Pflegediensten in München 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 im Zusammenhang mit den oben genannten Verrichtungen erbracht werden und deren Erbringung mit der/dem jeweiligen Pflegebedürftigen vereinbart sind.“ Diese Leistungen waren entsprechend in der Pflegedokumentation nachzuweisen.

Methodisches Vorgehen

Die erklärte Absicht dieses Modellprojektes war es, eine existierende Realität zu verändern und die Auswirkungen dieser Veränderung zu untersuchen. Dieses Vorhaben erforderte einen methodischen Ansatz, der geeignet ist, die Komplexität häuslicher Pflegesituationen abzubilden und Erkenntnisse aus der Perspektive verschiedener Akteure zu generieren. Aufgrund der engen Einbindung des Forschungsteams in die einzelnen Projektphasen wurde ein Aktionsforschungsansatz (Hart und Bond 1996) gewählt. Dieser Forschungsansatz ist insbesondere dann als angemessen zu bezeichnen, wenn Erkenntnisse über ein soziales System gewonnen werden sollen und gleichzeitig versucht wird, Änderungen an diesem System vorzunehmen (Titchen und Binnie 1994; Waterman et al. 1995). Die Veränderung der Rahmenbedingungen durch die geänderten 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. Da im Laufe der Datenerhebung deutlich wurde, dass neben den Pflegefachkräften auch von den jeweiligen Pflegedienstleitungen ergänzende Erkenntnisse für das Projekt zu erwarten sind, wurden in allen sieben beteiligten Pflegediensten ergänzende Inter-

views 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. Ausgehend von der Annahme, dass sich Veränderungen in den häuslichen Pflegesituationen nicht unmittelbar, sondern erst im Verlauf zeigen würden, wurden bei den einzelnen Fällen mehrere Interviews geführt. Die Teilnahmedauer variierte zwischen 6 Wochen und 13 Monaten und entsprechend wurde eine jeweils unterschiedliche Anzahl von Interviews geführt. In zwei Fällen wurden vier, in einem Fall drei und in je vier Fällen zwei bzw. ein Interview geführt.

Alle Interviews waren leitfadengestützt, wobei der Interviewleitfaden im Verlauf auf der Grundlage der bereits gewonnenen Erkenntnisse entsprechend modifiziert wurde. Die Interviews wurden transkribiert und mittels theoriegeleiteter, qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring 1996) ausgewertet.

Das Forschungsdesign wurde der Ethik-Kommission am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke vorgelegt, die daraufhin das ethische Clearing erteilte.

Ergebnisse

In der Ergebnisdarstellung werden zuerst die Auswirkungen eines zeitorientierten Vergütungssystems geschildert. Die Perspektiven der pflegebedürftigen Menschen und der professionellen Pflegekräfte werden dabei getrennt abgehandelt. Im zweiten Teil der Ergebnisdarstellung werden die pflegerischen Leistungen dargestellt, 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

Aus der Perspektive der Pflegebedürftigen wurden die Veränderungen durch die zeitorientierte Vergütung insgesamt als geringfügig eingeschätzt. In der Wahrnehmung der pflegebedürftigen Menschen hat sich in ihrem Versorgungsalltag nur wenig geändert. Dieser Eindruck bestand insbesondere deshalb, weil die insgesamt zur Verfügung stehende Zeit für die Pflege in etwa gleich geblieben ist. Es hat Variationen in der Häufigkeit oder Tageszeit 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. Sie haben nach wie vor den Eindruck, dass die Pflegekräfte unter großem Zeitdruck arbeiten und schnell weiter in den nächsten Haushalt müssen. Mit der Projektteilnahme verbundene Erwartungen, mehr Pflegezeit zur Verfügung zu haben, wurden nicht erfüllt.

Es wurde betont, dass die Vergütungsregelungen in der häuslichen Versorgung insgesamt kaum verstanden werden: Viele Pflegebedürftige wissen nicht, welche Leistungen dazu gehören und welche nicht. Daher verlassen sie sich auf die Informationen der Pflegefachkräfte oder der Pflegedienstleitungen. 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. Dennoch wurde geäußert, dass die Stundenvergütung realistischer erscheint, 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.

Die insgesamt geringfügigen Auswirkungen der zeitorientierten Vergütung sind in hohem Maße darauf zurückzuführen, dass bei den beteiligten Pflegebedürftigen bereits vor Projektbeginn versucht wurde, eine möglichst bedarfsgerechte Gestaltung der Pflege zu realisieren. 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 stattgefunden haben. In einer Situation bestand das Problem in der unterschiedlichen Einschätzung zur notwendigen Unterstützung durch den ambulanten Pflegedienst. 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 ge-

schehen hat. An den anderen Tagen war es Aufgabe der Pflegekraft, aufgrund bestehender fachlicher Notwendigkeiten zu entscheiden, wie der Einsatz abläuft.

Auch andere Beispiele, in denen das tägliche Pflegegeschehen nicht stromlinienförmig verläuft, zeigen, dass der zeitorientierte Ansatz zumindest Optionen einer anderen Leistungsgestaltung eröffnet. 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 Ausgleichlichkeit in das Leben des pflegebedürftigen Menschen zurückgekehrt seien.

Problematisch erscheint der zeitorientierte Ansatz dort, wo klare Erwartungen an die Pflege formuliert werden können, ihnen aber 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

Aus Sicht der Pflegekräfte waren die Auswirkungen der zeitorientierten Vergütung deutlich greifbarer. Benannt wurden ein veränderter Handlungsspielraum, mehr Zeit und eine veränderte 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 dieses nicht unbedingt den Tatsachen entsprach, so zeigte sich dennoch, dass die subjektive Wahrnehmung, Zeit zu haben, eine Entlastung vom alltäg-

lichen Arbeitsdruck mit sich brachte, die durch den größeren, individuellen Handlungsfreiraum zu erklären ist.

Spürbar war für die Pflegekräfte die Anforderung, 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, wobei dies im Projektzeitraum durchaus unterschiedlich realisiert wurde. 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. Auffallend ist, dass Angehörige der teilnehmenden Patienten seitens der Pflegekräfte kaum in die Leistungsgestaltung einbezogen wurden. In keinem Fall wurde das Budget dazu genutzt, mit Angehörigen zusammen zu treffen oder Kontakt aufzunehmen, um gemeinsam den weiteren Verlauf der Pflege zu erörtern.

In der Mehrheit betrachteten die Pflegekräfte die Übernahme der Pflegeleistungen in Form eines Budgets insbesondere bei allein lebenden Pflegebedürftigen als sinnvoll. Gerade bei diesen Patienten 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.

Als zentral aus der Perspektive der Pflegekräfte erwies sich der Aspekt, dass eine zeitorientierte Vergütung eine ‚Legalisierung der Realität‘ darstellt. 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

Aus Sicht der Pflegedienstleitungen und eines Teils der Pflegekräfte ist es unabdingbar, die Pflegekräfte vor Einführung eines budgetorientierten Vergütungssystems ausreichend durch Fortbildung und Schulung auf die freie

Leistungsvereinbarung vorzubereiten. So sei es erforderlich, die eigene Rolle immer wieder neu zu definieren und zu lernen, sich abzugrenzen.

Die Aussagen zu den organisatorischen Aspekten zeigten sich in den Pflegediensten unterschiedlich. 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 Planbarkeit jedoch als vorteilhaft betrachtet, da feste Zeiträume vereinbart werden können.

Aus der Perspektive der Pflegedienstleitungen wird die Fähigkeit zur Aushandlung bei den Mitarbeitern unterschiedlich eingeschätzt. Insgesamt besteht aber Fortbildungsbedarf zur Weiterentwicklung von 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 Einschätzungscompetenz, die es zu entwickeln gilt. Externe Fort- und Weiterbildungen werden generell als hilfreich erachtet. Im Vergleich mit der Sozialarbeit könne es aber auch ein „zuviel des Redens“ geben, wo längst gehandelt werden müsste. Jeweilige Aufgabenbereiche wie Steuerung bzw. Koordination und Vermittlung oder Ausführung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten müssten innerhalb der Dienste geklärt werden. Die Abgrenzungstendenzen zwischen den Berufsbildern der Alten- bzw. Krankenpflege seien hierbei hinderlich.

Grundsätzlich seien die Mitarbeiter in der Lage, mit Flexibilität umzugehen, dies allerdings unter der Voraussetzung eines Rahmens, der durch die Leitung und den Pflegedienst in seiner Zielrichtung vorgegeben werden muss. Ansonsten hätten manche Mitarbeiter Schwierigkeiten, 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

Als ‚erweiterte Kernleistungen‘ wurden in diesem Projekt diejenigen pflegerischen Handlungen bezeichnet, die zwischen den Pflegebedürftigen und Pflegefachkräften vereinbart wurden und die nicht Gegenstand des Leistungskomplexkataloges waren. Aus den vorliegenden Interviews und Pflegedokumentationen 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:

Tabelle 1: Erweiterte Kernleistungen

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

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Gestaltung von Aushandlungsprozessen und die kontinuierliche Situationsevaluation sind Handlungen, die in jeder Pflegesituation beobachtet werden konnten und einen Großteil der täglichen Pflege bestimmen. Sie werden im Folgenden detaillierter dargestellt. Die Organisation des Alltags, die Funktion als Kontaktperson, das Fördern von Ressourcen und Fähigkeiten sowie die Vermittlung von Sicherheit wurden in einigen, aber nicht allen der beteiligten häuslichen Pflegearrangements identifiziert.

Aushandlungsprozesse gestalten

Professionelle Pflegekräfte sind in häuslichen Pflegesituationen ständig in Aushandlungsprozesse involviert. Diese Prozesse äußern sich konkret durch die in der Tabelle dargestellten Aspekte. Die Schaffung einer gemeinsamen Ausgangsbasis bedeutet eine Verständigung über die vorliegende Problemdefinition und die sich daraus ergebenden Prioritäten. 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 bisschen riecht“ und der Tatsache, dass es massive Beschwerden anderer Hausbewohner über die Geruchsbelästigung gegeben hat, einen Zugang zum vorhandenen Problem der Inkontinenzversorgung zu bekommen. Wenn es dann zu einer gemeinsamen Ausgangsbasis gekommen ist, besteht der zweite Schritt der Aushandlung 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.

Entscheidungsprozesse zu steuern und Entscheidungen herbeizuführen wurde von den Pflegenden als kontinuierlich notwendig und teils sehr zeitaufwendig beschrieben. Im Rahmen des Projektes zeigte sich, dass ihnen eine zentrale Aufgabe zuteil wurde, pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen darin 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...“. Diese Pflegesituation war von starken Schwankungen des körperlichen

und seelischen Befindens der Teilnehmerin geprägt, denen Pflegenden jeweils situativ begegneten.

Letztlich beinhaltet die Gestaltung von Aushandlungsprozessen auch die professionelle Koordination und Steuerung der Pflegesituation. Die Pflegekräfte interagieren dabei 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 sind dynamische Prozesse. Diese Dynamik reflektiert sich unter anderem in der Notwendigkeit, das aktuelle Geschehen 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 Pflegeprozesses, 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.

Die Notwendigkeit und Ausgestaltung der kontinuierlichen Situationsevaluation soll an einigen Beispielen verdeutlicht werden. Sehr deutlich zeigt sich die Notwendigkeit in der Pflege bei an Demenz erkrankten Menschen. Hier können starke Schwankungen der Motivation und Stimmung im Verlauf eines Tages oder einer Nacht auftreten, denen jeweils aktuell und kurzfristig begegnet werden musste. 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 verlangten eine entsprechende 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, wo ebenfalls eine kontinuierliche Einschätzung und Evaluation dringend geboten war. 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 exsikiert dann auch dabei“.

Es sind allerdings nicht nur das krankheitsbedingte Empfinden und die krankheitsbedingte Situation, die eine kontinuierliche Situationsevaluation erforderlich machen, sondern auch soziale oder emotionale Aspekte sowie sich verändernde Präferenzen der Pflegebedürftigen. 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“.

Die Flexibilität, jeweils in der Situation neu zu entscheiden, was geschehen soll, stößt jedoch auch an Grenzen. Eine davon ist die drohende Überforderung der Pflegekräfte. 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

Die Gestaltung von Aushandlungsprozessen und die kontinuierliche Situationsevaluation verdeutlichen die Komplexität häuslicher Pflegesituationen, die sich in den existierenden Vergütungsregelungen nicht widerspiegelt, von ihnen 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

Die vorgelegten Ergebnisse verdeutlichen, dass die Art der Vergütung von Leistungen ambulanter Pflegedienste für die Pflegebedürftigen nur eine untergeordnete Rolle spielt und 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 folgende positive Aspekte herausarbeiten:

Legalisierung der Realität

Trotz der im Rahmen dieser Studie veränderten Vergütungssystematik zeigte sich, dass mittlerweile das Leistungsgeschehen und mithin das professionelle Verständnis sehr vom System der Leistungskomplexe bestimmt sind. 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‘. Diese Legalisierung bedeutet, dass die notwendigen Interventionen durch Pflegekräfte bereits vor Durchführung dieses Projekts erbracht wurden, jedoch nicht als solche abgerechnet wurden und auch nicht abgerechnet werden konnten. Stattdessen mussten Leistungskomplexe abgerechnet werden, die nicht erbracht wurden. 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. Andererseits sollte das Kriterium der Angemessenheit einer Intervention für eine häusliche Pflegesituation zur Bewertung der Intervention maßgeblich sein. Hier ist nicht immer von einer Deckungsgleichheit auszugehen. Da offensichtlich die Leistungskomplekataloge nicht geeignet sind, die Komple-

xität häuslicher Pflegesituationen abzubilden, bedarf es hier der Umsetzung von Alternativen, die sowohl in einer Vergütung nach Zeiteinheiten als auch durch ein Pflegebudget realisiert werden können.

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, sozialen, 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

Bei den erweiterten Kernleistungen handelt es sich keineswegs um neue pflegerische Handlungen, sie beschreiben vielmehr, was zur Aufrechterhaltung der Pflege- und Lebenssituation unumgänglich ist. 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.

Ähnlich wie im Modellprojekt zur Erprobung des trägerübergreifenden persönlichen Budgets im SGB IX in Baden-Württemberg (Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg 2004) war es auch in diesem Projekt schwierig, Teilnehmerinnen zu gewinnen. Ein neues System bringt Verunsicherung mit sich, da es das labile Gleichgewicht in vielen häuslichen Pflegesituationen zu stören droht. Es hat sich in diesem Projekt gezeigt, dass eine vertrauensvolle Beziehung der Pflegebedürftigen zu ihrem Pflegedienst dazu beitragen kann, diese Verunsicherung aufzufangen.

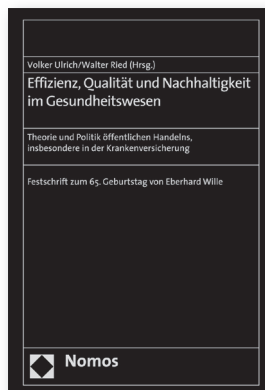
Schlussfolgerungen

Ein wesentliches Problem der häuslichen Pflege ist, dass die Vorgaben unseres Sozialversicherungssystems in starkem Maße das Leistungsgeschehen dominieren. Am deutlichsten wird dieser Aspekt bei den Leistungskomplexen im Rahmen des SGB XI und dem Katalog verordnungsfähiger Leistungen für die häusliche Krankenpflege nach SGB V. Dem 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 Finanzierungsgrundsätzen orientieren. Es besteht somit die Gefahr, dass ohnehin knappe Ressourcen nicht immer bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Literaturverzeichnis:

- 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 alter 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
- Herdt 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
- 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. (Hg.) (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. (Hg.): 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

Öffentliches Handeln aus wirtschaftlicher Perspektive



Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen

Theorie und Politik öffentlichen Handelns, insbesondere in der Krankenversicherung

Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille

Herausgegeben von Prof. Dr. Volker Ulrich, Universität Bayreuth und Prof. Dr. Walter Ried, Universität Greifswald

2007, 1.028 S., geb., 138,- €, ISBN 978-3-8329-2762-2

Die Beiträge der vorliegenden Festschrift behandeln neben der traditionellen Haushalts- und Geldpolitik sowie der Finanzierung der Sozialversicherung vornehmlich die Ausgestaltung der Krankenversicherung. Zahlreiche Beiträge analysieren u. a. die Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen, die Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen oder das Dauerthema Gesundheitsreform. In der Summe ergibt sich eine aktuelle Bestandsaufnahme des öffentlichen Handelns aus wirtschaftlicher Perspektive.

Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung
oder bei Nomos | Telefon 07221/2104-37 | Fax -43 |
www.nomos.de | sabine.horn@nomos.de



Nomos