

Finanzierungsfragen der häuslichen Pflege

**Eine qualitative Untersuchung zur Einführung
personenbezogener Budgets**

Abschlussbericht

Institut für Pflegewissenschaft
Private Universität Witten/ Herdecke gGmbH

Dieses Forschungsprojekt wurde durch die Software AG – Stiftung, Darmstadt, gefördert.

Finanzierungsfragen der häuslichen Pflege

Eine qualitative Untersuchung zur Einführung personen- bezogener Budgets

Abschlussbericht

Wissenschaftliche Leitung:

Andreas Büscher, Dipl. Pflegewirt (FH)

Wissenschaftliche Mitarbeit:

Charlotte Boes, MScN

Helmut Budroni, BScN

Almut Hartenstein, BScN

Bernhard Holle, MScN

Institut für Pflegewissenschaft

Private Universität Witten/ Herdecke gGmbH

Stockumer Str. 12, 58453 Witten

in Zusammenarbeit mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München

Witten, Juli 2005

Druck: Druckmedienhaus, Münster. <http://www.druckmedienhaus.de>, info@druckmedienhaus.de

Danksagung

Viele Menschen tragen dazu bei, ein solches Forschungsprojekt durchzuführen. Ohne diese Hilfe wäre die Durchführung nicht möglich gewesen. Für diese Unterstützung möchten wir uns an dieser Stelle recht herzlich bedanken. Unser Dank geht insbesondere an die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen, die uns einen Einblick in ihr Leben gewährt, sowie den Pflegefachkräften in den teilnehmenden Pflegediensten, die uns ihre Zeit zur Verfügung gestellt haben und von ihrer Arbeit berichtet haben. Den verantwortlichen in den teilnehmenden Pflegediensten danken wir für ihre Bereitschaft und ihren Mut, sich auf etwas Neues einzulassen.

Der Software-AG Stiftung, Darmstadt, gilt unser Dank für die Förderung des Projekts, die es ermöglicht hat, dass wir uns auf die Inhalte konzentrieren konnten.

An Frau Dr. Birgit Thomas geht ein besonderer Dank für ihren unermüdlichen Einsatz, das Projekt in München zu ermöglichen, Kontakte zu knüpfen und immer ansprechbar zu sein. Herrn Stadtrat Klaus-Peter Rupp danken wir für die politische Unterstützung für das Projekt und der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen in Bayern für die Unterstützung und Ermöglichung seitens der Pflegekassen. Herrn Peter Parketny und Herrn Peter Braun von der Hauptverwaltung der Barmer Ersatzkasse sei Dank für die unbürokratische Möglichkeit, auch Pflegesituationen in Nordrhein-Westfalen in das Projekt aufzunehmen.

Unseren Beiratsmitgliedern Herrn Gack, Herrn Gerstetter, Herrn Kindshofer, Herrn Listle, Frau Dr. Randzio, Frau Roller, Herrn Rupp, Frau Schottky, Frau Dr. Thomas, Herrn Vüllers-Krohn und Frau Weninger danken wir für die konstruktive und kritische Begleitung des Projekts.

Ein abschließender Dank geht an die folgenden Menschen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten zum Gelingen des Projektes beigetragen haben: Herrn Schurer, Herrn Engel, Herrn Wirnitzer, Frau Widmann, Herrn Fuß, Frau Hagenbrock, Frau Prof. Bienstein, Herrn Dr. Schnepf

Zusammenfassung

Projektidee/ Entstehung

Resultierend aus der Erkenntnis einer vorangegangenen Studie des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Witten / Herdecke, dass "die Darstellung pflegerischer Leistungen in einem Katalog nebeneinander stehender Einzelverrichtungen nicht dem Verständnis und dem Anspruch der Pflegewissenschaft an eine professionelle Pflegepraxis entsprechen", wurde überlegt, wie ein Refinanzierungssystem pflegerischer Leistungen im häuslichen Bereich gestaltet sein müsste, welches den komplexen Realitäten der häuslichen Pflege gerecht wird. Davon ausgehend wurde die Projektidee entwickelt, ein "personenbezogenes Budget" auf Grundlage der für die pflegerische Versorgung zur Verfügung stehenden Gelder aus SGB V, SGB XI und BSHG (jetzt SGB XII) zu erproben und seine Auswirkungen auf die Gestaltung häuslicher Pflegesituationen zu beschreiben.

Seitens der Landeshauptstadt München bestand seit längerem ein pflegfachliches und politisches Interesse an der Weiterentwicklung von pflegerischen Versorgungsstrukturen angesichts einer identifizierten Versorgungslücke. Aufgrund des gemeinsamen Zielinteresses wurde eine Kooperation zwischen dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/ Herdecke und dem Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München vereinbart und das hier dargestellte Forschungsprojekt konzipiert. Im weiteren Verlauf wurde das Projekt auf kooperierende Pflegedienste des Instituts für Pflegewissenschaft in Nordrhein-Westfalen ausgedehnt. Das Projekt wurde gefördert durch die Software AG Stiftung, Darmstadt.

Forschungsinteresse

Der Annahme folgend, dass ein durch Fragmentierung pflegerischer Tätigkeiten und starker Reglementierung im Bereich der abrechenbaren Pflegeleistungen geprägtes Finanzierungssystem die Realitäten von komplexen häuslichen Versorgungssituationen nur unzureichend abbilden kann, entwickelten sich die forschungsleitenden Fragestellungen. Hierfür war insbesondere auch der Vergleich mit internationalen Versorgungssystemen von Interesse. Besondere Aufmerksamkeit galt den Fragen, inwieweit sich ein am Faktor Zeit orientiertes Vergütungssystem auf pflegerische Tätigkeiten und Interaktionen im Bereich der ambulanten Pflege auswirkt, inwiefern pflegerische Handlungen in diesem Vergütungssystem von Tätigkeiten nach dem Leistungskomplexsystem abweichen und welche Erwartungen von Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen und Pflegefachkräften an das Leistungsgeschehen in der ambulanten Pflege bestehen.

Weiterhin sollten Beiträge zu der Diskussion geliefert werden, in wie weit sich eine integrierte Finanzierungsstruktur der Pflegeleistungsvergütung aus den Bereichen des SGB V und des SGB XI realisieren lässt. Zum letzten Aspekt konnten aufgrund des Projektverlaufes keine Aussagen gemacht werden.

Budgetbegriff

Ausgehend von den vorangegangenen Überlegungen wurden für den Projektverlauf "personenbezogene Budgets" zwischen den Pflegekassen, bei Bedarf dem Sozialhilfeträger, den Betroffenen und den zuständigen Leistungserbringern vereinbart. Das Budget setzte sich aus den SGB XI Sachleistungssätzen, sowie bei Inanspruchnahme, aus den Leistungssätzen des BSHG (später SGB XII) zusammen. Die ursprüngliche Intention einer Zusammenführung der Leistungen aus SGB V, SGB XI sowie SGB XII in einem trägerübergreifendem personenbezogenen Budget war auf Kostenträgerseite nicht vermittelbar und konnte daher nicht realisiert werden.

Für das Projekt wurde ein Vorgehen zwischen den Beteiligten vereinbart, das vorsieht, aus den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln der beteiligten Kostenträger ein Budget zu bilden, in dessen Höhe die pflegebedürftigen Menschen Pflegestunden bzw. Pflegezeit bei dem Pflegedienst "einkaufen" können. Man kann also in diesem Zusammenhang von einem personenbezogenen Budget für pflegerische Sachleistungen sprechen. Ein wichtiger Aspekt hierbei war, dass die möglichen Leistungen nicht durch das stark reglementierende Leistungskomplexsystem oder durch festgeschriebene Einzelleistungen vorgegeben und definiert wurden.

Forschungsverlauf

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden zwei Interventionen geplant und durchgeführt. Zum einen die Veränderung der Rahmenbedingungen der Refinanzierung ambulanter Pflege hinsichtlich der Möglichkeit einer flexiblen Leistungserbringung innerhalb verfügbarer Zeitkontingente und zum anderen die Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der beteiligten Pflegedienste. Um die Veränderungsprozesse, die durch die beschriebenen Interventionen bei den beteiligten Pflegediensten herbeigeführt wurden, zu begleiten und beschreiben zu können, wurde ein Aktionsforschungsansatz gewählt, der eine enge Zusammenarbeit zwischen den Forschern und den Praktikern ermöglichte. Hierbei spielten vor allem regelmäßig durchgeführte Gruppeninterviews eine wichtige Rolle. Als teilnehmende Pflegedienste konnten schließlich 7 Pflegedienste unterschiedlicher Trägerschaft und Organisationsform gewonnen werden. Es wurden 10 Gruppeninterviews mit den Mitarbeitern der beteiligten Dienste sowie 7 leitfadengestützte Interviews mit den Pflegedienstleitungen geführt.

Um die Perspektive der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen zu erfassen wurde ein Fallstudiendesign gewählt. Dieser Forschungsansatz ermöglicht eine umfassende Beschreibung der Pflegesituation unter Berücksichtigung der lebensweltlichen Realitäten. In der Studie wurden 11 Fälle umfangreich in Form von detaillierten Fallbeschreibungen dargestellt und untersucht. Im Rahmen der Datenerhebung wurden 23 Interviews mit den pflegebedürftigen Menschen und/oder ihren Angehörigen geführt. Als weitere Datenquelle floss ein für die Studie eingeführtes Dokumentationssystem in die Fallbeschreibung ein. Sowohl die Gruppeninterviews der Pflegedienste als auch die Interviews mit den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Um den Projektverlauf und die Einschätzungen der beteiligten Akteure strukturiert abbilden zu können wurde der Ansatz der Evaluationsforschung gewählt. Hierbei spielte die Gründung des Projektbeirates eine wichtige Rolle. Ausdrückliches Anliegen war es, Entwicklungen, Probleme und Erkenntnisse des Projektes in einem breiteren Kontext zu diskutieren. Der Beirat setzte sich aus Vertretern der an dem Projekt beteiligten Gruppierungen zusammen. Die Evaluation des Projektes folgte in der Literatur beschriebenen Standards.

Ergebnisse

Als Auswirkung der zeitorientierten Vergütung wurden seitens der Mitarbeiter/innen der Pflegedienste vor allem ein veränderter Handlungsfreiraum und dadurch erforderliche Aushandlungsprozesse mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen beschrieben. Auch das subjektive Gefühl, "mehr Zeit" zu haben und kein "schlechtes Gewissen" haben zu müssen, wurde von den Pflegekräften thematisiert. Für die Umsetzung des Finanzierungsansatzes ist aus Sicht der Pflegekräfte eine gesteigerte Handlungskompetenz notwendig, die durch Fortbildungen erworben werden sollte. Die Umsetzung des personenbezogenen Budgets erscheint aus Sicht der Pflegekräfte Vorteile für bestimmte Patientengruppen zu haben. Hierbei handelt es sich im Besonderen um allein lebende Menschen ohne soziales Netz, aber auch Menschen mit Demenz oder Schwerstkranken. Weitere Ergebnisse seitens der Einschätzung der professionell Pflegenden und der Pflegedienstleitungen waren die notwendige Entwicklung eines anderen Pflegeverständnisses, um die Möglichkeiten des Budgetansatzes nutzen zu können sowie eine wünschenswerte Diskussion über das Verständnis der eigenen Berufsrolle. Auf organisatorischer Seite bringt der Budgetansatz Veränderungen mit sich, die sich aber seitens der Pflegedienste umsetzen lassen.

In der Gestaltung der Pflegesituation ergaben sich die folgenden, von den Leistungskomplexen abweichenden pflegerischen Handlungen: "Aushandlungsprozesse gestalten", "Kontinuierliche Situationsevaluation", "Alltag organisieren", "Soziale Kontaktperson sein", "Ressourcen und Fähigkeiten fördern", "Sicherheit vermitteln". Hierbei handelt es sich um ein komplexes pflegerisches Geschehen, das sich aus der veränderten Rahmenbedingung entwickelte und im Ergebnisteil ausführlich dargestellt wird.

Die Erwartungen der an dem Projekt beteiligten Pflegenden und Pflegebedürftigen an das Leistungsgeschehen reichen von persönlichen Bedürfnissen wie Sicherheit, Stabilität, Verhinderung der Heimeinweisung sowie Orientierung an tatsächlichen Bedürfnissen seitens der Pflegebedürftigen bis hin zu Fragen des persönlichen und professionellen Pflegeverständnisses sowie organisatorische und berufspolitische Anmerkungen auf Seiten der professionell Pflegenden.

Das Gesamtbild der Ergebnisse zeigt ein deutlich weiter gefasstes Bild einer pflegerischen Versorgung, die sich unter den Bedingungen des Budgetansatzes entwickeln konnte.

Schlussfolgerung

Die Erprobung eines neuen Finanzierungsansatzes für pflegerische Versorgung im Rahmen eines Forschungsprojektes erwies sich in der Vergangenheit auch in anderen Projekten als schwierig und führte auch in dem hier beschriebenen Projekt zu Problemen. Insbesondere die Gewinnung von teilnehmenden Pflegediensten und Pflegebedürftigen, war hierbei problematisch. Es lässt sich konstatieren, dass die Umsetzung von Innovationen im Bereich der Finanzierungsstruktur von ambulanten Pflegeleistungen eine Herausforderung darstellt, die eine grundsätzliche Bereitschaft aller Akteure in diesem Bereich voraussetzt.

Der in diesem Forschungsprojekt erprobte und evaluierte Ansatz einer Finanzierung häuslicher Pflege auf der Grundlage eines personenbezogenen Budgets ist eine sinnvolle Ergänzung zu dem etablierten System der Leistungskomplexvergütung. Eine Einführung der Stundenvergütung als Regeloption im Bereich der Leistungserbringung nach dem SGB XI neben den bestehenden Regelungen wird als sinnvolle Erweiterung der Refinanzierung pflegerischer Leistungen empfohlen. Hiermit verbunden ist die Empfehlung, die Leistungserbringung im Bereich der häuslichen Versorgung vom Begriff der Pflegebedürftigkeit des SGB XI zu entkoppeln.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	I
Inhaltsverzeichnis	V
1 Einleitung	1
2 Problemdarstellung und Kritik des derzeitigen Vergütungssystems	4
2.1 Entwicklung der häuslichen Pflege in Deutschland	4
2.2 Schwächen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI	8
2.3 Entwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI)	10
2.4 Das Leistungskomplexvergütungssystem im Bereich des SGB XI.....	12
2.5 Die Auswirkungen des Leistungskomplexvergütungssystems	16
2.6 Fazit.....	20
3 Internationale Ansätze der Finanzierung von Pflege	24
3.1 Pflegesicherung in Europa	24
3.2 Direct payments in Großbritannien.....	30
3.3 Das Personengebundene Budget in den Niederlanden (Persoonsgebonden Budget, PGB)	32
3.4 Assistance Benefit Act in Schweden	32
3.5 Das Home Health Prospective Payment System (HHPPS) in den USA.....	33
3.6 Fazit.....	34
4 Konzeptualisierung häuslicher Pflegesituationen	35
4.1 Kennzeichen pflegerischen Handelns	35
4.2 Häusliche Pflegesituationen und familienorientierte Pflege.....	36
4.2.1 Situation pflegender Angehöriger	37
4.3 Ergebniskriterien pflegerischen Handelns in häuslichen Pflegesituationen.....	38
5 Fragestellungen	41
6 Methodologische Grundlagen und Projektverlauf	43
6.1 Interventionen.....	43
6.1.1 Der Budgetansatz.....	43
6.1.2 Die Fortbildungsveranstaltung.....	45
6.2 Der Aktionsforschungsansatz.....	46
6.2.1 Die Suche nach und Gewinnung von teilnehmenden Pflegediensten	48
6.2.2 Datenerhebung im Rahmen der Aktionsforschung.....	51
6.3 Das Fallstudiendesign	52
6.3.1 Komponenten einer Fallstudienuntersuchung	52
6.3.2 Die Datenerhebung im Rahmen der Fallstudien	53
6.4 Die Evaluationsforschung.....	56
6.3.1. Die Standards zur Überprüfung eines Evaluationsprogramms.....	57
6.5 Ethische Überlegungen	59

7	Fallbeschreibungen	60
7.1	Fallbeschreibung Frau A	60
7.1.1	Zur Sicht auf das Vergütungssystem und den Projektverlauf	62
7.2	Fallbeschreibung Frau B	63
7.2.1	Zur Sicht auf das Vergütungssystem und den Projektverlauf	65
7.3	Fallbeschreibung Frau C	66
7.3.1	Zur Sicht auf das Vergütungssystem und den Projektverlauf	67
7.4	Fallbeschreibung Frau D	68
7.4.1	Zur Sicht auf das Vergütungssystem und den Projektverlauf	69
7.5	Fallbeschreibung Frau E	69
7.5.1	Zur Sicht auf das Vergütungssystem und den Projektverlauf	71
7.6	Fallbeschreibung Frau F	73
7.6.1	Zur Sicht auf das Vergütungssystem und den Projektverlauf	74
7.7	Fallbeschreibung Frau G	75
7.7.1	Zur Sicht auf das Vergütungssystem und den Projektverlauf	75
7.8	Fallbeschreibung Frau H	76
7.8.1	Zur Sicht auf das Vergütungssystem und den Projektverlauf	77
7.9	Fallbeschreibung Frau I	78
7.9.1	Zur Sicht auf das Vergütungssystem und den Projektverlauf	80
7.10	Fallbeschreibung Frau J	81
7.10.1	Zur Sicht auf das Vergütungssystem und den Projektverlauf	84
7.11	Fallbeschreibung Frau K	84
7.11.1	Zur Sicht auf das Vergütungssystem und den Projektverlauf	86
8	Ergebnisse	88
8.1	Auswirkung der zeitorientierten Vergütung	88
8.1.1	Sicht der Mitarbeiter/innen	88
8.1.2	Sicht der Pflegedienstleitungen	91
8.2	Von Leistungskomplexen abweichende pflegerische Handlungen — erweiterte Kernleistungen	95
8.2.1	Aushandlungsprozesse gestalten	97
8.2.2	Kontinuierliche Situationsevaluation	100
8.2.3	Alltag organisieren	103
8.2.4	Soziale Kontaktperson sein	105
8.2.5	Ressourcen und Fähigkeiten fördern	108
8.2.6	Sicherheit vermitteln	110
8.3	Erwartungen aus Sicht der Teilnehmer	111
8.3.1	Erwartungen aus Sicht der Pflegebedürftigen / Angehörigen	111
8.3.2	Erwartungen aus Sicht der Pflegekräfte	113

8.3.3	Erwartungen aus Sicht der Pflegedienstleitungen	116
9	Diskussion und Empfehlungen	120
9.1	Vergütung häuslicher Pflege	120
9.1.1	Legalisierung der Realität.....	121
9.1.2	Erweiterte Kernleistungen	122
9.1.3	Empfehlung	122
9.2	Aushandlungsprozesse	123
9.3	Voraussetzungen und Möglichkeiten der Leistungserbringer.....	123
9.3.1	Steuerung der Pflegesituation	124
9.3.2	Finanzielle Voraussetzung und Stundensatz	125
9.4	Beitrag zur Budgetdiskussion	125
9.5	Weitere Reformimpulse	129
	Literaturverzeichnis.....	130
	Abkürzungsverzeichnis.....	135
	Anhang	136
	Zeitschiene	136
	Veröffentlichungen und Vorträge (Stand: Juli 2005).....	139
	Schulungsprogramm	140

1 Einleitung

Im Jahr 1999 erhielt das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke den Auftrag der LIGA der Wohlfahrtsverbände eines Bundeslandes, ein pflegewissenschaftliches Gutachten zur Beurteilung einer Leistungsbeschreibung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zu erstellen. Dieses Gutachten kam abschließend unter anderem zu folgender Bewertung. "Die Darstellung pflegerischer Leistungen in einem Katalog nebeneinander stehender Einzelverrichtungen entspricht nicht dem Verständnis und dem Anspruch der Pflegewissenschaft an eine professionelle Pflegepraxis. Im Rahmen der Verhandlungen über einen neuen Rahmenvertrag nach § 132 a SGB V für ambulante Leistungen nach § 37 SGB V können grundsätzliche Probleme, die durch die sozialversicherungsrechtlich geltenden Begriffe der Grund- und Behandlungspflege bestehen, nicht gelöst werden."

Ausgehend von dieser Bewertung wurden Überlegungen angestellt, wie denn ein Refinanzierungssystem pflegerischer Leistungen gestaltet sein müsste, das einerseits ein Pflegeverständnis reflektiert, welches sich von Einzelverrichtungen löst und die Komplexität menschlicher Bedarfslagen zum Ausgangspunkt professionellen Handelns macht und das andererseits in der Logik der bestehenden Sozialversicherungssysteme eine Handlungsperspektive bietet. Die Idee, die für die Erbringung häuslicher Pflege zur Verfügung stehenden Gelder aus SGB V, SGB XI und BSHG (jetzt SGB XII) in ein Budget zu überführen, welches dann in Zeiteinheiten umgerechnet für die Leistungsabrechnung zur Verfügung steht, ist die logische Konsequenz aus der Kritik am bestehenden Vergütungssystem.

Diese Idee wurde daraufhin an verschiedenen Stellen zur Diskussion gestellt. Während einer Konferenz zur familienorientierten Pflege an der Universität Witten/Herdecke entstand dadurch der Kontakt zur Landeshauptstadt München.

Die Darstellung der Problematik und der Projektidee hat zu dem glücklichen Umstand der Förderung des Projekts durch die Software AG Stiftung, Darmstadt, beigetragen. Durch diese Förderung war es möglich, von Beginn an, inhaltliche Diskussionen mit den potenziellen Projektpartnern zu führen, ohne sich über die Finanzierung des Projekts Gedanken machen zu müssen.

Ausgangsüberlegungen sowie pflegefachliches und politisches Interesse der Landeshauptstadt München

Die Aktivitäten der Landeshauptstadt München und speziell der städtischen Krankenhäuser in Bezug auf Betreuungs-, Beratungs- und Schulungsangebote bei verschiedenen Krankheitsbildern oder behandlungs- und grundpflegerischen Leistungen bis zu Unterstützungsleistungen in neuen Pflegesituationen oder Vermittlung und Koordination der pflegerischen Versorgung reichen bis weit in die 90er Jahre zurück. Die Vielfalt an Angeboten zeigt das Bild einer zusammenhängenden und umfassenden pflegerischen Versorgung auf, die im Gegensatz zu anderen deutschen Großstädten beispielhaft ist. Ein Streitpunkt in der ambulanten Pflege bleibt die häusliche Krankenpflege. Die

Finanzierung und Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V und die Abgrenzung zum Pflegeversicherungsgesetz sowie die bestehenden Probleme bei Patienten, die nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, allerdings einen Hilfebedarf aufweisen oder ausschließlich SGB V Leistungen in Anspruch nehmen, wird seit 2001 mehrfach und ausführlich im Stadtrat¹ diskutiert. Insgesamt ergibt sich in München für die häusliche pflegerische Versorgung ein Bild, welches eine ausreichende Infrastruktur aufzeigt. Anzumerken ist hierbei allerdings, dass es sich um eine flächendeckende, nicht aber um eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung handelt.

In München wird seit einiger Zeit, insbesondere durch die Neuregelung der Richtlinien häusliche Krankenpflege im Krankenversicherungsgesetz (SGB V) im Jahr 2000, die zunehmende Verschiebung von Leistungen der Krankenversicherung in Leistungen der Pflegeversicherung kritisch gesehen. Dadurch ist insbesondere bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz oder in der Schwerst- und Akutkrankenpflege, z.B. Pflegebedürftige mit einem Betreuungsaufwand von 16-24 Stunden pro Tag oder onkologische Patienten, eine Versorgungs- und Finanzierungslücke² zwischen SGB V und SGB XI entstanden. Die Versorgungs- und Finanzierungsprobleme begründen sich in so fern, dass bei diesen Menschen ein Hilfe- und Pflegebedarf besteht, der nicht dem Pflegebegriff im Sozialversicherungssystem entspricht. Des Weiteren zeigt der Hilfebedarf alter Menschen, dass es eine Reihe von Defiziten in der Versorgung gibt. Betroffen sind vor allem demenziell erkrankte Menschen oder alte Menschen mit einem vorübergehenden Hilfe- und Pflegebedarf, die über keinerlei informelle Unterstützung verfügen, weil entweder die zur Verfügung stehenden Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherungen aufgrund der Definition von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI nicht oder nur selektiv greifen oder die Komplexität dieser häuslichen Pflegesituationen im gesetzlichen Leistungskatalog derzeit nicht adäquat abgebildet ist. Es ist vom Gesetzgeber auch nicht vorgesehen, dass die Sozialversicherungssysteme SGB V und SGB XI alle Lebensrisiken abdecken. Entsprechend bleiben hier, insbesondere bei der Haushaltshilfe und bei den psychosozialen Zuwendungen, Bereiche offen, die der verwandtschaftlichen oder nachbarschaftlichen Hilfe zufallen. Auch innerhalb der Sozialversicherungen gilt das Subsidiaritätsprinzip. Dieses gilt für alle Leistungen, die von unterstützenden Personen (Nachbarn, Verwandte) erbracht werden können, wenn sie zur Verfügung stehen. Des Weiteren zeichnet es sich ab, dass sich durch die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) im stationärem Bereich diese Lücke vergrößert, falls nicht für die ambulante Versorgung die Gesetze der Kranken- und Pflegeversicherung übergreifend, im Sinne eines Grundsicherungsmodells organisiert werden. Die fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten werden

¹ Beschlussvorlage "Aufbau eines ambulanten Krankenpflege- und Pflegenotfalldienstes" nach Antrag Nr. 2779 der Stadtratsmitglieder Schosser und Caim vom 11.04.2001 und Antrag Nr. AZ 022/53-419 E-01/116 der Bürgerversammlung des 19. Stadtbezirkes Bezirksteil Thalkirchen-Solln vom 06.12.2001 zum Gesundheits- und Krankenhausausschuss am 22.05.03 (Aktensammlung Seite 1343)

² Auf eine ausführliche Definition und Differenzierung der Versorgungs- und Finanzierungslücke und der betroffenen Personengruppen wird hier verzichtet. Dieses ist nachzulesen im Beschluss "Kommunale Gesundheitsmaßnahme; Versorgungslücken sofort schließen" des Gesundheits- und Krankenhausausschusses und Sozialhilfeausschusses in der gemeinsamen Sitzung vom 28.11.2002 nach Antrag Nr. 96-02 / A 03231 der Stadtratsmitglieder Caim, Bauernschuster, Nagel, Oberloher, Pfundstein vom 05.10.2001

besonders zwischen dem Bedarf und der Finanzierung der Bedarfsdeckung über die Versicherungssysteme deutlich, weil das Problem der segmentalen Finanzierungen sowie die fachliche Differenzierung im ambulanten Bereich weiter bestehen bleibt. Im Krankenhaus ist die Behandlung eines Patienten durch eine Pauschale abgedeckt, die alle anfallenden Kosten umfasst. Dies führt schon jetzt, ein Jahr nach Einführung der DRGs zu einer Verweildauerverkürzung, welche eine erhebliche Leistungsverschiebung in die ambulante Versorgung nach sich zieht. Gerade die umfassende pflegerische Versorgung ist hier nicht mehr ohne Probleme zu gewährleisten. Von daher erscheint es sinnvoll, einen alternativen Versorgungs- und Finanzierungsansatz in der häuslichen Pflege bzw. Krankenpflege zu erproben.

Das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke und das Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München konzipierten deshalb 2001 ein Projekt zur alternativen Finanzierung in der häuslichen Versorgung von pflege- und hilfebedürftigen Menschen. Ausgangsüberlegung war die dargestellte Kritik der bestehenden Finanzierungsmodalitäten und deren Pflegeverständnis sowie die Annahme, dass in nächster Zukunft nicht mehr Geld zur häuslichen Pflege zur Verfügung stehen wird. Nach anfänglich getrennten Erhebungs- und Planungsphasen fand in den Jahren 2003 bis 2005³ eine gemeinsame Durchführung und begleitende Evaluation statt. Aufgrund der Ausgangsüberlegungen, die zur Verfügung stehenden Gelder für eine Versorgung zu Hause, nicht länger durch sozialversicherungsbedingte Grenzen zu trennen, sondern anhand der Probleme der Betroffenen zusammenzuführen, entstand der Name personenbezogene Pflegebudgets. Die Kooperationspartner erhofften sich durch den Budgetansatz in der häuslichen Pflege vor allem, dass personenbezogene Pflegebudgets dazu beitragen, dass durch die Flexibilisierung und bedürfnisorientierte Anwendung der Pflege- und Sozialleistungen die Realität legalisiert und der Systemfehler des SGB XI, insbesondere die mangelnde Familienorientierung, aufgedeckt wird.

Der hier vorliegende Bericht beschreibt die theoretischen und methodischen Grundlagen des Projekts sowie die letztendlichen Ergebnisse. Kapitel 2 befasst sich mit der Entwicklung der häuslichen Pflege und der Kritik am Leistungskomplexsystem. In Kapitel 3 wird ein Überblick über internationale Ansätze der Finanzierung häuslicher Pflege gegeben, der den Horizont sowohl für mögliche Optionen als auch für andernorts bestehende Probleme erweitern soll. Kapitel 4 stellt theoretische Erkenntnisse zur häuslichen Pflege dar, bevor in den Kapiteln 5 und 6 die Fragestellungen und der Forschungsansatz im Projektverlauf aufgezeigt werden. Die Ergebnisse finden sich anhand der zugrunde liegenden Fragestellungen (Kapitel 8). Diesen vorangestellt sind die Beschreibungen der am Projekt beteiligten häuslichen Pflegesituationen. Die wesentlichen Ergebnisse werden in Kapitel 9 abschließend diskutiert und ihre möglichen Implikationen für die Praxis dargestellt.

³ Bekanntgabe "personenbezogene Pflegebudgets: Häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen verbessern und dauerhaft sichern" des Gesundheits- und Krankenhausausschusses vom 01.04.2004 nach Antrag Nr. 02-08 / A 00570 von Stadtrat Rupp vom 21.01.2003

2 Problemdarstellung und Kritik des derzeitigen Vergütungssystems

In diesem Kapitel werden die diesem Projekt zugrunde liegenden Problemstellungen dargelegt. Da die ambulante Pflege durch die Einführung der Pflegeversicherung nicht neu erfunden wurde, werden einleitend Ausführungen über die Entwicklung der ambulanten Pflege vorangestellt.

2.1 Entwicklung der häuslichen Pflege in Deutschland

Die häusliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen war seit ihren Ursprüngen in der Gemeindepflege in der Mitte des 19. Jahrhunderts zahlreichen Wandlungen unterworfen. Entstanden im Kontext der Neugründungen religiöser Pflegeorden und der nach dem Mutterhausprinzip organisierten Diakonie (vgl. Schulz, 1992 zit. in: Moers 1997), nahm die Gemeindepflege, von einem karitativ-christlichen Verständnis geprägt, neben Aufgaben der Krankenpflege auch die Betreuung von Familien, die Armenfürsorge, Aufgaben in der Alten- und Jugendarbeit sowie der Seelsorge wahr (Moers 1997). Um die Wende zum 20. Jahrhundert begannen jedoch zahlreiche der damals tätigen Gemeindegewestern, sich aus der Abhängigkeit der streng hierarchischen Mutterhäuser zu lösen und im Rahmen der Privatpflege als sogenannte "wilde Schwestern" (Steppe 1988, zit. in: Moers 1997, S. 103) gegen schlechte Bezahlung und ebensolche Arbeitsbedingungen ihren Dienst zu tun. Es entstanden jedoch keine eigenen Organisationsformen und die Gemeindepflege blieb in der Hand kirchlicher Träger, bis ihr im Zuge nationalsozialistischer Gesundheitspolitik eine verstärkte Aufmerksamkeit zuteil wurde, die zu einer Neuorganisation der Krankenpflege mit Aufgaben der Volksgesundheits- und Rassenpflege (Steppe 1996) führte. Dennoch konstatiert Moers (1997) "Durchsetzungsschwierigkeiten der NS-Politik", deren Interesse zunehmend den Euthanasie-Programmen galt, zumal Kontrolle und Einflussnahme durch die Gemeindepflege nicht wie erhofft ausfielen.

Da sich die Gemeindepflege bei Ende des Zweiten Weltkrieges nach wie vor überwiegend in der Trägerschaft von Kirchen und Wohlfahrtsverbänden befand, wurde sie im Zuge der Entnazifizierungsprozesse als unbelastet eingestuft. Damit kann von einer Kontinuität für die Arbeit der Gemeindepflege in der Nachkriegszeit ausgegangen werden (a.a.O., S. 104), die erst in den fünfziger und sechziger Jahren einem regelrechten *Austrocknungsprozess* (ebd.) unterlag. Dieser gründete sich zum einen auf eine zunehmende Dominanz der stationären Versorgung, zum anderen auf den Rückgang an Nachwuchs im Mutterhaussystem und den Kosten- und Integrationsproblemen, die sich mit der Umstellung auf *weltliches Pflegepersonal* ergab. Da deren Einsatz für die Wohlfahrtsverbände mit untragbaren Kosten verbunden war, entstand in der Gemeindepflege eine Versorgungslücke, auf die gesundheitspolitisch mit dem Modell der Sozialstationen reagiert wurde, welches die rheinland-pfälzische Landesregierung zum Ende der sechziger Jahre entwarf. Dieses zielte mit der Verbindung aus kranken- und sozialpflegerischen Diensten auf die Förderung der Pflege in der Familie einerseits und die Entlastung des stationären Sektors andererseits. Gleichzeitig wurden Leistungen der

Krankenpflege in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen, womit sich die Pflege in der Gemeinde von einer karitativ-seelsorgerischen Tätigkeit zu einer funktionalen Dienstleistung der Krankenversorgung entwickelte. Die in 1970 in Rheinland-Pfalz eröffneten Sozialstationen, deren Träger ausschließlich Wohlfahrtsverbände waren, markieren den Beginn einer Aufbauphase einer ambulanten Versorgungsstruktur, die 1987 zunächst mit etwa 1600 Sozialstationen bundesweit ihren vorläufigen Höhepunkt fand.

Das Leistungsprofil der Pflegedienste, so sah es das Modell der Sozialstationen vor, sollte den gesundheitlichen und sozialen Aufgaben entsprechen und damit pflegerische und hauswirtschaftliche Dienste sowie Familienpflege und Dorfhilfe, neben sozialen und sonstigen gesundheitlichen Diensten (z.B. Fußpflege) sichern. Kostenersparnis und die Förderung von Selbsthilfepotenzialen in Familie und sozialer Gemeinschaft zur Sicherung des Subsidiaritätsprinzips waren dabei die prioritären Ziele. Die Inanspruchnahme der Dienste von Sozialstationen stieg schnell an, bezog sich jedoch überwiegend auf Pflegeleistungen, während die Inanspruchnahme sozialer Dienste sowie die Aktivierung der familiären oder nachbarschaftlichen Hilfen nur in geringem Umfang gelang. Zudem stießen die Sozialstationen, deren Regelangebot bei einem Einsatz pro Tag lag, angesichts zunehmender Bedarfe und genereller Qualifikationsmängel der Mitarbeiter an ihre Leistungsgrenzen. Die Abnahme kommunikativer und psychosozialer Hilfen, wie sie in der klassischen Gemeindepflege gewährt wurde und die gleichzeitige "Konzentration auf somatische, medizinisch-pflegerische Leistungen" (a.a.O., S. 106) führte dazu, dass die Zielsetzung der Gemeindenähe verfehlt wurde und längerfristiger oder mehrmals täglicher Hilfebedarf die Kapazitäten der Sozialstationen erschöpften. Einer Öffnung und Erweiterung des Leistungsspektrums der Sozialstationen standen sowohl Vertreter der Sozialpolitik, wie auch Vertreter der Wohlfahrtsverbände und Sozialwissenschaftler kritisch gegenüber. Somit blieb eine qualitative Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung des Leistungsangebotes weitgehend aus (Schaeffer und Ewers 2001). Moers (1997) benennt hierfür drei wesentliche Gründe: Zum einen stand die Entlastung des stationären Sektors im Vordergrund, womit die Sozialstationen vorwiegend auf die Versorgung von Akutkranken eingerichtet waren und entsprechend ausgebildetes Pflegepersonal beschäftigten. Gleichzeitig stieg jedoch der Bedarf an ambulanten Pflegeleistungen bei Menschen, die dauerhaft der pflegerischen Versorgung bedurften. Darüber hinaus war eine Refinanzierung ambulanter Pflegeleistungen nur in den Bereichen Krankenhausersatz- oder Behandlungspflege möglich, womit wesentliche Bestandteile ambulanter Pflegeleistungen in den Bereichen Kommunikation, psychosoziale Betreuung und Netzwerkarbeit nicht bezahlt und in der Folge auch nur unzureichend geleistet wurden. Schließlich führte die Überlastungssituation der Sozialstationen zur "Renaissance der Privatpflege" (Moers 1997), die, in dem Maße attraktiv wurde, in dem die auch seinerzeit schon postulierte gesundheitspolitische Maxime "ambulant vor stationär" die Leistungsgestaltung der Krankenkassen beeinflusste. So wurde die bisherige "Kann-Leistung" der Krankenhausersatzpflege zu einer Pflichtleistung – die alleinige Behandlungspflege blieb hingegen vorerst eine Kann-Leistung. Weiterhin gelang es jedoch den Sozialstationen nicht, den wachsenden Bedarf an ambulanter pflegerischer Versorgung zu decken und es entstanden zunehmend private Pflegedienste, die ihrerseits jedoch

"keinen Anspruch auf bezirkliche Bedarfsdeckung" (a.a.O.) und damit auch nicht auf einen Gemeindebezug hatten. Da private Pflegedienste keinerlei öffentliche Zuschüsse erhielten, konnte ein solcher Gemeindebezug auch nicht aufrechterhalten werden, denn eine Refinanzierung solcher Leistungen war im Leistungskatalog der seinerzeitigen Kostenträger nicht vorgesehen.

Die damit zunehmende Aufgabe des Gemeindebezugs, der gleichsam wachsende Bedarf an ambulanten Pflegeleistungen und das trotz des wachsenden privaten Sektors zunehmende Erreichen der Leistungskapazitäten der Pflegedienstleister führte zu gesundheitspolitischen Kurskorrekturen. Diese betrafen vor allem die "Medizinlastigkeit" der Arbeit der Sozialstationen, die darin zum Ausdruck kam, dass die Verordnungsfähigkeit häuslicher Pflege in Abhängigkeit zu einer akuten Erkrankung stand, die eines Krankenhausaufenthaltes bedurft hätte (Krankenhausersatzpflege).

In der Folge wurde 1984 ein Modellprogramm aufgelegt, das eine Ausweitung der Aufgaben der Sozialstationen vorsah und deren Kompetenzen und Rahmenbedingungen vor allem im Hinblick auf die Langzeitversorgung von alten und pflegebedürftigen Menschen stärken sollte. War zuvor das Ziel gesundheitspolitischer Entscheidungen bezüglich der ambulanten Pflege, Krankenhauspflege zu vermeiden oder ersetzen, hatte nun die Vermeidung von Pflegeheimweisungen Priorität. Die nun zusätzlich mit Altenpflegekräften und Zivildienstleistenden ausgestatteten Sozialstationen konnten zwar gut in die Strukturen der Sozialstationen integriert werden. Defizite im Leistungsangebot der Pflegedienste konnten sie jedoch nicht kompensieren, wofür Moers (a.a.O.) neben einem insgesamt steigenden Bedarf auch einen qualitativen Anforderungswandel als Ursache anführt, der dazu führt, dass mit steigender Pflegebedürftigkeit auch die Wahrscheinlichkeit einer Heimeinweisung stieg. Auch mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 änderte sich dies nicht in dem Maße, wie sich das Anforderungsprofil an die ambulanten Pflegedienstleister änderte. Die politische Entscheidung zur Einführung einer Sozialen Pflegeversicherung fiel nach rund zwanzigjähriger Diskussion im Frühjahr 1994 (Meyer 1996). Meyer (a.a.O.) beschreibt die *drei Seiten der Pflegeproblematik*, die zu der Entscheidung geführt hatte: Zum einen wurden Versorgungsdefizite in der Angebotsstruktur der Pflegeeinrichtungen einerseits und die Gerechtigkeitslücke auf der *Bedarfsseite* diskutiert, welche durch die individuell nicht tragbaren Pflegekosten und einer darauf oftmals folgenden Sozialbedürftigkeit entstand, von der langjährig Erwerbstätige, also Beitragszahler ebenso betroffen sein konnten wie jene, die zuvor keinen oder keinen nennenswerten Beitrag in das Solidarsystem geleistet hatten – soziale Unterschiede würden auf niedrigstem Niveau nivelliert. Auch die Belastung der pflegenden Angehörigen (oder anderer informeller Helfer) sowie die Abnahme informeller Hilfefpotenziale trugen erheblich zur Dringlichkeit einer Entscheidung über die soziale Absicherung des Pflegerisikos bei. Auf der Kosten-, bzw. Finanzierungsseite wurden steuerpolitische Fragen (Marktsteuerung vs. staatlicher Regulierung, bzw. Beitragsfinanzierung vs. Steuerfinanzierung) ebenso diskutiert, wie auch Fragen zum Zugang zum Leistungssystem (Pflegebedürftigkeitsbegriff), zur Art der Leistung (Sachleistung vs. Geldleistung) sowie Strategien zur Entlastung der Sozialhilfeträger.

Mit dem bekannten Modell der sozialen *und* privaten Pflegeversicherung unter dem Dach der Krankenkassen wurde ein Kompromiss erzielt, der für die Wohlfahrtsverbände als überwiegender

Träger ambulanter Pflegeeinrichtungen bedeutete, dass sie einem wachsendem Wettbewerb ausgesetzt waren, der zu einer Zunahme privatgewerblicher Anbieter führte. Das in der Pflegeversicherung eingeführte Sachleistungsprinzip unterscheidet sich vom in der Gesetzlichen Krankenversicherung bereits erprobten Sachleistungsprinzip insofern wesentlich, als dass bei letzterem der Versicherte die "ärztlich induzierten Leistungen bedarfsdeckend erhält" (Meyer 1996, S.70). Die hier nach dem Bedarfsprinzip gewährten Leistungen, werden im Rahmen der Pflegeversicherung grundsätzlich jedoch nach dem Budget-Prinzip gewährt und unterliegen überdies einiger rechtsverbindlicher Regularien, die insbesondere auf die Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen der ambulanten Pflege zielten. Bei allen Verbesserungen, die sich durch die Einführung der Pflegeversicherung beispielsweise im Hinblick auf eine vielfach diskutierte Aufwertung des Pflegeberufs durch erstmalige Definition eines eigenständigen Bereichs der Pflege (Hackmann 2001) ergeben haben, blieb eine qualitative Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung der ambulanten *Pflegelandschaft*, wie sie mit der Einführung der Pflegeversicherung insbesondere im Hinblick auf die Aspekte der Gemeinwesenorientierung und die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen durch professionelle Anbieter intendiert war, weitestgehend aus.

So konstatieren Schaeffer & Ewers noch 2002, dass die hohe Bedeutung des stationären Sektors und die unzureichende Anerkennung der Pflege einerseits sowie Meidungsverhalten und Abwehr auf Seiten der Pflegedienste auf Grund komplexer Anpassungsanforderungen an die dienstleistenden Institutionen dazu führten, dass deren überwiegende Klientel aus alten und hochbetagten Menschen besteht, die infolge chronisch-degenerativer Funktionseinschränkungen und damit zusammenhängenden Einschränkungen der Selbstversorgungsfähigkeiten ambulante Unterstützungs- und Pflegeleistungen in Anspruch nehmen (Schaeffer und Ewers 2002). Die ambulanten Pflegeeinrichtungen waren (und sind) somit auf die Pflege von Schwerstkranken nur unzureichend vorbereitet, womit wiederum das Krankenhaus eine "Substitutionsfunktion der Defizite in der ambulanten Versorgung" (Schaeffer 2002) als vorrangige Versorgungsinstanz einnahm. Neben der unzureichenden Ausdifferenzierung der Leistungsangebote, erfährt die Gemeinwesen- und Familienorientierung nach wie vor nur eine geringe Aufmerksamkeit und Umsetzung. Obgleich der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen Unterstützung in der Familie bzw. im privaten Umfeld erfährt, ist der Fokus der beruflichen Pflege "nicht auf die lebensweltliche Stabilität und Funktionalität des Familien-, bzw. Nächstensystems" (Stratmeyer 2005) gerichtet. Vielmehr versuchen Pflegekräfte "ihre beruflichen Überzeugungen und fachlichen Standards mehr oder weniger massiv gegen Pflegebedürftige und Angehörige durchzusetzen" (ebd.), da sie auf Grund ihrer beruflichen Sozialisation im stationären Bereich auf die Anforderungen der häuslichen Pflege nur unzureichend vorbereitet sind. Andererseits wird jedoch konstatiert, dass mit Einführung der Pflegeversicherung, nicht zuletzt auch infolge einer Reduktion des beruflichen Pflegehandelns auf funktionale Dimensionen (Zeman 1997), die auf das Gemeinwesen (und die bestehenden Pflegearrangements) bezogenen Aufgaben stark an Bedeutung verloren haben (Hackmann 2001).

Insofern benennt Zeman (a.a.O.) als Grundlagen der Zusammenarbeit zwischen dem professionellen und dem lebensweltlichen Helfersystem das Bewusstsein der professionellen Akteure für ihre das

jeweilige häusliche Arrangement *ergänzende*, nicht ersetzende Funktion, die auf Unterstützung der lebensweltlichen oder informellen Helfer zielt. Werden dabei die professionellen Interventionen mit dem Normalisierungsbestreben der lebensweltlichen Akteure in Einklang gebracht, sind wichtige Voraussetzungen für die Zusammenarbeit zwischen formeller und informeller Hilfe erfüllt.

Die bestehende Vergütungssystematik ambulanter Pflegeleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung, wird – da sie eng mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff gem. § 14 Abs. 4 SGB XI verknüpft ist (s.u.) – hier jedoch als hinderlich betrachtet, da das Leistungsgeschehen auf abrechnungsfähige Leistungen nach dem Leistungskomplexsystem begrenzt und einer Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen kein eigener Stellen- und Vergütungswert eingeräumt wird (Wiese 2004).

Damit fehle es auch an Anreizen zur Stärkung der aktivierenden Pflege, die durch Zeitkontingente, aber auch durch die Schaffung von Gestaltungsspielräumen gesetzt werden könnten, die einer pflegewissenschaftlichen und patientenorientierten Ausgestaltung der Pflege Raum geben" (a.a.O., S. 231).

Wie in den nachfolgenden Kapiteln aufgezeigt wird, haben gerade die Regularien im Hinblick auf die Leistungsgestaltung, insbesondere die Vorgaben des Leistungssystems der Sachleistungen der Häuslichen Pflege (Leistungskomplexsystem) erhebliche Auswirkungen auf die Leistungserbringung und die Orientierung an den individuellen Bedürfnissen der Leistungsempfänger.

2.2 Schwächen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI

Das SGB XI geht von einem bestimmten Begriff der Pflegebedürftigkeit aus. Dieser ist in § 14 SGB XI definiert und orientiert sich an den Einschränkungen elementarer Tätigkeiten des täglichen Lebens. Im Gegensatz dazu kann man den Begriff der Hilfebedürftigkeit abgrenzen, in dem man diese als Einschränkungen bei instrumentellen hier vor allem der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten bezeichnet (Deutscher Bundestag 2002, S. 231). In dieser Kategorie finden sich diejenigen Pflegebedürftigen, die nach hiesiger Gesetzeslage in "Pflegestufe 0" eingruppiert werden. Diese erhalten jedoch durch die Pflegeversicherung keine Leistungen.

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff geht somit von einem verrichtungsbezogenen Ansatz aus und weniger von einem problem- oder bedürfnisorientierten Ansatz (a.a.O., Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend 2002, S. 331). Diese Verrichtungsbezogenheit kommt durch die Ausformulierung der Begutachtungsrichtlinien deutlich zum Vorschein. Die Koppelung von Verrichtung mit einer bestimmten Zeit blendet weiterhin die Prozesshaftigkeit pflegerischer Handlungen generell aus und steht somit den wissenschaftlichen Auffassungen entgegen (Schröck 1995; Zeman 1996; Nolan et al. 2001). Weiterhin negiert ein solcher Begriff Teile pflegerischen professionellen Handelns, welches darauf ausgerichtet ist, den Betroffenen in ihrer Alltagsgestaltung und -bewältigung zur Seite zu stehen. Diese Art der Definition gibt nur einen rudimentären Teil pflegerischen Handelns wieder. Die Tatsache, dass verschiedene pflegerische Konzepte wie Basale Stimulation oder Kinästhetik und Grundannahmen der familienorientierten Pflege Teil professionellen Handelns sind und einen Beitrag zur Stabilisierung

häuslicher Pflegesituationen leisten können, wird durch eine solche eingeschränkte Sichtweise ausgeblendet. Die Annahme, dass eine Vollübernahme grundsätzlich länger dauert als eine Anleitung und Beaufsichtigung, ist nicht ohne weiteres nachvollziehbar. So zeigte sich in der Studie zur Evaluierung der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung im Rahmen des Begutachtungsverfahrens zur Pflegebedürftigkeit gem. § 14 SGB XI, dass eine förderliche, also den Pflegebedürftigen einbeziehende Haltung eher mit höheren Pflege-Zeitwerten verbunden ist (Bartholomeyczik et al. 2001). Insofern ist zu vermuten, dass bei einer Anleitung und Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen die jeweiligen Pflegehandlungen mehr Zeit in Anspruch nehmen. Hinzu kommt, dass die Vergütung pflegerischer Leistungen im Rahmen von Leistungskomplexen erfolgt, die mit diesen Begutachtungsrichtlinien nicht in Verbindung stehen. An dieser Stelle wird der Faktor Zeit negiert und die Leistungen im Rahmen eines Punktbewertungssystems definiert und preislich mit den Pflegekassen ausgehandelt.

Die Festlegung auf den gegebenen Pflegebedürftigkeitsbegriff zielte vor allem auf die Eingrenzung des Kreises der Leistungsempfänger und damit auf eine Begrenzung der künftigen Ausgaben der Pflegeversicherung (Büscher und Schnepf 2001). Gleichwohl ist er "wirklichkeitsfremd und künstlich, eben ein "sozialrechtliches Konstrukt" (Skuban 2004, S. 290), da er auf Grund seiner "einengend körperbezogenen" (a.a.O.) Orientierung an den oben genannten Verrichtungen die Bedarfe einiger Personenkreise, beispielsweise derjenigen von Menschen mit Demenz nicht ausreichend berücksichtigt. Es ergeben sich Einschränkungen auf verschiedenen Ebenen (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend 2002):

- In der Versicherung bezahlte Leistungen beschränken sich auf die in den Begutachtungsrichtlinien benannten körperbezogenen Verrichtungen und lassen so eine umfassende pflegerische Versorgung nicht zu.
- Diese Eingrenzung und Verrichtungsbezogenheit führt zu Sicherheitsausfällen, da Betreuungs- und Beaufsichtigungsleistungen nicht finanziert werden. Bei bestimmten Pflegebedürftigen stehen gerade diese Aufgaben im Mittelpunkt, um eine stabile häusliche Pflegesituation sicherzustellen. Hierzu zählen vor allem Menschen mit Demenz und andere chronisch Erkrankte sowie sterbende Menschen, allein lebende Menschen oder onkologisch erkrankte Menschen.
- Der Begriff orientiert sich mehr an Mobilität als an Kognition. Dies führt dazu, dass bestimmte Gruppen, wie an Demenz erkrankte Menschen aus dem Leistungsangebot herausfallen.

Im Mittelpunkt häuslicher Pflegesituationen steht die Prozesshaftigkeit und damit ein möglicher zeitlich wechselnder Pflegebedarf. Dies bedeutet, dass sich der Pflegebedarf auch an der Zeit orientiert. Neben Zeiten intensiver Betreuungsnotwendigkeiten kann es in häuslichen Pflegesituationen auch Zeiten geben, in denen dieser nicht notwendig ist. Ebenso gibt es täglich sich verändernde Situationen, die ein unterschiedliches Ausmaß an Zeit benötigen (Meyer 1997; Nolan et al. 2001).

2.3 Entwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI)⁴

Die Schwerpunkte der sozialen Pflegeversicherung sind:

- Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit
- die durch Pflegebedürftigkeit entstehenden physischen, psychischen und finanziellen Belastungen zu mildern
- Verbleib in der häuslichen Umgebung ermöglichen
- Soziale Sicherung nicht erwerbsmäßiger Pflegepersonen (z.B. Angehörige)
- Auf- und Ausbau der Pflegeinfrastruktur in Deutschland (vgl. Deutscher Bundestag 1997)
- Entlastung der Sozialhilfe (s.o.)

Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 wurde diese sowohl durch Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes wie auch durch gesetzgeberische Maßnahmen im Hinblick auf Finanzierungsfragen, insbesondere aber auch im Hinblick auf die Qualität der Leistungserbringung stetig weiterentwickelt.

Aktuell wird die Einführung von persönlichen Budgets als eine mögliche Form der Leistungserbringung sowohl im Kontext von Pflegeleistungen als auch im Zusammenhang von Leistungen zur Teilhabe (siehe auch SGB IX sowie SGB XII) diskutiert und modellhaft erprobt. Gerade der Anstieg der Inanspruchnahme von Sachleistungen im Rahmen des SGB XI wirft die Frage auf, wie der Einbezug von Leistungsempfängern einerseits und Angehörigen bzw. sozialen Netzen andererseits durch das Leistungsgeschehen beeinflusst werden kann.

Die Gesamtzahl der Leistungsempfänger stieg in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung bis 1999 um durchschnittlich 5,7 % an. Seit 1999 ist hingegen ein Anstieg der Leistungsempfänger von jährlich rd. 1% zu verzeichnen. Dabei zeigt sich jedoch einzig für die Gruppe der Empfänger stationärer Leistungen ein Anstieg von 12,1 % für den gesamten Zeitraum seit 1999, wohingegen die Zahl Empfänger ambulanter Leistungen in 2003 der von 1999 entsprach (a.a.O., S. 48). Im Jahr 2003 erhielten rund 1,89 Mio. Pflegebedürftige ambulante oder stationäre Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Davon erhielten rd. 1,28 Mio. Pflegebedürftige ambulante Leistungen, dagegen wurden für rd. 0,61 Mio. Menschen Leistungen der stationären Pflege zur Verfügung gestellt. Im Rahmen dieser Arbeit stehen die Empfänger von Sachleistungen oder auch von Kombinationsleistungen im Rahmen der ambulanten Versorgung im Mittelpunkt.

Von den insgesamt rd. 1,28 Mio. Empfängern ambulanter Pflegeleistungen bezogen 169.580 Personen (9%) Pflegesachleistungen durch einen ambulanten Pflegedienst. Daneben erhielten 202.710 Personen (10%) zusätzlich zur Versorgung durch private Pflegepersonen ergänzende Leistungen durch einen Pflegedienst im Rahmen der Kombinationsleistung. Damit beträgt die Zahl der Empfänger von Pflegesachleistungen durch einen zugelassenen Pflegedienst insgesamt rund 0,37 Mio., was einem Anteil von beinahe 19% aller Leistungsempfänger entspricht.

⁴ Sämtliche Angaben, soweit nicht anders angegeben, siehe: (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004)

Bezogen auf die Gesamtzahl der Empfänger ambulanter Leistungen erhielten im Jahr 2003 rd. 75% (968.289) der Leistungsempfänger Pflegegeld. Der Anteil der Empfänger von Kombinations- und Sachleistungen betrug hingegen rd. 29% (372.290)⁵. Diese Anteile haben seit Einführung der Pflegeversicherung insofern eine Veränderung erfahren, als dass der Anteil der Pflegegeldempfänger seit 1996 (rd. 81%) stetig abgenommen hat, während der Anteil der Empfänger von Kombinations- und Sachleistung entsprechend zunahm (20,75% in 1996). Hierin zeigt sich die Veränderung der Inanspruchnahme von SGB XI-Leistungen, wie sie bereits vielfach im Sinne eines Rückgangs familiärer Pflegepotenziale und der daraus folgenden zunehmenden Nachfrage professioneller Pflegeleistungen (vgl. Rothgang 1997, Blinkert & Klie 1999, Landtag NRW 2005) konstatiert und prognostiziert wurde.

In Zusammenhang mit der Abnahme familiärer Pflegepotenziale und der dadurch bedingten Umschichtung von Inanspruchnahme des Pflegegeldes, hin zu einer vermehrten Verwendung der teureren Pflegesachleistung bzw. vollstationären Pflege, führt diese Entwicklung zu einer weiteren Verschärfung der finanziellen Situation. Hierbei zeigt die Analyse deutlich, dass die aktuellen, auch gesellschaftlich geprägten Entwicklungen erkannt wurden. Paquet (1999) verweist darauf, dass die gesetzliche Pflegeversicherung in ihrer Gestaltung von einem bestimmten Familienmodell ausgeht, welches stark auf dem Subsidiaritätsprinzip basiert. Entsprechend der Veränderung der gesellschaftlichen Strukturen wird sich hieraus für die Pflegeversicherung ein grundsätzlicher Anpassungsbedarf insbesondere im Bereich der Leistungsempfängerstruktur ergeben.

Parallel zu den Veränderungen der demografischen Rahmenbedingungen, unter denen die gesetzliche Pflegeversicherung ihre Leistungen zur Verfügung stellen muss, entwickelte sich auch im Bereich des so genannten Pflegemarktes eine deutliche Umstrukturierung seit der Einführung der Pflegeversicherung. Giercke (1998) beschreibt die ökonomischen Rahmenbedingungen, unter denen die Anbieter von Pflegeleistungen an einem sich neu entwickelnden Markt etablieren müssen. Hierbei steht insbesondere eine Definition der pflegerischen Leistungserbringung unter marktorientierten Vorgehensweisen und Strategien im Vordergrund. Es wird zunächst darauf hingewiesen, dass die Faktoren "Kosten" und "Zeit" als Maßeinheiten hinsichtlich der Effizienz sozialer Dienstleistungssysteme anzusehen sind. Folgt man dieser ökonomischen Definition, so stellt sich sehr schnell das Problem der Messbarkeit von pflegerischen Tätigkeiten, insbesondere in Bezug auf eine im pflegerischen Sinne umfassend gestaltete Pflegesituation. Die Schaffung eines Pflegemarktes, der jedoch aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen stark reglementiert ist (Rahmensetzung, Zielvorgaben, Förderung, Budgetierung) und somit auch als "Quasimarkt" verstanden werden kann (Schmidt 1997), stellt bestimmte Anforderungen an das Finanzierungssystem, unter dessen Rahmenbedingungen sich ein solches Versorgungssystem entwickeln muss. Als ein weiteres Element, welches den Bereich der Leistungserbringung im häuslichen Bereich direkt beeinflusst, kann man die spezielle Konstellation der beteiligten Gruppen bezeichnen. Hier spricht Giercke (1998) von einer "atypischen Konstellation" im Bereich der sozialen Dienstleistung, womit er auf das komplizierte Dreiecksverhältnis zwischen

⁵ Mehrfachzählungen durch gleichzeitigen Bezug mehrerer Leistungen in der Berechnungsgrundlage (Deutscher Bundestag 1997) eingeschlossen

Leistungsträgern, Leistungserbringern und Leistungsnehmern eingeht. Diese Besonderheit bedingt schließlich, dass "...individuelle Bedürfnisse über (in der direkten Situation vom einzelnen) nicht beeinflussbare Instanzen zu Bedarfen definiert werden, und das Marktgeschehen eingeeengt ist auf die Entscheidung Annahme oder Nichtannahme der Dienstleistung Pflege." (ebd. S.136)

Diese und weitere sich auch weiterhin ändernden Anforderungen, unter denen sich die Entwicklung der Pflegeversicherung bis heute vollzogen hat und auch in Zukunft vollziehen wird, können an dieser Stelle nur kurz skizziert werden, stellen aber dennoch die Grundlage für die Ausgestaltung der zu besprechenden Vergütungsregelung nach den so genannten Leistungskomplexen dar.

2.4 Das Leistungskomplexvergütungssystem im Bereich des SGB XI

Im Sozialgesetzbuch XI werden unter § 89 die grundlegenden Regelungen hinsichtlich der Vergütung von Pflegesachleistungen geregelt. Hierbei handelt es sich um gesetzliche Rahmenbedingungen, an denen sich die beteiligten Verhandlungspartner (Pflegekassen, Vertreter der Leistungserbringer) in ihren Verhandlungen um Vergütungsregelungen orientieren müssen. Hinsichtlich der hier thematisierten Vergütungsregelung im häuslichen Bereich und der daraus abgeleiteten Leistungskomplexregelung sagt das SGB XI in § 89 Abs. 3: "Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrtkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden." (Klie 2001) Aus dieser gesetzlichen Regelung wird deutlich, dass bewusst auf eine Einengung der Vergütungsmöglichkeiten verzichtet wird. Auf diese fehlende Vorgabe hinsichtlich der Form der zu vereinbarenden Vergütungen weist auch Douma (1999b) eindrücklich hin.

Bei weiterer Betrachtung der Entwicklung einer Vergütungssystematik unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen stellt sich jedoch die Frage, warum sich gerade die Leistungskomplexvergütung flächendeckend etabliert hat. Tews (1996) weist schon 1996, also knapp ein Jahr nach der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung, darauf hin, dass das von den Pflegekassen zunächst als Übergangslösung definierte Vergütungssystem nach Leistungskomplexen wohl auch politisch gewollt sei und verweist in diesem Zusammenhang auf den damals zuständigen Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Norbert Blüm. Tews (a.a.O., S.257) beschreibt die Entwicklung folgendermaßen: "Das Bundesministerium und die Pflegekassen haben das System der Leistungskomplexe mit erheblichem Nachdruck eingeführt und die Ratschläge zum Beispiel der Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege und anderer Bundesverbände, hierbei immer wieder verworfen oder nicht zur Kenntnis genommen."

Meyer (1997) zeigt jedoch auch eine andere Position der Leistungsanbieter hinsichtlich der Umsetzung der Leistungskomplexe auf. So stellt er fest (a.a.O., S. 15): "Die Anbieterseite hat sich in das Leistungskomplexsystem gefügt - und zwar auf Verbändeebene ohne größere Proteste, teilweise sogar

gerne. Dies ist so überraschend nicht, da ja die mit dem Komplexleistungssystem transportierte Effektivierungslogik mit der betriebswirtschaftlichen Zielsetzung, den durchschnittlichen wirtschaftlichen Ertrag pro Einsatz zu erhöhen, absolut kompatibel ist." Einen weiteren Grund für die schnelle Übernahme dieser Vergütungsregelung sieht Meyer (ebd.) in den relativ großzügig bemessenen Vergütungssätzen, die den Anbietern von den Pflegekassen zugestanden wurden. Im zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung des Bundesministeriums für Gesundheit (Bundesministerium für Gesundheit 2001) wird die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen ebenfalls beschrieben. Zu diesem Zweck wurden hauptsächlich Informationen der Angestellten-Krankenkassen und der Arbeiter-Ersatzkassen (VdAK/AEV) sowie die Ergebnisse einer vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Infratest-Studie zu "Auswirkungen der Pflegeversicherung" (ebd.) ausgewertet. Hierin wird festgestellt, dass 80% der Einrichtungen in der ambulanten Versorgung nach dem Leistungskomplexsystem abrechnen. Andere Vergütungsformen teilen sich wie folgt auf: Einzelleistungsvergütung 11%, Vergütung nach Zeitaufwand 7%, Vergütung nach Leistungskomplexen und Zeitwerten 8%. Die Laufzeiten der Vergütungsvereinbarungen sind nicht an Kalenderjahre gebunden und erstrecken sich häufig über längere Zeiträume. So sind z.B. verschiedene Regelungen aus dem Jahre 1995 erst 1999/2000 überarbeitet worden (ebd.). Betrachtet man also die Entwicklung der Vergütungsregelung seit 1995, so kann man feststellen, dass sich das Leistungskomplexsystem aus den unterschiedlichen, angeführten Gründen als vorherrschende Systematik etablieren konnte.

Systematik und Inhalte des Leistungskomplexsystems

"Im Leistungskomplexsystem werden typischerweise zusammenfallende pflegerische Verrichtungen zu Leistungspaketen zusammengefasst (z.B. in der kleinen Morgen- und Abendtoilette: An- und Auskleiden, Teilwaschen, Mund- und Zahnpflege, Kämmen) und über ein Punktsystem bewertet. In die Punktbewertung ist auch der Zeitaufwand eingegangen. Nach diesem System werden nicht mehr pauschale Einsatzvergütungen vereinbart. Es ist definiert, was das jeweilige Leistungspaket kostet. Vergütet werden die Leistungspakete, die ein Pflegebedürftiger je nach seinem individuellen Pflegebedarf abrufen." (Bundesministerium für Gesundheit 2001).

Diese Darstellung verdeutlicht in Grundzügen die Systematik, welche der Ausgestaltung der Leistungskomplexe zugrunde liegt. Insbesondere der in die Punktwerte einfließende Zeitaufwand wird häufig betont. So wird verdeutlicht, dass die entstandenen Finanzierungsgrundlagen an den tatsächlichen Zeitbedarfen der einzelnen Pflegehandlungen orientiert sind.

Die Spitzenverbände der Pflegekassen, auf deren Empfehlung hin die Anwendung der Leistungskomplexe realisiert und verhandelt wurde, haben in einem Katalog einige Grundsätze im Zusammenhang mit dem Vergütungssystem dargestellt, die die mit der Einführung verfolgte Intention etwas verdeutlichen können (Verband der Angestelltenkrankenkassen 2002). Die Inhalte des Kataloges werden im folgenden Überblick dargestellt:

Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen

Die Entscheidung, welche Hilfen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens von einer Pflegeeinrichtung erbracht werden sollen, obliegt allein den Pflegebedürftigen. Es muss gewährleistet sein, dass sich die Pflegebedürftige ihr individuelles "Leistungsprogramm" aus dem Hilfeangebot selbst zusammenstellen. Das Vergütungssystem muss für die Pflegebedürftigen und Pflegepersonen transparent und für die Vertragspartner handhabbar sein.

Es soll kein Einzelleistungsvergütungssystem errichtet werden. Eine Aufteilung der pflegerischen Tätigkeiten in Einzelleistungen entspricht nicht dem Prinzip der Ganzheitlichkeit und wird damit der Qualität der Pflege nicht gerecht. Die vereinbarte Vergütung muss leistungsgerecht sein. Sie muss einem Pflegedienst ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu erfüllen. Dabei ist die Vergütung für jeden Pflegedienst individuell zu vereinbaren. Die Leistungsobergrenzen sind zu beachten. Die Pflegekassen sind an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gebunden.

Die Leistungen der Pflegeeinrichtung müssen wirksam und wirtschaftlich sein, sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Eine Differenzierung der Vergütung für Pflegeleistungen nach Kostenträgern innerhalb eines Pflegedienstes ist unzulässig. Zuzahlungen zu den Vertragsleistungen darf der Pflegedienst von den Pflegebedürftigen weder fordern noch annehmen.

Als "vergütungsfähige Leistungen" werden von den Pflegekassen (ebd. S. 80) "...Hilfen bei den Verrichtungen in den Bereichen der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung" angeführt.

Um die inhaltliche Ausgestaltung der Leistungskomplexe im Rahmen dieser vergütungsfähigen Leistungen nachvollziehbar zu machen, erscheint es sinnvoll, weitere grundsätzliche Standpunkte der Pflegekassen in dieser Frage zu thematisieren. So werden zum Thema "Inhalt und Anwendung der Leistungskomplexe" folgende Standpunkte formuliert (Verband der Angestelltenkrankenkassen 2002): Verrichtungen aus den vergütungsfähigen Leistungen, die nach "pflegefachlichen Erkenntnissen" in einer Pflegesituation anfallen, werden zusammengefasst, somit soll die Möglichkeit geschaffen werden, flexibel auf die individuellen Versorgungsbedürfnisse der Pflegebedürftigen zu reagieren. Dieses Vorgehen wird als Umsetzung der Forderung nach der Ganzheitlichkeit der Pflege interpretiert.

"Die Leistungskomplexe sind so gestaltet, dass bei Kombination mehrerer Leistungskomplexe keine Leistungsüberschneidungen und damit Doppelabrechnungen entstehen." (ebd. S.81) Die Pflege soll nach dem Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse erbracht werden, d.h. als aktivierende Pflege in teilweiser oder vollständiger Übernahme der Verrichtungen des täglichen Lebens, oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtung. "Prophylaxen zur Vorbeugung von Sekundärerkrankungen sind selbstverständlicher Bestandteil grundpflegerischer Tätigkeit und im Sinne der aktivierenden Pflege im Rahmen der einzelnen Verrichtungen zu erbringen und nicht gesondert vergütungsfähig." (ebd. S.81)

Vor- und Nachbereitung der Pflegesituation ist Bestandteil des Leistungskomplexes, und somit nicht gesondert vergütungsfähig. "Damit soll sichergestellt werden, dass diese Tätigkeiten überhaupt

durchgeführt werden und dass bei Verunreinigung selbstverständlich die Säuberung des Pflegebereichs durchgeführt wird." (ebd. S.81) "Jede Leistungserbringung beinhaltet auch immer die Dokumentation unter Berücksichtigung der Pflegeplanung." (ebd. S.81) Diese Aufzählung verdeutlicht das Bemühen der Pflegekassen, eine möglichst am Gesetzestext orientierte (Ganzheitlichkeitsprinzip, pflegewissenschaftliche Erkenntnisse, Pflegebedürftigkeitsrichtlinien §14 SGB XI) Vergütungspraxis zu schaffen. Inwieweit sich die Schlagworte mit der tatsächlichen Ausgestaltung in Einklang bringen lassen, wird an späterer Stelle noch diskutiert. Hinsichtlich der Umsetzung des Leistungskomplexsystems und der Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen bzw. die Pflegedienste stellen die Pflegekassen fest (Verband der Angestelltenkrankenkassen 2002):

"Der Pflegebedürftige wählt im Rahmen seines Hilfebedarfs die Leistungskomplexe aus, die eine Pflegeeinrichtung für ihn erbringen soll. Der vom Pflegebedürftigen ausgewählte Pflegedienst erstellt für die von ihm regelmäßig zu erbringenden Leistungen eine Kostenübersicht, aus der die Aufwendungen der Pflegekasse und die des Pflegebedürftigen zu entnehmen sind. (...) Will der Pflegebedürftige in der individuellen Pflegesituation weitere Leistungen in Anspruch nehmen, ist er über die zusätzlichen Kosten zu informieren. Der Pflegedienst erbringt die Leistungen bezogen auf den individuellen Bedarf des Pflegebedürftigen. Die zu einem Leistungskomplex zusammengefassten Verrichtungen stellen keine abschließende Aufzählung dar. Vielmehr sind im Rahmen eines Leistungskomplexes alle Tätigkeiten, die unter Berücksichtigung der individuellen Pflegesituation erforderlich sind, durchzuführen."

Betrachtet man diese Grundsätze, die zur Ausgestaltung des umgesetzten Vergütungssystems durch die Pflegekassen herangezogen werden, so wird deutlich, dass diese zu maßgeblichen Veränderungen im Bereich der Leistungserbringung, aber auch des Empfangs pflegerischer Leistungen durch die pflegebedürftigen Personen geführt haben.

2.5 Die Auswirkungen des Leistungskomplexvergütungssystems

Maßgebliche Veränderungen brachte die Umsetzung des Leistungskomplexsystems im Bereich der häuslichen pflegerischen Versorgung vor allem für die Pflegedienste, aber auch die Pflegebedürftigen und deren Angehörige mit sich. Im Folgenden sollen die Auswirkungen für diese Gruppen dargestellt werden.

Anbieter häuslicher Pflege - Pflegedienste

Die Einführung einer Vergütungsregelung im Bereich der Refinanzierung pflegerischer Leistungen stellt für die Anbieter/Pflegedienste eine sehr weit reichende und für die Erbringung der pflegerischen Dienstleistung entscheidende Maßnahme dar. Douma (1999b) schlüsselt ausführlich die relevanten Kostenfaktoren hinsichtlich der Erbringung von pflegerischen Leistungen aus der Sicht der Anbieter auf:

- Aufwendungen für Pflegepersonal pro Einsatzstunde
- Personalaufwendungen für die Organisation der Pflege
- Personalaufwendungen für die interne Verwaltung
- Verbrauchsmittel (Kunde, Mitarbeiter, Verwaltung)
- Wegekosten
- Investitionskosten
- Gewinn und Rücklagen

Diese Auflistung verdeutlicht ansatzweise welche Bereiche des Pflegedienstes von der Umsetzung eines Refinanzierungssystems betroffen sind. Tews (1997) kritisiert hinsichtlich der Einführung der Leistungskomplexe vornehmlich den hierdurch weiter steigenden wirtschaftlichen Druck auf die Pflegedienste. So schließt er von der Verankerung noch kleinerer Leistungskomplexe auf einen deutlich wachsenden Druck auf die Pflegedienste, die Leistungen wirtschaftlich zu erbringen. Dies führt dazu, dass die Mitarbeiter sehr genau darauf achten müssen, tatsächlich nur die Leistungen zu erbringen, die in dem jeweiligen Leistungskomplex benannt sind. Außerdem listet er Kritikpunkte auf, welche die Sichtweise der Anbieterseite besser verdeutlichen. Im Einzelnen wird hierbei aufgezeigt, dass:

- das vorgelegte Leistungs- und Bewertungssystem nicht offengelegt wird. Das heißt, dass die Punktbewertungen der einzelnen Leistungen bzw. der Leistungskomplexe sowie die hinterlegten Zeiten nicht nachvollziehbar sind
- die einzelnen Komplexe weiter gedeckelt werden, sowie bestimmte Kombinationen von Leistungskomplexen ausgeschlossen werden und zudem eine Vorgabe über die Häufigkeit mancher zu erbringenden Leistungen gemacht wird

- bestimmte behandlungspflegerische Leistungen als grundpflegerische Leistungen definiert werden.
- Prophylaxen sowie Wegezeiten zu ungünstigen Zeiten als Bestandteil der Vergütung zu sehen sind.
- Leistungsinhalte der einzelnen Komplexe in der Regel immer alle erfüllt werden sollen.
- die Aufzählung der einzelnen Leistungen innerhalb eines Leistungskomplexes nicht abschließend ist und somit die innerhalb eines Komplexes zu erbringenden Leistungen sehr stark ausweitbar werden, ohne jedoch eine adäquate Vergütung sicherzustellen.
- neue Leistungsverpflichtungen von Diensten durch die Pflegekassen festgeschrieben werden.

Neben diesen Problemfeldern wird von verschiedenen Autoren auf die Schwierigkeiten im Bereich der Vergütungsverhandlungen verwiesen. So diskutieren Gaertner & Mauer (Gaertner und Mauer 2000) die zu erwartenden Vor- und Nachteile hinsichtlich einer Vergütung auf Landesebene sowie einer auf Einzelverhandlungen basierenden Vergütung. Zunächst wird festgestellt, dass vom Gesetzgeber eine leistungsgerechte Vergütung vorgeschrieben ist. Die meisten Pflegedienste bevorzugen eine Vergütungsregelung, die auf Landesebene zwischen den Verbänden der Pflegeanbieter und der Pflegekassen verhandelt wird. Die Autoren sehen den Vorteil solcher Vereinbarungen darin, dass in der Verhandlung: "...der Verhandlungsmacht der Pflegekassen eine annähernd starke Anbietergruppe gegenübersteht." (ebd. S. 55). Des Weiteren stellt die Unsicherheit hinsichtlich der Durchsetzbarkeit eines höheren Preises am Markt, der durch eine Einzelverhandlung zustande kommen könnte, einen Grund dar, auf Einzelverhandlungen zu verzichten. Hierbei wird jedoch darauf verwiesen, dass der höhere Preis, der sich aus günstiger verhandelten Punktwerten ergibt, bei den Leistungsempfängern sicherlich durch die bessere Qualität, z.B. durch eine höhere Fachkraftquote argumentiert werden kann. Um die Problematik der Einzelverhandlungen zu verdeutlichen, weisen die Autoren darauf hin, dass nicht Art, Inhalt und Umfang der Leistung das Problem bei den Verhandlungen darstellen, da diese ja in den bestehenden Komplexen fixiert sind. Vielmehr ergeben sich für die Dienste die Probleme aus dem adäquaten Nachweis der anfallenden Kosten. Die Abgrenzung zwischen Leistungen aus den Bereichen des SGB XI und anderen Leistungsbereichen des Unternehmens (z.B. SGB V, Investitionskosten, etc.) bereitet vielen Pflegediensten Probleme hinsichtlich der Bereitstellung entsprechender Daten. Ein weiteres strukturelles Problem, welches sich für die Pflegedienste aus der Systematik der Leistungskomplexe ergibt, ist, dass die zusammengefassten Pflegeleistungen immer nur eine durchschnittliche Pflegesituation widerspiegeln können. Douma (1999a) stellt in diesem Zusammenhang fest, dass durch die praktizierte Abrechnungssystematik teilweise nicht leistungsgerecht abgerechnet werden kann. Vor allem bei den so genannten Problemgruppen wie z.B. Patienten mit Demenz oder AIDS sind die derzeitigen Leistungskomplexe aus ihrer Sicht nicht adäquat einsetzbar. Erbringt ein Pflegedienst beispielsweise nur einen Teil der Leistung eines Komplexes, so hat er " ... das Problem, nichts oder zu viel berechnen zu können/müssen. Letztendlich setzen Durchschnittsvergütungen Durchschnittspatienten voraus." (ebd. S.36).

Sießegger (1999) macht auf einen Umstand aufmerksam, der insbesondere unter dem Aspekt einer wirtschaftlichen Betriebsführung für die Pflegedienste von großer Bedeutung ist. Aus seiner Sicht ist es unerlässlich für Pflegedienste, die einzelnen Leistungskomplexe bzw. die darin enthaltenen Einzelleistungen mit Zeitwerten zu unterlegen. Nur durch ein solches Vorgehen lässt sich eine wirtschaftliche Personalplanung realisieren. Hierbei beschreibt er, dass es sehr schwierig ist, entsprechende Zeiten festzulegen, da sie mitunter bei verschiedenen Patienten stark differieren können. Er stellt schließlich ein Modell vor, mit dessen Hilfe eine entsprechend situationsbedingte Kalkulation erstellt werden kann.

Nicht zuletzt zeigt diese Schilderung, dass die Einführung der Leistungskomplexe weitreichende organisatorische Folgen für die Leistungserbringer hat. Sie verdeutlicht aber auch, dass trotz der Zusammenfassung der Leistungen letztlich der Faktor Zeit als Bemessungsgrundlage zur Finanzierung pflegerischer Leistungen maßgeblich bleiben muss. Diese Erkenntnis vertritt auch Meyer (Meyer 1997), wenn er feststellt: "Das Komplexleistungssystem ist aus pflegewissenschaftlicher Sicht sehr kritisch zu betrachten. Und zwar, weil mit der weitgehenden Abstraktion vom Zeitfaktor nicht etwa von einer Randbedingung, sondern von einer Grundbedingung effektiven Pflegehandelns abstrahiert wird." (S.15). Diese Einschätzung wird von den oben geschilderten Problemen und Lösungsansätzen bestätigt. Im Ergebnis wird an dieser Stelle von dem Zeitfaktor abstrahiert, um später wieder einen Zeitwert als Berechnungsgrundlage zu unterlegen.

Eine weitere Folge der derzeitigen Finanzierungsregelung sieht Vitt (1999) in der Entwicklung einer wachsenden Konkurrenzsituation unter den Anbietern von Pflegeleistungen. Hierbei spielen für sie vor allem die Größe der Pflegedienste und ihre Position bei den Vergütungsverhandlungen die entscheidende Rolle. Die Autorin deutet an, dass nicht alle Pflegedienste die gleichen Möglichkeiten haben, sich den verändernden Begebenheiten zu stellen. So verweist sie auf den Unterschied zwischen Pflegediensten, die an bestimmte Tarifregelungen (z.B. BAT) gebunden sind und solchen, die aufgrund einer privaten Trägerschaft hier kostengünstigeres Personal einstellen können. Inwieweit diese eher allgemeinen Veränderungen der Marktsituation im Bereich der ambulanten pflegerischen Versorgung auf die Einführung der Leistungskomplexe zurückzuführen sind, lässt sich nicht sagen. Deutlich wird jedoch, dass hierdurch eine wachsende Konkurrenzsituation für die Anbieter entstanden ist. Diese, und die vorher schon geschilderten direkten Auswirkungen des Finanzierungssystems auf die Anbieter von häuslicher Pflege machen deutlich, in welchem hohem Maße regulierend und die Situation der Dienste beeinflussend eine solche Regelung wirken kann. Die Dienste sind gefordert, Umsetzungsoptionen zu erarbeiten, die ihrem Anspruch auf eine patientengerechte und wirtschaftliche Betriebsführung nachkommen.

Empfänger häuslicher Pflege

Die Auswirkungen der Abrechnungssystematik nach Leistungskomplexen für die Leistungsempfänger von Sachleistungen nach dem SGB XI lassen sich am ehesten anhand konkreter Schilderungen

nachvollziehen. Lange (2000) untersucht in ihrer Studie mittels einer Befragung von Pflegediensten in Baden-Württemberg die patientenbezogenen Folgen der Leistungskomplexvergütung. In ihrer Studie identifiziert sie eine spezielle Gruppe von Pflegebedürftigen, für deren Versorgung die umgesetzte Finanzierungsregelung weit reichende Folgen hat. Hierbei handelt es sich um demenzkranke Personen, die in ihrem häuslichen Umfeld betreut werden. Die Autorin stellt durch ihre Untersuchung fest, dass das besprochene Modulsystem an den Bedürfnissen der Patienten mit Demenz vorbeigeht. Zunächst sind die erwähnten Patienten nicht als Kunden im Sinne marktwirtschaftlicher Prinzipien zu sehen, da sie die benötigten Hilfen nicht selbstverantwortlich und dem eigenen Bedarf entsprechend wählen können. In diesem Bereich zielt also die dem Patienten zugedachte Wahlfreiheit hinsichtlich der Leistungen an der Realität vorbei. Die Autorin beschreibt aber auch die zu schaffenden Voraussetzungen, um eine gelingende Pflege Demenzkranker überhaupt zu ermöglichen. Hierbei spielt es eine große Rolle, das Vertrauen der meist ängstlichen und misstrauischen Personen zu gewinnen, was nur mittels langfristig angelegter therapeutischer, kommunikativer Interventionen zu erreichen ist. Entsprechende Leistungen im Leistungskomplexsystem sind hierfür nicht vorgesehen. Eine ähnliche Kritik üben auch Kettler & Berger (1996) indem sie darauf hinweisen, dass "Leistungen, die die Kommunikation unterstützen, Hilfen zur Tagesstrukturierung, Betreuungen und Begleitungen ..." gar nicht vorkommen oder so schlecht vergütet werden, dass sie aus betriebswirtschaftlicher Sicht für die Dienste unrentabel sind. In diesem Zusammenhang verweisen sie auch darauf, dass das Vergütungssystem zu stark auf die körperliche Pflege zugeschnitten ist, und auch hauswirtschaftliche Versorgung nur sehr schlecht definiert und vergütet wird. Überträgt man diese Feststellung auf die sich daraus ergebenden Folgen für die Leistungsempfänger, so wird deutlich, dass die notwendige Flexibilität in der Gestaltung der jeweiligen Pflegesituation sehr stark eingeschränkt wird, und sich die Pflegekraft bei der Reaktion auf individuelle Bedürfnisse immer nur in einem bestimmten, durch die Leistungskomplexe vorgegebenen Rahmen, bewegen kann.

Die mit der umgesetzten Regelung intendierte Transparenz bezüglich der zu erbringenden Leistung führt andererseits zu einer Verunsicherung der Patienten und ihrer Angehörigen, da ja bereits vor der Erbringung der Leistung eine Entscheidung über den Umfang und Inhalt getroffen werden muss. Hierbei sind die Leistungsempfänger in hohem Maße auf eine individuelle und umfassende Beratung durch den Pflegedienst angewiesen.

Weitere Folgen für die Gestaltung der individuellen Pflegesituationen ergeben sich für die Pflegebedürftigen aus der Fragmentierung des Leistungsgeschehens, die sich wiederum aus dem Leistungskatalog ergibt. Die Wahl von Einzelleistungen und ihre Implementierung in das funktionierende System einer häuslichen Versorgungssituation stellen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen vor das Problem, die richtige Entscheidung unter Berücksichtigung eventueller Auswirkungen treffen zu müssen.

2.6 Fazit

Wirtschaftlichkeit

Dass die aus ökonomischen Gesichtspunkten effizient gestaltete Leistungserbringung eine unverzichtbare Rahmenbedingung für eine dauerhaft erfolgreiche Positionierung des Dienstes am Pflegemarkt darstellt, wurde bereits, auch hinsichtlich der Auswirkungen der Finanzierungsregelung auf die Anbieter von Pflegeleistungen, dargestellt. Verschiedene Autoren beschreiben sehr ausführlich, welche betriebswirtschaftlichen Weichenstellungen für die Dienste notwendig sind, um diesen Anforderungen gerecht zu werden (Sießegger 1997; Beuchel 1998; Großmann und Schäfauer 2000). Diese Vorschläge, die sich in den meisten Fällen damit befassen, die im Rahmen der Leistungskomplexe erbrachte pflegerische Intervention über einen hinterlegten Zeit- bzw. Punktwert adäquat refinanziert zu bekommen, lassen jedoch eine grundsätzliche Problematik unbesprochen. Dane (1998) weist darauf hin, dass Pflegekräfte bzw. Pflegedienstleitungen über die Akquisition von Kunden bzw. die Beratung der Pflegebedürftigen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Leistungen einen unmittelbaren Einfluss auf die Ertragssituation des Dienstes haben. Hieraus ergibt sich für die beratenden und versorgenden Pflegekräfte eine schwierige Situation. Einerseits haben sie die Vorgabe im Sinne einer betriebswirtschaftlich notwendigen Vorgehensweise die Ertragssituation des Dienstes über den "Verkauf" von Leistungskomplexen zu verbessern. Auf der anderen Seite sind sie an einer partnerschaftlich, professionellen Gestaltung der individuellen Pflegesituation interessiert, finden aber aufgrund der engen Grenzen des Leistungskomplexsystems hierfür nur sehr geringe Gestaltungsspielräume. Speziell hier fehlt dem System die notwendige Flexibilität im Bereich der Ausgestaltung pflegerischer Situationen, was dazu führt, dass die "Wirtschaftlichkeit" zum maßgeblichen Kriterium einer gelungenen Pflegesituation wird. Diese Entwicklung ist unter dem Gesichtspunkt der politisch forcierten Marktentwicklung im Bereich der ambulanten pflegerischen Versorgung nachvollziehbar, birgt jedoch die Gefahr, den Anforderungen komplexer Pflegesituationen nicht gerecht werden zu können. Das Wirtschaftlichkeitsprinzip des Leistungskomplexsystems aus der Sicht der Pflegekassen beschreibt Meyer (1997):

- Es bietet Anreize für eine wirtschaftliche Leistungserbringung
- ermöglicht eine vergleichsweise einfache Kontrolle der Dienstleistungsanbieter im Hinblick auf die zweckmäßige Mittelverwendung
- pflegerische Arbeitsabläufe bleiben intakt.

Betrachtet man diese Zielsetzung des Refinanzierungssystems und setzt sie mit dem nachvollziehbaren Wirtschaftlichkeitsstreben der Dienste in Verbindung, wird deutlich, wie weitreichend die Folgen für die Gestaltung von häuslichen Pflegesituationen durch die Pflegekräfte sind. Auch wenn sich die Energien der Pflegedienste derzeit darauf konzentrieren, hohe Vergütungssätze für die Leistungskomplexe zu

verhandeln, ändert das nichts an der grundsätzlichen Problematik für die Pflegekräfte. Sie sollen eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung unter gleichzeitiger Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes gestalten. Hierfür ist das Leistungskomplexsystem jedoch zu wenig flexibel. Die kurzfristige Anpassung der Versorgungssituation an aktuelle Gegebenheiten oder Veränderungen in der Pflegesituation ist nur bedingt möglich, und bringt zwangsläufig eine Vertragsänderung mit sich. Die Pflegekräfte bewegen sich also weiterhin in dem skizzierten Spannungsfeld von Wirtschaftlichkeit und partnerschaftlicher, professioneller Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Dieser strukturell bedingte Umstand macht die Gestaltung einer Versorgungssituation zunehmend schwierig und engt den Gestaltungsspielraum für professionell Pflegende im häuslichen Bereich stark ein.

Transparenz

Die Pflegekassen betonen in den Grundsätzen zur Entwicklung des Leistungskomplexsystems die Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen hinsichtlich der zu erbringenden Leistung als Grundanforderung der Pflegeversicherung (Verband der Angestelltenkrankenkassen 2002). In diesem Zusammenhang fordern sie, dass gewährleistet sein muss, dass sich die Pflegebedürftigen, ihr individuelles 'Leistungsprogramm' zusammenstellen können. Als Voraussetzung hierfür wird eine größtmögliche Transparenz des Vergütungssystems als unabdingbar angesehen. Diese Transparenz wird durch die Zusammenfassung und Beschreibung der möglichen pflegerischen Leistungen in Leistungskomplexen jedenfalls formal hergestellt. Die Schwierigkeit in diesem Bereich liegt jedoch darin, eine häusliche Pflegesituation schon vor der Inanspruchnahme richtig und umfänglich einzuschätzen. Hierbei sind die Pflegebedürftigen auf eine Beratung seitens der Dienste angewiesen. Letztlich entscheiden jedoch die Pflegebedürftigen und/oder ihre Angehörigen über die Inanspruchnahme und den Umfang der zu erbringenden Leistung. Die Pflegedienste profitieren von der Leistungstransparenz in doppeltem Sinne. Zunächst ist es für sie möglich, die erbrachten Leistungen klar zu umschreiben, und somit eine sichere Grundlage bezüglich der Refinanzierung der Leistungen zu erhalten. Des Weiteren haben die Pflegekräfte für ihre Tätigkeit einen klar umrissenen Vertragsinhalt, dessen Erbringung zunächst den Zustand der Vertragserfüllung garantiert. Kettler & Berger (Kettler und Berger 1996) beschreiben in ihrem Text die hieraus resultierenden Schwierigkeiten. So müssen in den Beratungsgesprächen zwei Positionen möglichst sinnvoll miteinander verknüpft werden: "Die Kunst wird darin bestehen, gut rechnen zu können und die Leistungen so zusammenzustellen, dass sowohl der Kunde als auch die Pflegekraft zufrieden sind. Kunden werden dann zufrieden sein, wenn sie ihre Pflegeversicherungsleistung so gut wie eben möglich ausschöpfen können und dafür eine hochwertige und flexible Pflege erhalten. Für die Pflegekraft wäre es am besten, wenn sie gemäß ihrem Pflegeverständnis arbeiten könnte." (ebd. S.23)

Diese Schilderung beschreibt sehr genau die Situation, in der sich die Pflegebedürftigen/Angehörigen und die Pflegekräfte während der Beratung, aber auch in der Erbringung der pflegerischen Leistung befinden. Der Wunsch nach einer flexiblen Pflegesituation deutet darauf hin, dass die

Pflegebedürftigen/Angehörigen die Anforderungen der eigenen Pflegesituation nicht voll umfänglich einschätzen können, was im Rahmen von Beratungsgesprächen zu einer Überforderungssituation führen kann. Die an den Tätigkeiten orientierte Auflistung in den Leistungskomplexen kann hier nur eine vermeintliche Sicherheit erzeugen, welche die Vertragspartner vordergründig schützt. Eine noch zu überprüfende Annahme stellt hierbei der Kompensationsmechanismus bezüglich dieser Überforderung dar. Um dieser Situation zu begegnen, befinden sich Pflegekräfte und Pflegebedürftige in einem ständigen Aushandlungsprozess hinsichtlich der Gestaltung der häuslichen Pflegesituation der an anderer Stelle ausführlich beschrieben wird, der aber in das Leistungsgeschehen, wie es durch die Leistungskomplexe abgebildet wird, keinen Niederschlag gefunden hat. Somit lässt sich feststellen, dass das System der Leistungskomplexe in der Beschreibung der zu erbringenden Leistung vertragsrechtlich eine Hilfe ist, jedoch die Realitäten häuslicher Versorgungssituationen nur unzureichend abbilden kann.

Fragmentierung

Der ausführlich beschriebenen Logik und Ausgestaltung des Leistungskomplexsystems folgend kommt man fast zwangsläufig zu der Erkenntnis, dass die Pflegekräfte in der Ausübung ihrer Profession aufgrund der Finanzierungsregelung einer stark beeinflussenden externen Steuerung ausgesetzt sind. Diese Steuerung bezieht sich vor allem auf die Ausgestaltungsmöglichkeit von häuslichen Pflegesituationen. Der vorgegebene Leistungskatalog gibt die Rahmenbedingungen von Pflegesituationen anhand seiner Struktur klar umrissen vor. Bestimmte Pflegezusammenhänge werden zusammengefasst, um sie somit abrechenbar zu machen. Nun scheint dieser Umstand der aufgezeigten Fragmentierung von Pflegesituationen zu widersprechen, da hier ja Einzeltätigkeiten zu scheinbar pflegerisch sinnvollen Arbeitszusammenhängen (Leistungskomplexe) zusammengefasst werden. Dies ist aber nur eingeschränkt der Fall, denn bei der Betrachtung dieses Umstandes ist das jeweils hinterlegte Pflegeverständnis hinsichtlich der Gestaltung von häuslichen Pflegesituationen das entscheidende Kriterium. Folgt man hierbei der Einschätzung Jansens (1998), dass die "Lebensweltorientierung" ein grundlegendes theoretisches Konzept im Bereich der häuslichen Versorgung darstellt, ergeben sich daraus Spannungsfelder insbesondere im Hinblick auf die Ausgestaltung des derzeitigen Finanzierungssystems. In ihren "Desideraten an eine lebensweltorientierte Pflegetheorie" beschreibt Jansen (1997) die grundlegenden Anforderungen, die sich für sie aus der theoretischen Fundierung häuslicher Pflegesituationen nach dem Prinzip der Lebensweltorientierung ergibt. Als Kernpunkt wird hierbei auch die Erstellung individuell zugeschnittener Hilfs-, Pflege- und Rehabilitationspläne unter Durchführung systematisierter Angehörigenarbeit angeführt. Diese Überlegungen beinhalten jeweils auch immer die Überzeugung, dass: "...die zentrale wie alltägliche Aufgabe der Pflege in Privathaushalten eben zugleich zentrale wie alltägliche Praxis alltäglicher Herstellung von Pflege ist, die vor allem durch die pflegenden Angehörigen, privat organisierte und/oder bezahlte Personen, die Berufsgruppe Pflege, Hauswirtschaft und Sozialarbeit (...)

koproduzierend hergestellt wird." (ebd. S.90). Diese Darstellung verdeutlicht, dass neben den pflegerisch- handwerklichen Voraussetzungen in hohem Maße auch kommunikative, beratende und begleitende Kompetenz von den Pflegekräften mitgebracht werden muss (Zeman 1997). Zeman (ebd., S.109) verweist in diesem Zusammenhang auch darauf, dass den professionellen Helfern ausreichend Zeit für Interaktionsprozesse eingeräumt werden muss. Hierbei differenziert er ausdrücklich, dass diese Handlungen: "(...) über die Instrumentalität reiner Verrichtungen hinausgehen."

Fasst man diese hier nur skizzierten theoretischen Zusammenhänge häuslicher Pflege zusammen, so wird deutlich, dass der Anspruch an die professionelle Pflege weit über den an den Verrichtungen orientierten Status Quo der Leistungskomplexe hinausgeht. Die Abrechnung von Pflegeleistungen in Form von Leistungskomplexen führt zu einer systembedingten Einengung des professionellen pflegerischen Spielraums durch die Unterteilung pflegerischer Handlungen in Tätigkeitszusammenhänge. Hierdurch wird den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen vermittelt, dass es sich bei der *Dienstleistung Pflege* um ein Produkt handelt, welches individuell, einem Baukastenprinzip ähnlich, zusammengestellt werden kann. Die angerissenen theoretischen Überlegungen, aber auch konkrete Erfahrungen bestimmter Patientengruppen (Demenz-, Aidspatienten), deuten darauf hin, dass dieses Finanzierungssystem die Realität der häuslichen Pflege nicht berücksichtigt. Evers (Evers 1998) fasst diesen Umstand folgendermaßen zusammen: "Nach den Vergütungsvereinbarungen, die zwischen Anbietern und Kassen ausgehandelt wurden, ist der Zwang, möglichst rasch die in einem Modul zum ausgehandelten Preis von DM X zusammengefassten Leistungen zu erbringen noch weiter gewachsen; maßgeblich für die Angebote der Pflegeleistenden sind nicht die Wünsche und Präferenzen der Nutzer sondern die sehr detaillierten Bestimmungen und Pflegesatzregelungen."

3 Internationale Ansätze der Finanzierung von Pflege

Die Vergütung ambulanter Pflege und die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit sind Themen, die nicht nur national, sondern auch international angesichts eines zusammenwachsenden Europas zu diskutieren sind. Aus diesem Grund werden in diesem Kapitel wesentliche Ansätze aus dem Ausland dargestellt.

3.1 Pflegesicherung in Europa

Betrachtet man die Entwicklungen in der Europäischen Union im Hinblick auf die sozialen Sicherungssysteme der einzelnen Mitgliedsstaaten, so wird deutlich, dass die Pflege und insbesondere die Langzeitpflege alter Menschen zunehmende Bedeutung erlangt. In einem gemeinsamen Bericht der EU-Kommission und des Rates über die Unterstützung nationaler Strategien für die Zukunft der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege, werden drei langfristige Ziele benannt, die es für die Systeme der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege in Zukunft zu verwirklichen gilt: Zum einen gilt es, einen allgemeinen Zugang unabhängig vom Einkommen zu sichern. Zudem wird eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sowie die langfristige Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme angestrebt (Europäische Union 2003). Grundlage dieses Berichtes ist eine Befragung der Mitgliedsstaaten zur Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege, die im Jahr 2002 durchgeführt wurde. Ziel dieser Befragung war es, Informationen darüber zu sammeln, wie die o.g. langfristigen Ziele "durch Maßnahmen der Mitgliedsstaaten in den Bereichen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege älterer Menschen erreicht werden, welche Mechanismen zur Bewertung der Wirksamkeit dieser Maßnahmen vorgesehen sind, welche wesentlichen Herausforderungen sich bei der Gewährung einschlägiger Leistungen stellen und mit welchen Strategien diesen Herausforderungen begegnet werden soll" (Europäische Union 2002). Die Gesundheitssysteme in den Ländern der Europäischen Union unterscheiden sich im Hinblick auf die o. g. Ziele zum Teil erheblich.

Bezüglich des Zugangs zur (Langzeit-)Pflege ergab die Befragung der Mitgliedsstaaten eindeutig, dass besondere Sozialschutzmechanismen zur Deckung des sozialen Risikos Langzeitpflegebedarf erforderlich sind. So verfügt die Mehrheit der Länder nicht über ein eigenständiges Pflegesicherungssystem oder eine besondere gesetzliche Grundlage zur Pflegesicherung. Zumeist sind die gesetzlichen Grundlagen zur Pflegebedürftigkeit Bestandteil des allgemeinen Sicherungssystems im Rahmen bestehender, beitrags- oder steuerfinanzierter Sozialversicherungssysteme. Lediglich Deutschland und Luxemburg verfügen über ein eigenes Pflegeversicherungsmodell (Europäische Union 2005).

Was alle Länder überdies auch mit außereuropäischen Ländern eint, ist die Zunahme des Anteils alter Menschen in der Bevölkerung (Eisen und Mager 1999; Europäische Union 2001, 2002, 2003; Skuban 2004), bei gleichzeitigem Rückgang des familiären Pflegepotenzials infolge einer Zunahme der Erwerbstätigkeit von Frauen und der Einpersonenhaushalte sowie einer veränderten Einstellung zu Ehe

und Familie (Skuban 2004). Infolgedessen erlangt auch die Unterstützung und Förderung familiärer, bzw. informeller Pflegepotenziale zunehmende Bedeutung, wie sie auch im Pilotprojekt der WHO zur Familiengesundheitspflege (WHO 2000) zum Ausdruck kommt.

Gleichzeitig wird erwartet, dass die steigende Nachfrage nach Langzeitpflege zu Engpässen bei der professionellen Pflege führt, was wiederum dazu führt, dass insbesondere ältere Menschen länger als notwendig die für die Akutversorgung vorgesehenen Betten in Krankenhäusern besetzen (Europäische Union 2003). Für Menschen mit demenziellen Erkrankungen wird die Versorgung in Einrichtungen als besonders wichtig angesehen. So konstatiert Mager (1999a, S. 73), dass Demenzen und Multimorbiditäten die häufigsten Ursache für Pflegebedürftigkeit im hohen Lebensalter sind. Seitens der Europäischen Union wird eine gute Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure (informell Pflegenden, professionelle Anbieter pflegerischer, medizinischer und sozialer Leistungen) vorausgesetzt, deren Koordination durch einen Koordinator als vorteilhaft eingeschätzt wird (Europäische Union 2003). Im Hinblick auf die Qualität der Gesundheitsversorgung, bzw. der Langzeitpflege werden fast ausschließlich Aussagen zum Bereich der Heimpflege und diesbezüglich steigendem Bedarf getroffen. Gleichwohl wird darauf hingewiesen, dass insbesondere angesichts der sich verändernden Familienstrukturen versucht wird, Programme für die häusliche Pflege zu entwickeln.

Neben den gesetzlichen Grundlagen und den Zugangbedingungen sind insbesondere auch die Pflegeleistungen der unterschiedlichen Länder zum Teil sehr unterschiedlich. Eine exemplarische Übersicht über ausgewählte Länder und ein Vergleich ausgewählter Leistungen finden sich in der unten aufgeführten Tabelle (Europäische Union 2005).

	Belgien	Dänemark	Deutschland	Spanien	Frankreich
Finanzierungsprinzip	Kein eigenständiges Sicherungssystem	Kein eigenständiges Sicherungssystem. Teil der kommunalen Gesundheits- und Sozialdienste	Beiträge (Versicherte und Arbeitgeber)	Kein eigenständiges Sicherungssystem. Als Teil der Gesundheits- und Sozialdienste von den autonomen Regionen finanziert	Kein eigenständiges Sicherungssystem
Sachleistung: Häusliche Krankenpflege	Kranken-/Invaliditätsversicherung: Die Pauschalleistung für häusliche Pflege hängt vom Grad der körperlichen Pflegebedürftigkeit ab: • Pflegestufe A*: € 14,12 , bzw. € 10,74 Pflegestufe B*: € 27,01, bzw. € 20,41 • Pflegestufe C*: € 37,02 , bzw. € 27,92 *= mit bzw. ohne Vorzugsregelung Sachleistungen: Häusliche Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Körperpflege. • Häusliche Hilfe. • Hilfe für eine Person zur Aufrechterhaltung ihrer Fähigkeiten (Rehabilitation). • In einigen Fällen Begleitpersonen (für schwer behinderte Personen umfasst die Begleitung 15 Stunden pro Monat) 	Gesetzliche Pflegeversicherung: Monatliche Sachleistung (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch ambulante Pflegeeinrichtungen oder Einzelpfeger) im Wert von: • Pflegestufe I: bis zu € 384 • Pflegestufe II: bis zu € 921 • Pflegestufe III: bis zu € 1.432 • in besonderen Härtefällen: bis zu € 1.918. Eine Kombination aus Geld- und Sachleistungen ist möglich. Sozialhilfe: Leistungen bis zur Höhe des Bedarfs	Sozialversicherung: Rentner, erwerbsgeminderte oder behinderte Personen: Leistungen im Rahmen der Krankenversicherung. Mindestsicherung: Behinderte Personen und ältere Menschen ohne ausreichendes Einkommen und in schwieriger sozialer und familiärer Lage: Geld- oder Sachleistungen im Rahmen der verfügbaren Mittel oder freien Plätze	Persönliche Pflegebeihilfe: Leistungsbetrag abhängig von den Kosten der Pflege und den Mitteln des Empfängers
Geldleistung: Häusliche Pflege	Keine Geldleistungen	Anstelle der häuslichen Pflege kann eine Geldleistung gewährt werden, die es der behinderten Person ermöglicht, selbst für Pflegehilfen, Betreuung und Begleitung zu sorgen	Gesetzliche Pflegeversicherung: Anstelle der häuslichen Pflegesachleistungen kann der Pflegebedürftige Pflegegeld beantragen, diese Leistungen liegen pro Monat bei: • Pflegestufe I: € 205 • Pflegestufe II: € 410 • Pflegestufe III: € 665 Eine Kombination aus Geld- und Sachleistungsarten ist möglich. Sozialhilfe: Gleiche Pflegegeldleistungen wie in der Pflegeversicherung.	Sozialversicherung: Mindestrente: € 617,64 pro Monat, mit einem unterhaltsberechtigten Ehepartner: € 727,34 pro Monat, Höchstrente: € 2.086,10 pro Monat. Mindestsicherung: Bezieher von beitragsunabhängigen Invaliditätsrenten, die für Verrichtungen des täglichen Lebens auf Hilfe angewiesen sind, erhalten zur Rente eine Zulage von 50%.	Zulage für ständige Pflege durch Dritte: Zuschläge zu den Renten von 40%. Der Zuschlag muss mindestens € 945,87 pro Monat betragen. Erziehungssonderzulage: Sonderzuschlag zum Erziehungsgeld 6 Kategorien von € 84,86 bis € 945,87 pro Monat. Ausgleichszahlung für Pflege durch Dritte: Der Leistungsbetrag ist einkommensabhängig und kann bis zu € 1.166,77 im Monat betragen

Tabelle 3-1: Pflegesicherung in ausgewählten Ländern

	Italien	Luxemburg	Niederlande	Norwegen	Österreich
Finanzierungsprinzip	Kein eigenständiges Sicherungssystem	Sonderbeitrag (Versicherte) und Steuern	Kein eigenständiges Sicherungssystem. Das Risiko wird durch die Krankenversicherungen gedeckt	Kein eigenständiges Sicherungssystem. Als Teil der Gesundheits- und Sozialdienste von den Kommunen finanziert	Steuern
Sachleistung: Häusliche Krankenpflege	Regionale Programme: Je nach Region unterschiedliche Regelungen. Prinzipiell sind möglich: Haushaltshilfe, Essen auf Rädern, medizinische Versorgung und Krankenpflege	Sachleistungen werden gemäß dem Bedarf der pflegebedürftigen Person von professionellen Pflegediensten erbracht. Wert der Leistung: € 47,70 pro Stunde	Häusliche Pflege umfasst die notwendige Pflege und sonstige Betreuung, Unterstützung und Beratung für den Patienten zu Hause in Verbindung mit Krankheit, Genesung, Behinderung, Alter, Tod oder einem psychosozialen Problem. Sie beinhaltet auch die Bereitstellung der Pflegeausstattung für eine Dauer von bis zu 26 Wochen	Dem Bedarf entsprechend werden praktische Hilfeleistungen und/oder Pflege zu Hause durch häusliche Gemeindehelfer und/oder Krankenschwestern erbracht. Einige Gemeinden haben private Anbieter mit den Leistungen beauftragt	Ambulante Dienste: • Heimhilfe, Fachpflegehilfe, Besuchsdienst, organisierte Nachbarschaftshilfe, Mobile therapeutische Dienste, Familienhilfe, Angehörigenberatung, Verleih von Pflegebehelfen, Wäschepflegedienst, Reinigungsdienst, Reparaturdienst, Fahrtendienst, Persönliche Assistenz
Geldleistung: Häusliche Pflege	Invaliditätsversicherung: Monatlicher Pflegezuschuss. Mindestsicherung: € 200 pro Monat. Regionale Programme: Je nach Region unterschiedliche Regelungen. Generell Geldleistungen je nach Bedarfslage	Sachleistungen können durch Geldleistungen ersetzt oder damit kombiniert werden. Geldleistungen, die der Vergütung von Personen dienen, die nicht einem professionellen Pflegedienst angehören. Umfang der Leistungen: die Hälfte des Wertes einer Sachleistung. Wert der Leistung: € 23,85 pro Stunde	Keine Geldleistungen	keine Geldleistungen	Pflegegeld (pro Monat): • Stufe 1 € 145,40 • Stufe 2 € 268,00 • Stufe 3 € 413,50 • Stufe 4 € 620,30 • Stufe 5 € 842,40 • Stufe 6 € 1.148,70 • Stufe 7 € 1.531,5

Tabelle 3-2: Pflegesicherung in ausgewählten Ländern, Forts.

	Schweiz	Finnland	Schweden	Großbritannien
Finanzierungsprinzip	Kein eigenständiges Sicherungssystem	Kein eigenständiges Sicherungssystem. Als Teil der Gesundheits- und Sozialdienste von den Kommunen finanziert	Kein eigenständiges Sicherungssystem. Als Teil der Gesundheits- und Sozialdienste von den Kommunen finanziert.	Kein eigenständiges Sicherungssystem. Staatliche Pflegeeinrichtungen für Ältere und Behinderte werden von den örtlichen Behörden finanziert
Sachleistung: Häusliche Krankenpflege	<ul style="list-style-type: none"> • KVG und UVG: die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemaßnahmen, die zu Hause ambulant durchgeführt werden durch Ärzte, Chiropraktoren oder auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes durch Krankenpfleger oder von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (= SPITEX); • IVG (medizinische Maßnahmen der IV): Behandlung zu Hause durch einen Arzt oder, auf dessen Anordnung, durch medizinisches Hilfspersonal 	Die Gemeinden erbringen häusliche Pflege und Dienste sowie Leistungen für behinderte Personen (Transportleistungen, persönliche Betreuung, bedarfsgerechter Umbau der Wohnung). Unterstützung der Pflege durch Nahestehende	In den Gemeinden werden Sachleistungen der häuslichen Pflege erbracht	Die Kommunalbehörden können häusliche Pflege, Essen auf Rädern, besondere Hilfsmittel und Ausstattung, einen bedarfsgerechten Umbau der Wohnung und Betreuung in Tagespflegeeinrichtungen bereitstellen
Geldleistung: Häusliche Pflege	<p>Hilflosenentschädigung Sie wird nach dem Grad der Hilflosigkeit festgesetzt. Monatsbeträge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IVG: leicht: CHF 422 (€ 272); mittel: CHF 1.055 (€ 680); schwer: CHF 1.688 (€ 1,087). • AHVG: mittel: CHF 528 (€ 340); schwer: CHF 844 (€ 544). • UVG: leicht: CHF 586 (€ 377); mittel: CHF 1.172 (€ 755); schwer: CHF 1.758 (€ 1.132). <p>Vergütung besonderer Kosten (gemäß ELG) Vergütung der Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause, die von öffentlichen oder gemeinnützigen Trägern erbracht werden.</p>	<p>Pflegegeld für Rentner: € 51,79 pro Monat, Erhöhter Satz: € 128,93 pro Monat, Spezieller Satz: € 257,84 pro Monat. Betreuungsgeld für behinderte Kinder und Invaliditätsbeihilfe: Für beide Leistungen existieren je nach Belastung drei monatl. Sätze: € 77,32, € 180,43 und € 335,09 durch Dritte: Der Leistungsbetrag ist einkommensabhängig und kann bis zu € 1.166,77 im Monat betragen</p>	keine Geldleistungen	<p>Pflegebeihilfe (Attendance Allowance): Höherer Satz: GBP 58,80 (€ 87) Unterer Satz: GBP 39,35 (€ 58). Unterhaltsbeihilfe für Behinderte (Disability Living Allowance): Drei Sätze für den Pflegebedarf: GBP 15,55 (€ 23), GBP 39,35 (€ 58) oder GBP 58,80 (€ 87). Zwei Sätze für den Mobilitätsbedarf: GBP 15,55 (€ 23) oder GBP 41,05 (€ 61). Dauerpflegegeld (Constant Attendance Allowance): GBP 24,05 (€ 36), GBP 48,10 (€ 71), GBP 96,20 (€ 143) pro Woche abh. v. Grad des Pflegebedarfs. Beihilfe für Schwerstbehinderte (Exceptionally Severe Disablement Allowance): GBP 48,10 (€ 71) pro Woche. Beihilfe für Pflegepersonen (Carer's Allowance): GBP 44,35 (€ 66 pro Woche der Leistung: € 23,85 pro Stunde</p>

Tabelle 3-3: Pflegesicherung in ausgewählten Ländern, Forts..

Zunächst ist zum Begriff der Pflegebedürftigkeit festzustellen, dass "in Europas wohlfahrtsstaatlichen Arrangements kein einheitlicher Begriff für Pflegebedürftigkeit existiert" (Skuban 2004).

Skuban (a.a.O.) sieht sogar in der fehlenden international-sozialrechtlichen Kodifikation einen Beleg dafür, dass Pflegebedürftigkeit weltweit kein anerkanntes soziales Risiko ist und erst seit kurzer Zeit in das öffentliche Interesse geraten ist, da die bereits dargestellten Ursachen für eine Zunahme des Phänomens Pflegebedürftigkeit gleichermaßen für alle Industrieländer von Bedeutung ist.

In der überwiegenden Zahl der Mitgliedsstaaten besteht somit keine oder noch keine Legaldefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Lediglich Österreich, Luxemburg und die Bundesrepublik Deutschland verfügen über eine einheitliche Definition des "Schutztatbestandes Pflegebedürftigkeit". Eine Ausnahme bildet die Schweiz, in der der Begriff der 'Hilflosigkeit' sozialrechtlich definiert ist (Mager 1999b).

Wie bereits festgestellt unterscheiden sich die Länder im Hinblick auf die Leistungsarten zum Teil erheblich. Der Tabelle ist zu entnehmen, dass die Leistungen überwiegend in Form von Sachleistungen gewährt werden. Eine Ausnahme bildet Österreich, wo seit Einführung der Pflegegeldgesetze in 1993 lediglich Geldleistungen gewährt werden.

Hingegen werden in den Ländern Niederlande und Schweden keine Geldleistungen zur Verfügung gestellt. Dafür jedoch existiert in beiden Ländern eine Regelung zum personengebundenen oder persönlichen (Pflege-)Budget, bzw. zur Geldleistung für eine persönliche Assistenz (vgl.a.:Arntz und Spermann 2004; sowie Hölscher et al. 2004). Auch in Großbritannien ist die direkte Zahlung an Menschen mit einem (sozialen) Unterstützungsbedarf vorgesehen. Eine genauere Beschreibung dieser Finanzierungsmodelle enthalten die nachfolgenden Kapitel.

In einigen Ländern – hier vor allem die skandinavischen Länder und den Niederlanden – ist die Maßgabe eine bedarfsgerechte Versorgung bei Pflegebedürftigkeit. Insgesamt werden die Kosten im Wesentlichen vom Staat übernommen und durch Steuermittel finanziert. Für die Niederlande ergeben sich hierbei jedoch Versorgungslücken im Rahmen von Wartezeiten. In Dänemark wie in Norwegen sind die Träger ambulanter Pflege im Wesentlichen die Kommunen, die das Leistungsangebot wie auch deren Erbringung regeln (es kann zu regionalen Unterschieden kommen). Die Kommunen greifen jedoch zunehmend auf private Anbieter zurück, um so kostengünstiger die Leistungen anbieten zu können. Insgesamt ist in allen diesen Ländern eine höhere Flexibilität in den Leistungen erkennbar, da sie sich am Bedarf und nicht an vordefinierten Leistungen orientieren (Eisen und Mager 1999).

Grundsätzlich kann man sagen, dass unabhängig vom Finanzierungsmodell eine retrospektive oder prospektive Bezahlung möglich ist. Die retrospektive Finanzierung beinhaltet die Vergütung der Leistung gemessen in Zeit oder Inhalt nach der Erbringung. Dies lässt eine genauere Bezahlung zu, da die anfallenden Kosten detailliert vorliegen. Gleichzeitig beinhaltet es für die Leistungserbringer immer das Risiko, dass die erbrachten Leistungen nicht in vollem Umfang anerkannt werden und somit keine volle Kostendeckung erfolgt. Dafür sind prospektive Vergütungen sinnvoller, da hier eine Geldsumme vorliegt, die dann entsprechend ausgegeben werden kann. Mit retrospektiven Vergütungen ließe sich (zumindest theoretisch) die Bedarfsorientierung bzw. -deckung einfacher realisieren, wenn man davon ausgeht, dass erbrachte Leistungen oder die aufgewendete Zeit bezahlt werden. Mit prospektiven

Vergütungen wäre es einfacher, Verhandlungen mit den Pflegebedürftigen bzgl. Selbstbeteiligungen zu führen. Hierbei könnte einfacher dargelegt werden, was finanzierbar ist und wo genau Selbstbeteiligungen notwendig sind.

Nach dieser allgemeinen Übersicht werden im Folgenden einzelne Regelungen in ausgewählten Ländern detaillierter dargestellt.

3.2 Direct payments in Großbritannien

Die Direct payments in Großbritannien sind 1996 als zusätzliche Wahlmöglichkeit im Falle einer Hilfsbedürftigkeit für behinderte Personen eingeführt worden. Das direct payment wird von lokalen Behörden (Kommunen) an die entsprechende Person direkt ausgezahlt. Diese kann entscheiden, für welche Leistungen sie dieses Geld verwendet. Das Ziel ist, den Menschen mit Behinderungen zu ermöglichen, ein möglichst selbstbestimmtes und unabhängiges Leben zu führen. Einen Rechtsanspruch auf ein solches Budget gibt es jedoch nicht (Westecker 1999; Frühauf et al. 2000; Glendinning et al. 2000). Neben dieser engeren Bedarfsorientierung soll gleichzeitig eine höhere Kosteneffizienz erreicht werden (Klie und Spermann 2001).

Anspruchsberechtigt ist jeder behinderte Mensch im Alter zwischen 18 und 65 Jahren. Bei jüngeren Menschen gibt es Ausnahmeregelungen. Pflegebedürftigkeit im Alter wird grundsätzlich anders finanziert. Die Voraussetzung für die Auszahlung eines direct payments ist, dass die Person dieses wünscht und in der Lage ist, dieses Budget allein oder mit Unterstützung zu verwalten. Um auch geistig behinderten Menschen die Möglichkeit von Selbstbestimmung durch direct payments zu geben, werden sog. ehrenamtliche Beratergruppen (Selbsthilfegruppen) bzw. Angehörige eingesetzt. Eine Fachkommission stellt einen Hilfebedarf fest, der in einen Geldbetrag umgerechnet wird. Theoretisch ist hier keine Obergrenze festgelegt. Aufgrund von begrenzten Budgets der Behörden werden die Zahlungen jedoch faktisch begrenzt (Westecker 1999). Die durch die direct payments finanzierte Hilfe darf nur durch dafür eingestellte "Assistants" erfolgen. Die Hilfe von Familienangehörigen oder im Haushalt lebenden Personen darf auf diesem Wege nicht finanziert werden (Glendinning et al. 2000)

In der Studie von Glendinning et al. (2000) wird auf verschiedene Vor- und Nachteile hingewiesen. Die Helfer werden in dieser Studie als Personal Assistents bezeichnet (PA). Die Vorteile werden wie folgt beschrieben:

Durch die direct payments wird eine größere Bandbreite an Aufgaben finanziert. Dies bedeutet, dass die PAs Aufgaben im Bereich der persönlichen Pflege (Transfer, Mobilität, Körperpflege usw.), im Bereich hauswirtschaftlicher Versorgung (Einkaufen, Kochen, Waschen usw.), im Bereich Gesundheitspflege (Physiotherapie, Verbände usw.), Hilfe im Bereich von persönlichen Finanzfragen, Hilfe bei Anleitung usw. und bei der Begleitung bei Aktivitäten außer Haus übernehmen. Die PA wird durch die behinderte Person selbst ausgewählt. Die Rekrutierung, die Ausbildung und die Anstellung liegen in der Verantwortung der Betroffenen. Empfehlungen kommen meist durch Mund-zu-Mund-Propaganda zustande. Die Qualifikationen der PAs sind sehr unterschiedlich. Die Stellung der behinderten Personen als Arbeitgeber erhöht ihre Einflussmöglichkeiten erheblich und ermöglicht ihr, die Art und Weise der

Leistungen und den Zeitpunkt der Erbringung auf die eigenen Bedürfnisse abzustimmen. Dadurch erhöht sich die Lebensqualität, da so mehr Autonomie und Selbstbestimmung erreicht werden kann. Dadurch dass kein ständiger Personalwechsel stattfindet, kommt es zu einer Kontinuität in der Pflege und Beziehung zwischen den Akteuren. Diese enge Beziehung wird von beiden Seiten geschätzt.

Als ein generelles Problem von direct payments wird die faktische Obergrenze beschrieben, die zu einer mangelnden finanziellen Ausstattung der Direktzahlungen führt. Die Abhängigkeit von familiären Hilffsystemen bleibt damit bestehen. Dies verhindert eine Bedarfsorientierung (Westecker 1999). Weitere Nachteile werden von Glendinning (2000) wie folgt beschrieben.

Sie liegen zunächst im Bereich der Beziehungsgestaltung. Dieses grundsätzliche Problem häuslicher Pflegesituationen birgt Gefahren, wenn das Arbeitgeber-Arbeitnehmerverhältnis verlassen wird und eine zu enge persönliche Beziehung entsteht. Hier kann es zu Überwachungs- und Kontrollfunktionen der PAs kommen. Hinzu tritt die Rekrutierungsproblematik. Die Anstellung erfolgt nicht über offizielle Leistungsanbieter, sondern häufig über Mund-zu-Mund-Propaganda. Auf Anzeigen der Betroffenen melden sich häufig nur wenige Interessierte, die größtenteils nicht geeignet sind. Ein Grund für diese Problematik wird in der geringen Bezahlung gesehen. Zudem ist es häufig so, dass eine Hilfe entweder nur in geringer Stundenzahl erforderlich ist (für best. Leistungen wie Körperpflege morgens) oder das eigentlich eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung notwendig ist. Dafür reicht das direct payment aber nur aus, wenn der Stundenlohn sehr niedrig ist. Ursache hierfür ist die faktische Obergrenze der direct payments. Dadurch kommt es zu Ausgrenzung von stark abhängigen Personen, weil diese ihre notwendige Hilfe nur mit geringem Stundenlohn bei gleichzeitigem höherem Arbeitsaufwand vergüten können. Auch in diesem System sind die weniger abhängigen Personen für die PAs attraktiver, da sie bei weniger Arbeitsaufwand einen höheren Arbeitslohn zahlen können. Weiterhin ist es schwierig, geeignete PAs mit entsprechenden Kompetenzen zu finden. Zudem sind Fortbildungsmöglichkeiten für die PAs nur begrenzt möglich, da es keine Finanzierungsmöglichkeiten für diese gibt. Rechtsansprüche für Arbeitnehmer sind momentan noch nicht geregelt. Es gibt keine verbindlichen Aussagen zu Ansprüchen auf Urlaub, Weiterbezahlung im Krankheitsfall und ähnliches. Zurzeit wird dieses sehr unterschiedlich gehandhabt. Die PAs beklagen außerdem, dass es keine verbindlichen Richtlinien über ihre Rechte und Pflichten gibt. Hier zeigt sich die Schwierigkeit, die die Erbringung von professionellen Pflegeleistungen mit sich bringt. Egal, unter welchen finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen häusliche Pflege stattfindet, bleibt sie eine Dienstleistung mit Beziehungscharakter (Frühauf et al. 2000; Glendinning et al. 2000).

Nach einer Veröffentlichung des Department of Health (DOH) in Großbritannien hat von April 2003 bis März 2004 bei schätzungsweise 2 Millionen Menschen ein Erstkontakt mit der o.g. Fachkommission, den Councils for Social Services Responsibilities (CSSRs) bestanden, von denen über die Hälfte (1.03 Mio) ein weitergehendes Assessment erhielten. 17.300 Personen erhielten im angegebenen Zeitraum direct payments, wobei hierbei eine Zunahme von nahezu 80% gegenüber dem Vorjahreszeitraum festzustellen ist (Department of Health 2005).

3.3 Das Personengebundene Budget in den Niederlanden (Persoonsgebonden Budget, PGB)

Als "Pioniere der institutionalisierten Pflegesicherung" führten die Niederlande bereits 1968 mit dem Allgemeinen Gesetz gegen besondere Krankheitskosten ein Pflegesicherungssystem ein, welches oftmals fälschlicherweise als Pflegeversicherung bezeichnet wird, faktisch jedoch ein Bestandteil des niederländischen Krankenversicherungssystems ist (Skuban 2004), in dem die Leistungen in erster Linie als Sachleistungen zur Verfügung gestellt werden. Eine Ausnahme bildet das Personengebundene Budget (PGB). Dieses wurde nach einem seit 1993 durchgeführten Modellversuch in ausgewählten Regionen mit der entsprechenden Gesetzesgrundlage in 1996 eingeführt. Die Zielsetzung ist derjenigen der direct payments in Großbritannien sehr ähnlich. Es gibt insgesamt drei verschiedene Arten des PGB. Die pflegerischen Dienstleistungen fallen unter das PGB für Verpflegung und Versorgung. Auch hier gibt es keinen Rechtsanspruch auf die Leistungen (Westecker 1999; Frühauf et al. 2000).

Um ein Budget zu erhalten, stellt der Pflegebedürftige einen Antrag bei seinem Krankenversicherungsträger. Dieser wiederum beauftragt die zuständige Indikationsbehörde zur Bedarfsermittlung. Der festgestellte Hilfebedarf wird in einen Geldbetrag umgerechnet. Das ermittelte Budget wird dem Pflegebedürftigen direkt ausgezahlt. Dieser kann sich damit die gewünschten Leistungen einkaufen. Für die Abrechnung ist die Soziale Versicherungsbank zuständig. Bemängelt wird grundsätzlich der hohe bürokratische Aufwand, der aus dem selben Topf finanziert wird, wie die Budgets selber (Westecker 1999; Winters 1999).

Mit dem PGB wurden Geldleistungen eingeführt, die generell gerade bei neuen Leistungsnehmern gut angenommen werden. Im Gegensatz zum deutschen Finanzierungsmodell sind die Leistungen in den Niederlanden wesentlich differenzierter und auch nicht als "Teilkaskoversicherung" angelegt. Das Ziel ist eine angemessene und hinreichende Pflege (Winters 1999). Die Gesamtzahl der Budgetnehmer geben Arntz und Spermann (2004) für 1999 mit 8.168 an.

3.4 Assistance Benefit Act in Schweden

Mit diesem in 1994 eingeführten Gesetz wurde eine Grundlage für die Selbstbestimmung Hilfebedürftiger geschaffen (Skuban 2004), die Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen das Grundrecht auf persönliche Assistenz zusichert (Hölscher et al. 2004). Nach einem Assessment durch Mitarbeiter der Sozialversicherung werden auf Basis einer Selbst- und Fremdeinschätzung durch entsprechende Akteure der Sozialverwaltung und Gemeindepflege anhand des Kriteriums der Bedarfsdeckung (Hölscher et al. 2004, S. 153) Mittel für die Bezahlung aller Hilfen bewilligt, die "für eine selbstbestimmte Lebensführung im Alltag notwendig sind" (ebd.). Die Unterstützungen können dann bei öffentlichen wie privaten Dienstleistern erworben werden oder im Rahmen des sog. Arbeitgebermodells von angestellten Assistenten ausgeführt werden.

3.5 Das Home Health Prospective Payment System (HHPPS) in den USA

Das Medicare- Versicherungsprogramm ist neben Medicaid eines der beiden großen staatlichen Versicherungsprogramme in den USA. Durch Medicare werden alle Einwohner über 65 Jahren sowie bestimmte Gruppen chronisch kranker Menschen (z.B. Dialysepatienten) krankenversichert. Die Leistung umfasst sowohl stationäre Versorgung als auch ambulante Behandlung, Pflege und Prävention (Teil B) (Sauer 2005). Aufgrund einer Kostensteigerung der Ausgaben von Medicare in den Jahren 1987 – 1997, auch aufgrund der Einführung der DRGs in den Krankenhäusern, um 800% (Grimaldi 2000), wurde eine Reform und Umstrukturierung der Finanzierungsregelung insbesondere für den Bereich der ambulanten Versorgung notwendig. Durch die Einführung des Home Health Prospective Payment System (HHPPS) im Oktober 2000 sollte dieser Entwicklung nachhaltig entgegengewirkt werden. Holle (Holle 2001) und Sauer (Sauer 2005) beschreiben das HHPPS als einen prospektiven, budgetbasierten Finanzierungsansatz. Hierbei werden die Leistungen im Home Health Bereich jeweils für eine 60-Tage Periode von Medicare bezahlt. Vor dem Eintritt der Versicherten in diese 60-tägige Versorgungsphase werden die Patienten mit einem, an diese speziellen Erfordernisse angepassten Assessmentinstrument hinsichtlich der zu erwartenden pflegerischen Versorgungssituation eingeschätzt. Dieses Einschätzungsinstrument wurde auf Grundlage eines schon bestehenden umfangreichen Instrumentes (OASIS) entwickelt. Verschiedene amerikanische Autoren weisen darauf hin, dass eine Übertragung eines existierenden, aber für einen anderen Zweck entwickelten Assessmentinstrumentes nicht unproblematisch ist (Goldberg und Delargy 2000; Ferry und Elias 2001). Der budgetähnliche Geldbetrag der für die Versorgung innerhalb der 60-Tage Periode an die Leistungserbringer (Home Health Agencies) gezahlt wird, wird aus den Ergebnissen des Assessment und bestimmten feststehenden regionalen Faktoren (Lohngefälle, etc.) errechnet. Die Leistungserbringer bekommen den Betrag ausgezahlt verbunden mit dem Auftrag, die Gesundheitsversorgung für die jeweiligen Versicherten zu gewährleisten. Hierbei umfasst das Leistungsspektrum der Leistungsanbieter sowohl die grundpflegerische Versorgung, als auch spezialisierte Pflegeangebote, Therapieangebote (Physiotherapie, Sprachtherapie, etc.) und Sozialdienst. Für die Leistungserbringer ergibt sich somit die Möglichkeit, das Hilfeangebot individuell an den Bedarf des Versicherten anzupassen, um somit auf der einen Seite eine angemessene Therapie zu gewährleisten, aber auch den Spielraum zu erhalten, auf wirtschaftliche Erfordernisse in einer Versorgungssituation eingehen zu können.

Für die Diskussion um die Einführung persönlicher Budgets in Deutschland sind hierbei vor allem die Auswirkungen einer solchen Finanzierungsform von Interesse. Sauer (2005) beschreibt die Folgen des HHPPS vier Jahre nach seiner Einführung. Hierbei stellt sie fest, dass die Ausgaben von Medicare für die häusliche Versorgung nahezu gleich bleibend sind, sich aber die Gestaltung der Einsätze des Personals maßgeblich verändert hat. So werden überwiegend weniger Einsätze pro Patient von höher qualifiziertem Personal durchgeführt. Für die Leistungserbringer gibt es Patientengruppen, die zu einer Einkommenssteigerung führen, aber auch Patientengruppen, die zu einem Verlust des Ertrages führen können. Wichtig erscheint es daher für die Anbieter zu sein, einen angemessenen "Mix" von Patientengruppen zu erzielen.

Die gestiegene Bedeutung von Leistungen gut ausgebildeter Pflegekräfte bringt für diese neue Aufgabenfelder insbesondere im Bereich des Assessments und der Beratung von Patienten mit sich.

Als Fazit hinsichtlich der Einführung des HHPPS in den USA lässt sich festhalten, dass sich die Anbieter der häuslichen Versorgung erfolgreich mit den geänderten Rahmenbedingungen arrangiert haben. Dem gesteigerten Anspruch an qualifizierte pflegerische Versorgung konnte hierbei auch aufgrund der ökonomischen Erfordernisse Rechnung getragen werden. Eine Übertragung der Erkenntnisse für den Bereich der Leistungserbringung nach dem SGB XI in Deutschland ist sicherlich nur in eingeschränktem Maße zulässig. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass Pflegedienste die mögliche Flexibilisierung der Leistungserbringung dazu nutzen können, ein individuelles Leistungsangebot für die Leistungsempfänger zu gestalten und gleichzeitig eine qualitativ hochwertige Versorgung durch professionell Pflegende sicherzustellen.

3.6 Fazit

Die dargestellten Pflegesicherungssysteme und die ausgewählten Finanzierungsmodelle persönlicher Assistenz, bzw. der diagnosebezogenen Pflegevergütung zeigen ein uneinheitliches Bild der Pflegesicherung in Europa. Gleichwohl wird deutlich, dass mit Bezug auf die Langzeitpflege zunehmend Aspekte der Konsumentensouveränität und Markttransparenz handlungsleitend für die Gestaltung von Finanzierungsmodellen sind und in Zukunft sein werden. Der oftmals gerade auf Kostenträgerseite befürchteten, missbräuchlichen Inanspruchnahme von Leistungen ('Moral Hazard') versuchen die Modelle, in denen ein Geldbetrag für die Sicherung der persönlichen Assistenz zur Verfügung gestellt wird, mit ähnlichen Strategien vorzubeugen. Diesbezüglich sind zu nennen:

- die Feststellung des Bedarfs an Unterstützungsleistungen durch eine neutrale oder objektive Instanz
- die Anrechnung eines Eigenanteils (keine vollständige Kostenübernahme aller erforderlichen Leistungen)
- Zweckbindung der Geldmittel und/oder Verwendungsnachweis

Für die Niederlande werden diese Maßnahmen jedoch eher als Einschränkung beschrieben. (Arntz und Spermann 2004). Empirische Belege für einen nennenswerten Missbrauch bei Lockerung beispielsweise der Zweckbindung, liegen bislang nicht vor (a.a.O.).

4 Konzeptualisierung häuslicher Pflegesituationen

Es wurde bereits im Vorfeld des Projektes entschieden, dass für die Einschätzung der häuslichen Pflegesituationen kein standardisiertes Assessmentinstrument zur Anwendung kommen wird. Der Hintergrund dieser Entscheidung lag zum einen in der Tatsache, dass für die ambulante Pflege kein konsensfähiges Instrument zur Verfügung stand und steht und zum anderen in der Erkenntnis, dass die Besonderheit häuslicher Pflegesituationen in ihrer Komplexität durch bestehende Instrumente nur unzureichend erfasst werden kann. Dementsprechend wurden die häuslichen Pflegesituationen in diesem Projekt anhand von Erkenntnissen zur häuslichen Bewältigung von chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit, pflegerischem Handeln in häuslichen Pflegesituationen und Kriterien zur häuslichen Pflege aus der Literatur konzeptualisiert. Diese Erkenntnisse werden im folgenden Kapitel dargestellt.

4.1 Kennzeichen pflegerischen Handelns

Im Mittelpunkt pflegerischen Handelns stehen die Auswirkungen von Krankheit, Beeinträchtigung und Behinderung und einer daraus folgenden Pflege- oder Betreuungsbedürftigkeit sowie die damit in Zusammenhang stehenden Auswirkungen auf das Alltagserleben (Moers 1998; Bartholomeyczik 2001; Nolan et al. 2001).

Die Durchführung pflegerischer Handlungen wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Dazu gehören die Art und Weise der Abhängigkeit, sowohl nach objektiven Gesichtspunkten als auch in der subjektiven Wahrnehmung der Betroffenen, die individuellen Bewältigungsstrategien und die persönliche Biografie (Zeman 1997; Entzian 1999; Nolan et al. 2001). Pflegerische Handlungen beziehen sich somit nicht auf ein einzelnes Organ, eine Erkrankung oder eine Behinderung, sondern auf eine Person, die diese erlebt. Dabei spielt insbesondere die Gestaltung der Beziehung zu den Pflegebedürftigen wie ihren lebensweltlichen Helfern eine wesentliche Rolle und wird damit Teil professionellen pflegerischen Handelns (Weidner 1995; Elsbernd und Glane 1996; Bartholomeyczik 2001). Auf der Basis einer tragfähigen Beziehungsstruktur entwickelt sich Vertrauen, welches notwendig ist, um eine Pflegesituation und die notwendigen Aushandlungsprozesse für den Betroffenen sinnvoll und bedeutungsvoll zu gestalten (Zeman 1996; Moers 1998).

Neben an Tätigkeiten orientierten Verrichtungen spielen andere, auf soziale und psychische Bedürfnisse der Pflegebedürftigen eingehende Inhalte eine wesentliche Rolle. Diese beinhalten beispielsweise die Gestaltung einer tragfähigen Beziehungsstruktur, die Gestaltung von Kommunikations- und Aushandlungsprozessen, Entwicklung von sinnvollen Handlungsalternativen für und mit den Betroffenen und der Umgang mit Konfliktsituationen. Die Aufzählung dieser Inhalte zeigt auf, dass Pflegekräfte in hohem Maße kommunikative Kompetenzen benötigen. Weiterhin sind Managementaufgaben von Nöten, um auch in komplexen Situationen Netzwerkarbeit und Koordinationsaufgaben zwischen verschiedenen Berufsgruppen leisten zu können (Michalke 1998). All diese Inhalte pflegerischen Handelns müssen eingebettet sein in die sinnvolle Anwendung des

Pflegeprozesses mit einer weitreichenden Einschätzung der Pflegesituation, der Benennung von Pflegeproblemen wie Ressourcen sowie erreichbaren und für die Betroffenen bedeutungsvollen Zielen (Michalke 1998). Dieser Prozess muss beständig evaluiert werden und der häuslichen Pflegesituation angepasst werden. Nur so ist die notwendige Balance von wertschätzender Nähe zu den Betroffenen bei gleichzeitiger Distanz erreichbar (Bowers 1987; Radebold 1995; Coffmann 1997).

Bezüglich der Rolle, die beruflich Pflegende in häuslichen Pflegesituationen haben, beschreibt Coffman (1997) in einer phänomenologischen Studie Pflegende als *Strangers in the family*. Coffman vergleicht die Situation beruflich Pflegenden in häuslichen Pflegesituationen mit einer explorativen Expedition zur Erkundung und Neudefinition professioneller Pflegepraxis. Die Schwierigkeiten, die durch die Einbeziehung beruflich Pflegenden in häuslichen Pflegesituationen entstehen, sind im deutschsprachigen Raum von Evers und Zeman beschrieben worden. Zeman (1997) verdeutlicht, dass in häuslichen Pflegesituationen für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige die Normalisierung und Re-Normalisierung ihrer Lebenswelt ein entscheidendes Qualitätskriterium für die Situation ist, wogegen beruflich Pflegende die Situation häufig unter dem Aspekt der Perfektion medizinisch-pflegerischer Versorgung sehen. Aus dieser unterschiedlichen Sichtweise entstehen Interaktionsprobleme an der Grenze von informeller und formeller Hilfe. Evers (1996) beschreibt in einer Studie zu Strategien der Herstellung optimaler Beziehungen zwischen formellem und informellem Hilfesystem im Bereich der Pflege älterer Menschen drei Schlüsselbegriffe für eine geglückte Pflegebeziehung aus Sicht der Angehörigen: Vertrauen, Kooperation und Verhandlung. Als auffällig hat sich in dieser Studie die Sichtweise von beruflich Pflegenden auf pflegende Angehörige gezeigt, die durchgängig das Bild vom "guten", am medizinischen Pflegeprozess mitwirkenden Angehörigen mit traditionellen Vorstellungen von Familiensolidarität verbinden.

4.2 Häusliche Pflegesituationen und familienorientierte Pflege

Mehrere Merkmale sind für häusliche Pflegesituationen charakteristisch. Sie lassen sich sowohl einzeln als auch in ihrer Wechselwirkung betrachten. Zunächst gibt es einen Haushalt, in dem ein Mensch durch eine Form gesundheitlicher Beeinträchtigung nicht mehr in der Lage ist, sich selbstständig zu versorgen. Haushalte können aus ein oder mehreren Personen bestehen. Eine genauere Beschreibung des Haushalts ist erforderlich. Ansätze dazu liegen vor: Blinkert/Klie (1999) beschrieben in ihrer Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger verschiedene Unterstützungsnetzwerke: das stabile Unterstützungsnetzwerk, in dem Pflegebedürftige mit mindestens einem Angehörigen im Wohnbereich zusammenleben und häufig noch andere Angehörige in unmittelbarer Umgebung leben; das labile Unterstützungsnetzwerk, bei dem es keine Angehörigen im direkten Wohnbereich, wohl aber im Nahbereich gibt; das prekäre Unterstützungsnetzwerk, bei dem keine Angehörigen im Wohn- oder Nahbereich leben. Aus der Studie geht hervor, dass mit der abnehmenden Stabilität eine Abnahme der notwendigen Hilfen einhergeht.

Neben der Einordnung hinsichtlich der Qualität des Unterstützungsnetzwerks mag es sinnvoll sein, auch eine inhaltliche Einschätzung vorzunehmen. Ausländische Studien beschreiben die Situation in der

Häuslichkeit und in Familien, wenn ein Familienmitglied pflegebedürftig wird bzw. an einer chronischen Erkrankung leidet. Corbin/Strauss (1988) beschreiben *Illness trajectories*, die sich auf die gesamte Organisation der Arbeit, die im Zusammenhang mit chronischer Erkrankung bewältigt werden muss, bezieht und die Auswirkung auf die Menschen, die davon betroffen sind. In Anlehnung an Corbin und Strauss (1988) untersuchten Conger/Marshall (1998) die Prozesse, die von pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit angewandt wurden, um zufrieden stellende Pflegebeziehungen in häuslichen Pflegesituationen zu entwickeln und zu erhalten. Als Theorie aus ihrer Grounded theory Studie entwickeln sie den Begriff *Recreating life*, der beschreibt, wie pflegende Angehörige und Pflegeempfänger durch eine Neudefinition ihres Selbst und ihrer Beziehung auf gestörte Realitäten reagieren. Entscheidenden Einfluss darauf haben die Faktoren: Prognose, Fortschritt, soziale Unterstützung und professionelle Unterstützung.

Janice Morse (1991) beschreibt in ihrem *Illness-Constellation-Model* die Phasen, die Menschen mit chronischen Erkrankungen und ihre nächsten Bezugspersonen durchlaufen. Gubrium/Sankar (1990) befassen sich mit der *Home care experience*. Sie gehen davon aus, dass die Erfahrung von Menschen, die zu Hause für einen Angehörigen sorgen, bislang noch zu wenig verstanden wird und stellen eine Reihe ethnographischer Studien vor, die einen tieferen Einblick in das Erleben von Menschen in häuslichen Pflegesituationen ermöglichen.

4.2.1 Situation pflegender Angehöriger

Andere Studien legen den Fokus auf die Situation pflegender Angehöriger. Lindgren (1993) beschreibt den Verlauf einer "Angehörigenkarriere" von Partner/innen demenziell erkrankter Menschen, die in drei Stadien verläuft: das *Encounter*-Stadium, welches durch die Mitteilung und das Verständnis der Diagnose gekennzeichnet ist, die eine Veränderung des bisherigen Lebensstils mit sich bringt; das *Enduring*-Stadium ist durch die Etablierung von Routinen in der Pflege gekennzeichnet und ist mit großen Arbeitsbelastungen verbunden; das *Exit*-Stadium beinhaltet Entscheidungen, Aktivitäten und Beurteilungen, die mit dem Ende der Pflegerolle durch den Tod oder die Institutionalisierung des Pflegebedürftigen verbunden sind. Für pflegende Angehörige von AIDS-Patienten haben Brown/Powell-Cope (1991) mit Hilfe der Grounded theory eine Theorie generiert, deren Kernkategorie in *Transitions through uncertainty* beschrieben wird.

Steiner-Hummel/Zellhuber (1991) haben versucht, eine Typologie familialen Pflegeverhaltens zu beschreiben, nach der drei Typen unterschieden werden können: Auf der einen Seite die sog. Pflegegemeinschaften (Pflege durch jüngere, emotional widersprüchlich gebundene Angehörige, die aus Pflichtgefühl, bei starkem Einfluss traditioneller weiblicher Wertemuster und Rollenzuweisungen den größten Teil der Pflegearbeiten übernehmen, so dass für Hilfe von außen wenig Platz bleibt) und die Lebensgemeinschaften (Pflege zwischen Lebenspartnern, wo nach langen Pflegezeiten die Öffnung der Beziehung für Hilfen von außen große Probleme bereitet) und auf der anderen Seite die aktiven Grenzregulierer, d.h. Angehörige, die auf Unterstützungsbedarf reagieren, an Lösungen mitwirken, aber ihre praktische und emotionale Verfügbarkeit begrenzen und auf die Einschaltung von außen hinwirken.

Andere Schwerpunkte in empirischen Arbeiten zu pflegenden Angehörigen sind die Tätigkeiten und Aufgaben, die für Angehörige mit der Übernahme der Pflege verbunden sind. Braun (1995) benennt dazu fünf Aufgabenbereiche: Leistungen der Grundpflege, Behandlungspflege, Betreuung, Erfüllung einer Präsenzpflicht und Hilfe bei der Wahrnehmung von Außenkontakten. Im Gegensatz dazu führt Bowers (1987) aus, dass auf Tätigkeiten basierende Kategorien ungeeignet zum Verständnis intergenerativer Pflegebeziehungen sind und dass familiäre Pflege definiert ist durch die Absicht und Bedeutung, die pflegende Angehörige einem Verhalten zuschreiben. Sie hat fünf konzeptuell unterschiedliche, sich aber überlappende Kategorien identifiziert: die voraussehende Pflege, die präventive Pflege, die beaufsichtigende Pflege, die instrumentelle Pflege (die allgemein mit dem Begriff Pflege assoziiert wird, der aber von den pflegenden Angehörigen die geringste Bedeutung beigemessen wird) und die schützende Pflege.

Besondere Beachtung in Studien zu pflegenden Angehörigen erfahren die Belastungen, denen sie durch die Pflege ausgesetzt sind. Eine übergreifende Definition liefert Gunzelmann (1991), der Belastung als das Wechselspiel objektiv gegebener Situationsparameter und deren subjektiver Verarbeitung durch das handelnde Individuum beschreibt. Objektive Situationsparameter bestehen in der Beziehung zwischen dem pflegenden Angehörigen und dem Pflegebedürftigen; der Krankheit, die zur Pflegebedürftigkeit führt; der Abhängigkeit des Pflegebedürftigen im Sinne einer schlechter werdenden Selbstfürsorge; dem Gesundheitszustand der pflegenden Angehörigen; der finanziellen Situation; der Qualität der sozialen Eingebundenheit und dem Wissensstand bezüglich der Pflegesituation. Als subjektive Verarbeitung beschreiben Blom/Duijnste (1996) die Handhabung, Akzeptanz und Motivation bezüglich der Pflegesituation auf Seiten der pflegenden Angehörigen.

4.3 Ergebniskriterien pflegerischen Handelns in häuslichen Pflegesituationen

Nolan et al (2001, S. 175) haben dazu sechs Aspekte (six senses) formuliert, die in Beziehungen zwischen alten Menschen mit Pflegebedarf, ihren pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegekräften gleichermaßen von Bedeutung sind. Diese Kriterien bilden einen sinnvollen auf unterschiedliche Pflegesituationen anwendbaren Evaluationsrahmen pflegerischen Handelns. Sie sind nicht statisch zu betrachten, sondern unterliegen genauso Veränderungen wie die Pflegesituation selbst. Diese Kriterien können dazu dienen, das Pflegegeschehen innerhalb der eigenen Einrichtungen und Dienste kontinuierlich zu evaluieren. Sie reflektieren die Tatsache, dass Pflege mehrere Dimensionen hat und aus mehreren Perspektiven betrachtet werden kann und muss. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die einzelnen Aspekte auch zu Konflikten zwischen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen oder Angehörigen und Pflegekräften führen können. Alle drei Perspektiven sind aber dennoch zu berücksichtigen. Nur so kann es gelingen, mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen eine zielgruppenangemessene Pflege und Versorgung zu realisieren. Im Einzelnen werden die Kriterien wie folgt beschrieben (siehe Tab. 4-1).

Tabelle 4-1: Ergebniskriterien pflegerischen Handelns

Sicherheitsgefühl (sense of security)	
Für die älteren Menschen	<ul style="list-style-type: none"> • die Aufmerksamkeit ist auf die lebenswichtigen physischen und psychologischen Bedürfnisse gerichtet und diese werden wahrgenommen • ein Gefühl der Sicherheit empfinden können, welches frei ist von Schmerz, Unwohlsein und Schaden • eine kompetente und auf die eigenen Bedürfnisse abgestimmten Pflege erhalten;
für pflegende Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherheit bezüglich des Wissens und der Fähigkeiten, eine gute Pflege zu leisten, ohne selber dabei Schaden zu nehmen • Angemessene Unterstützungsnetzwerke zu haben und zeitnahe Hilfe zu erhalten, wenn diese erforderlich ist • die Pflegesituation beenden zu können, wenn dies angemessen erscheint
für die professionellen Pflegekräfte	<ul style="list-style-type: none"> • sich frei von physischer Bedrohung, Zurechtweisung und Kontrolle zu fühlen, • sichere Arbeitsbedingungen zu haben • eine Anerkennung der emotionalen Anforderungen der Arbeit zu haben und in einer stützenden und gleichzeitig herausfordernden Kultur zu arbeiten
Kontinuität (a sense of continuity)	
Für die älteren Menschen	<ul style="list-style-type: none"> • Anerkennung und Wertschätzung der persönlichen Biographie, • Kompetenter Gebrauch des eigenen Wissens aus der Vergangenheit, um die Gegenwart und Zukunft in einen Kontext bringen zu können • eine kontinuierliche pflegerische Versorgung auf der Grundlage einer tragfähigen Beziehung durch bekannte Menschen
Für pflegende Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> • gemeinsame schöne Erinnerungen mit dem Pflegebedürftigen aufrecht zu erhalten • befähigt sein, kompetente Versorgungsstandards einzuhalten und sicherzustellen, dass diese Standards auch von anderen eingehalten werden • Die Erwartung, in die Versorgung über verschiedene Einrichtungen hinweg, in erwünschten Maße einbezogen zu bleiben
Für die professionellen Pflegekräfte	<ul style="list-style-type: none"> • Eine positive Erfahrung in der Arbeit mit alten Menschen seit Beginn der beruflichen Karriere • Gute Vorbilder und Umgebungen für die Pflege zu haben • Erwartungen und Pflegestandards sollen klar und konsistent kommuniziert werden

Zugehörigkeit (sense of belonging)	
Für die älteren Menschen	<ul style="list-style-type: none"> • sich als Teil einer Gemeinschaft zu sehen • die Gelegenheit zur Aufrechterhaltung und/oder Neubildung bedeutsamer und reziproker Beziehungen zu haben
Für pflegende Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> • fähig zu sein, wertgeschätzte Beziehungen aufrechterhalten/verbessern zu können • sich auf bekannte Menschen verlassen zu können, um das Gefühl zu haben, in der Pflegesituation nicht allein zu sein
Für die professionellen Pflegekräfte	<ul style="list-style-type: none"> • Teil eines Teams zu sein und darin einen anerkannten und wertgeschätzten Beitrag zu leisten • Sich als Teil einer professionellen Gruppe oder Gemeinschaft zu fühlen
Zielgerichtetheit (a sense of purpose)	
Für die älteren Menschen	<ul style="list-style-type: none"> • Gelegenheiten, sich mit absichtsvollen Aktivitäten zu befassen, die eine konstruktive Zeitgestaltung ermöglichen • Ziele und Herausforderungen identifizieren zu können und Entscheidungsmöglichkeiten zu haben
Für pflegende Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> • die Würde und Integrität, das Wohlbefinden und das Person sein des Pflegebedürftigen aufrecht zu erhalten • rekonstruktive und reziproke Pflege zu leisten
Für die professionellen Pflegekräfte	<ul style="list-style-type: none"> • das Gefühl einer therapeutischen Richtung und klare Ziele zu haben, die es zu erreichen gilt.
Etwas erreichen können (a sense of achievement)	
Für die älteren Menschen	<ul style="list-style-type: none"> • Gelegenheiten zur Erreichung bedeutungsvoller und wertvoller Ziele • Mit den eigenen Anstrengungen zufrieden zu sein, anerkannte und wertgeschätzte Beiträge zu leisten • Angemessene Fortschritte im Hinblick auf therapeutische Ziele zu machen • Anerkennung und Wertschätzung der eigenen Bemühungen durch andere
Für pflegende Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> • das Gefühl zu haben, die bestmögliche Versorgung und Pflege geleistet zu haben und zu wissen, dass man sein bestes getan hat • Herausforderungen erfolgreich meistern • Neue Fähigkeiten und Fertigkeiten zu entwickeln
Für die professionellen Pflegekräfte	<ul style="list-style-type: none"> • in der Lage sein, eine gute Pflege zu leisten • zufrieden mit den eigenen Anstrengungen sein, einen Beitrag zum therapeutischen Ziel zu leisten • die eigenen Kompetenzen und Fähigkeiten voll einbringen zu können
Bedeutsamkeit (a sense of significance)	
Für die älteren Menschen	<ul style="list-style-type: none"> • sich als wertvolle Person anerkannt und wertgeschätzt fühlen • das eigene Tun und die Existenz als wichtig erfahren • für andere von Bedeutung sein
Für pflegende Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> • das Gefühl haben, dass die eigenen Bemühungen zur Pflege geschätzt und geachtet werden • ein gesteigertes Selbstwertgefühl erfahren
Für die professionellen Pflegekräfte	<ul style="list-style-type: none"> • zu erfahren, dass die Pflege alter Menschen wertgeschätzt und anerkannt wird • das Gefühl zu haben, dass die eigene Arbeit von Bedeutung ist und eine Rolle spielt

5 Fragestellungen

Häusliche Pflege findet statt vor dem Hintergrund der Finanzierungsmodalitäten des SGB V, des SGB XI, des BSHG und zu geringen Anteilen anderer Kostenträger. Das derzeitige Vergütungssystem ist darauf ausgerichtet, nur einzelne Leistungen bzw. Leistungskomplexe zu vergüten. Die Komplexität und Vielschichtigkeit häuslicher Pflegesituationen ist in diesen Leistungskomplexen nicht wieder zu finden. Ebenso ist der Umstand nicht berücksichtigt, dass die Durchführung pflegerischer Leistungen oder Leistungskomplexe abhängig von der Pflegebedürftigkeit und den Fähigkeiten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ist. Die Erkennung vorhandener Potenziale bei den Pflegebedürftigen ist für die Pflegedienste aus finanziellen Gründen uninteressant, da sie zu einem Rückgang der eigenen Finanzierungsgrundlagen führt.

Die situative Einschätzung und das situative Verstehen einer Pflegesituation sind unabdingbare Voraussetzung, 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 ambulanter Pflege auswirkt.

Die folgenden Fragestellungen waren dabei handlungsleitend:

1. Wie wirkt sich ein Vergütungssystem, welches 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?
3. Welche Erwartungen bestehen auf Seiten der Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und der Pflegefachkräfte an das Leistungsgeschehen in der ambulanten Pflege, d.h. wie gestaltet sich das Verhältnis von Angebot und Nachfrage?
4. Welche Aspekte ambulanter Pflege bilden die Grundlage eines reformulierten Pflegebegriffs im Sozialversicherungssystem?
5. Wie lässt sich eine integrierte Finanzierungsstruktur der Pflegeleistungsvergütung aus den Bereichen des SGB V und des SGB XI realisieren:
 - a. In pflegerischen Überleitungssituationen (beim Übergang von stationärer in die ambulante Pflege), die in einem hohen Maße durch eine ‚Mischfinanzierung‘ geprägt sind
 - b. In langfristigen häuslichen Pflegesituationen

Zum Zeitpunkt seiner Entstehung lagen die Anliegen des Projekts auf einer Linie mit den wesentlichen pflegepolitischen Anliegen der Enquete-Kommission ‚Demographischer Wandel‘. Schmidt (2002) führt dazu aus, dass die derzeitige Prävalenz von Pflegebedürftigkeit keine unbeeinflussbare Konstante darstellt, dass aber eine Beeinflussung nur gelingen kann, wenn die starren Systemgrenzen und differierenden Steuerungen zwischen SGB V und SGB XI systematisch aufeinander abgestimmt werden. Leider ist es im Projektverlauf nicht gelungen, zu diesem Aspekt Aussagen machen zu können.

6 Methodologische Grundlagen und Projektverlauf

Das hier dargestellte Projekt erforderte einen methodischen Ansatz, der geeignet ist, die Komplexität häuslicher Pflegesituationen abzubilden und Erkenntnisse aus der Perspektive verschiedener Akteure zu generieren. Das nachfolgende Kapitel beschreibt die methodologischen Grundlagen des Projekts und das konkrete Vorgehen. Erklärte Absicht dieses Projekts war es, eine existierende Realität zu verändern und dabei die wesentlichen Akteure des Pflegemarktes mit einzubeziehen. Ein solches Vorhaben ist nur umzusetzen, indem Verhandlungen mit den Akteuren geführt werden und Entscheidungen getroffen werden, die für alle Beteiligten vertretbar sind. Notwendigerweise kann es dadurch zu Veränderungen und Anpassungen im Forschungsprozess kommen. Um diese Veränderungen besser nachzuvollziehen, werden die Entwicklungen, die dazu geführt haben, nachfolgend beschrieben.

6.1 Interventionen

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden zwei Interventionen geplant und durchgeführt. Zum einen die Veränderung der Rahmenbedingungen der Refinanzierung ambulanter Pflege hinsichtlich der Möglichkeit einer flexiblen Leistungserbringung innerhalb verfügbarer Zeitkontingente und zum anderen die Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der beteiligten Pflegedienste.

6.1.1 Der Budgetansatz

Das bisherige System der Refinanzierung ambulanter Pflege ist dadurch charakterisiert, dass Pflegeleistungen stark fragmentiert und als technische Verrichtungen betrachtet werden (siehe Kapitel 2). Dies spiegelt sich in der Abrechnungsmöglichkeit in Leistungskomplexen bzw. Modulen wider. Eine wirksame Unterstützung in häuslichen Pflegesituationen erfordert demgegenüber einen breiteren konzeptionellen Ansatz und sollte vor allem dem Aushandlungsprozess zwischen Pflegebedürftigen, Angehörigen und den Pflegefachkräften einen Raum geben, um pflegerische Interventionen der Situation angemessen durchzuführen (siehe Kapitel 2).

Um dieses Ziel zu erreichen, wurden für den Projektverlauf personenbezogene Budgets zwischen den Pflegekassen, bei Bedarf dem Sozialhilfeträger, den Betroffenen und den zuständigen Leistungserbringern vereinbart. Da nicht davon ausgegangen werden konnte, dass die Höhe der für die Pflege zur Verfügung stehenden Gelder in Zukunft steigen wird, wurden als Bezugsgrößen für das Budget die derzeit verfügbaren Summen veranschlagt. Das Budget setzte sich demzufolge aus den SGB XI Sachleistungssätzen sowie, bei Inanspruchnahme, aus den Leistungssätzen des BSHG (später SGB XII) zusammen. Mit dem daraus zur Verfügung stehenden Geld konnten die pflegebedürftigen Personen Pflegestunden bzw. Pflegezeit beim Pflegedienst "einkaufen".

Die wesentliche Intention des Projekts lag ursprünglich in der Veränderung bestehender Finanzierungsstrukturen im Sinne eines personenbezogenen trägerübergreifenden Budgets in den

Bereichen des SGB XI, SGB V und SGB XII (zu Beginn des Projekts noch BSHG), die ohne Zustimmung bzw. Beteiligung der Kostenträger nicht umzusetzen ist. Durch deren Beteiligung wurde die Refinanzierung für die Leistungserbringer im Rahmen des Projekts gewährleistet. In der ersten Phase der Kontaktaufnahme mit den Kostenträgern in München Anfang 2003 wurde schnell deutlich, dass die Aufnahme des SGB V in das Projekt zu diesem Zeitpunkt nicht vermittelbar war. Die Diskussionen fanden zu einem Zeitpunkt statt, als die Arbeit der Rürup-Kommission noch nicht abgeschlossen war und Unklarheit über die Zukunft der Pflegeversicherung bestand.

Unter diesen Bedingungen erging im Juni 2003 nach mehrfachen Gesprächen der Beschluss der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen in Bayern zur Teilnahme am Projekt. Zudem wurde eine Vereinbarung getroffen, während der Projektphase keine Qualitätsüberprüfungen der teilnehmenden Pflegedienste durch den MDK durchzuführen. Hintergrund dieser Entscheidung war, dass es eine Vertrauensbasis zwischen Projektleitung, Pflegediensten und Pflegekassen in diesem Projekt gab und Qualitätsüberprüfungen in diesem Rahmen nicht für notwendig angesehen wurden. Die Pflegekassen behielten sich vor, die teilnehmenden Pflegedienste vor Ausgabe der Projektverträge auf eventuell bestehende Qualitätsmängel intern zu prüfen. Es gab in keinem Fall Probleme oder Beanstandungen.

Mit dem Sozialreferat und dem Amt für Soziale Sicherung der Landeshauptstadt München erfolgte der Kontakt ebenfalls Anfang 2003, eine Kooperation und Teilnahme am Projekt wurde für die Projektregion beschlossen. Die Vertragsänderungen sollten dann vom Amt für Soziale Sicherung in Anlehnung an die Verträge der Pflegekassen vorgenommen und den entsprechenden Pflegebedürftigen zugesandt werden, die durch eine Abtretungserklärung dem Verfahren zustimmen sollten. Mit Ausweitung des Projekts auf das gesamte Stadtgebiet von München außerhalb der ursprünglich vereinbarten Sozialregionen im Januar 2004 konnte die Beteiligung am Projekt seitens des Amtes für Soziale Sicherung in den neu hinzugekommenen Bezirken nicht aufrechterhalten werden. Das Amt für Soziale Sicherung der Landeshauptstadt München war zu diesem Zeitpunkt vollständig mit der Umsetzung der Hartz-IV-Regelungen befasst und eine Einarbeitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Sozialbezirke in die Besonderheiten des Projekts hätte bei einer maximal angenommenen Fallzahl von 15 unter dem Gesichtspunkt verfügbarer Ressourcen den Rahmen überschritten. Dies führte zu einer eingeschränkten Teilnahmemöglichkeit von pflegebedürftigen Personen, die Leistungen der Sozialhilfe erhalten.

Das gesamte Projekt wurde politisch gestützt durch einen Beschluss des Gesundheits- und Krankenhausausschusses der Landeshauptstadt München von Januar 2004. Auf Grund einer sehr zögerlichen Teilnahme von Pflegediensten in München fiel im Juli 2004 in Absprache mit der BEK Hauptverwaltung in Wuppertal die Entscheidung, innerhalb von NRW eine weitere Projektregion anzugliedern.

Im Oktober 2003 legten die Pflegekassen einen Vertrag für die Durchführung des Projekts vor, der sich an den in Bayern geltenden Verträgen nach § 89 und § 120 SGB XI orientierte. Der Stundensatz entsprach den in Bayern bereits bestehenden Stundensätzen zur Abrechnung bei Pflegestufe 3 und bei "Härtefällen" in Höhe von 27,66 Euro. Die im Rahmen der Vergütungsverhandlungen in Bayern vereinbarte Erhöhung des Stundensatzes auf 28,30 Euro wurde für das Projekt übernommen. In NRW

wurde mit der BEK ein nach oben limitierter Korridor für einen Stundensatz zwischen 27,50 und 32 Euro vereinbart. Was innerhalb der eingekauften Zeit geschieht, oblag der Aushandlung zwischen Pflegedienst auf der einen und Pflegebedürftigem und Angehörigen auf der anderen Seite.

Die vertraglich vereinbarten Stundensätze seitens der Pflegekassen in Bayern führten bei mehreren Pflegediensten zur Nichtteilnahme am Projekt. Zudem erfuhr dieser Aspekt eine unerwartete Dominanz gegenüber der inhaltlichen Ausgestaltung. Seitens der Pflegedienste wurde argumentiert, dass der Pflegesatz von € 27,66 pro Pflegestunde (zzgl. Fahrtkostenpauschale von € 3,32) keinesfalls eine adäquate und qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten ermögliche. Weiterhin wurde argumentiert, dass wenn das Ergebnis dieses Projektes darin bestehen sollte, dass der beschriebene Ansatz Erfolg versprechend ist, der Eindruck entstehen könnte, dass eine gute Pflege zu diesem Stundensatz zu erbringen ist und Forderungen nach höheren Vergütungssätzen in zukünftigen Vergütungsverhandlungen keine Chance hätten.

Seitens der Pflegekassen wurde ebenfalls mit zukünftigen Vergütungsverhandlungen argumentiert. Zum einen bestand die Befürchtung, dass ein höherer Stundensatz im Projekt eine entsprechend höhere Forderung in den nächsten Verhandlungen nach sich ziehen würde. Zum anderen wurde darauf hingewiesen, dass bei einem höheren Vergütungssatz die Ergebnisse des Projektes nur unter den Bedingungen dieser höheren Vergütung zu erklären seien und dementsprechend nicht an den realen Bedingungen orientiert sind. Dieses war aus Sicht der Projektleitung der entscheidende Grund, das Projekt auf der Grundlage der vereinbarten Stundensätze durchzuführen.

Die Abrechnung mit den Pflegekassen erfolgte nach Stunden (ohne Angabe der erbrachten Leistungen) und verlief nach einer anfänglichen "Gewöhnungsphase" innerhalb des Projektzeitraums ohne größere Schwierigkeiten. Die erbrachte Pflegeleistung wurde von den Pflegediensten dokumentiert. Die Leistungsdokumentation sowie die Leistungsbeschreibungen im Rahmen der Interviews wurden analysiert.

Neben den finanziellen Diskussionen enthielt der ursprünglich vorgelegte Projektvertrag das Problem, dass nur Leistungen der Grundpflege und Hauswirtschaftlichen Versorgung vergütungsfähig waren. Da die Intention des Projektes aber gerade darin lag, zu einer flexibleren Leistungserbringung zu kommen, die sich nicht ausschließlich an den bestehenden Leistungsbereichen orientiert, wurden als dritter Bereich die ‚Erweiterten Kernleistungen‘ aufgenommen. Erweiterte Kernleistungen wurden im Vertrag folgendermaßen definiert: *"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. Ein Nachweis über die individuell erbrachten Leistungen ist in der Pflegedokumentation zu führen."*

6.1.2 Die Fortbildungsveranstaltung

Da über das Budget inhaltliche Freiräume entstehen, wurde im Sinne der Aktionsforschung mit den Pflegenden ein familienorientiertes Pflegeverständnis thematisiert. Die Fortbildung durch das Forscherteam erstreckte sich im September 2003 über zwei Tage und beinhaltete neben der

theoretischen Vermittlung eines familienorientierten Ansatzes die Bearbeitung eines Fallbeispiels, die Einführung in ein geeignetes Dokumentationssystem zur Abbildung komplexer Pflegeverläufe und die Einführung in das geplante Forschungsvorhaben. Gemeinsam wurden anstehende Entscheidungen, Termine und Planungsschritte festgelegt. Das Konzept ist im Anhang einzusehen. Die Teilnehmer erhielten jeweils einen Ordner mit den wesentlichen Unterlagen zum Projekt und Hintergrundliteratur zur Vertiefung, später auch das Protokoll der Veranstaltung. Für die später hinzukommenden Pflegedienste wurden individuelle Fortbildungstermine vereinbart und die Fortbildung wurde komprimiert im Rahmen einer Nachmittagsveranstaltung durchgeführt.

Das Dokumentationssystem für das Projekt entstand im Rahmen eines Forschungsprojektes zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hömann et al. 1996) und wurde ausgewählt aufgrund einer konsequenten Orientierung an den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie aufgrund einer Aufteilung, die es erlaubt, Pflegeverläufe nachvollziehbar darzustellen. Allerdings stellte die Anwendung dieses Systems die Mitarbeiter der Pflegedienste insbesondere vor dem Hintergrund der gleichzeitigen Dokumentation in den herkömmlichen Systemen bei anderen, nicht am Projekt teilnehmenden Pflegebedürftigen, vor große Herausforderungen. Dadurch wurde viel Zeit und Energie für die Anwendung dieses Systems aufgewandt, was von allen Beteiligten als Erschwernis wahrgenommen wurde.

6.2 Der Aktionsforschungsansatz

Unter Aktionsforschung wird eine Strategie verstanden, die durch Handlung, Entwicklung und Verbesserung der Praxis auf soziale Veränderung sowie auf die Generierung theoretischen Wissens (Titchen und Binnie 1994; Waterman et al. 1995) abzielt. Sie ist als Strategie dort angebracht, wo es um Problemlösung und Verbesserung (Hart und Bond 1995) sowie um die Entwicklung lokaler Theorien, die sich auf die im Feld generierten Daten gründen (Hoogwerf 2002, S. 18) geht. Das bedeutet, dass die Aktionsforschung sowohl als Problemlösungsprozess als auch als Forschungsmethode verstanden wird. Aktionsforschung bezieht sich auf die Gewinnung von Erkenntnissen über ein soziales System, wobei gleichzeitig versucht wird, Änderungen in diesem System herbeizuführen (Hart und Bond 1996). Die Betonung liegt dabei stark auf Bewusstwerdungsprozessen und Formen der Zusammenarbeit zwischen Forschern und praktisch tätigen Pflegekräften.

Dieser Ansatz ist gut geeignet, um die Veränderungsprozesse, die in den beteiligten Pflegediensten durch die beschriebenen Interventionen herbeigeführt werden, zu begleiten und zu beschreiben. Ein Aktionsforschungsansatz hat vier wesentliche Charakteristiken, die mit dem Erkenntnisinteresse dieser Untersuchung im Einklang stehen: Es geht um eine enge Zusammenarbeit von Forschern und Praktikern, die Lösung praktischer Probleme, eine Veränderung der Praxis und die Theorieentwicklung (Hart und Bond 1996, S. 37). Die enge Zusammenarbeit zwischen Forschern und Praktikern wurde in diesem Projekt durch die regelmäßigen Kontakte des Forscherteams mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegedienste gewährleistet. Neben den Gruppeninterviews gab es die kontinuierliche Möglichkeit der telefonischen Kontaktaufnahme. Die Lösung praktischer Probleme in diesem Projekt

bezog sich auf die Situationseinschätzung häuslicher Pflegesituationen, die Schwierigkeiten mit der Dokumentation und die Diskussion der Schwierigkeiten in der Leistungserbringung im Rahmen des Leistungskomplexsystems. Die Veränderung der Praxis wurde durch die Möglichkeit der flexiblen Leistungserbringung umgesetzt. Der Beitrag zur Theorieentwicklung wird durch den Ergebnis- und Diskussionsteil in diesem Bericht geleistet, in dem Stellung genommen wird zur Gestaltung häuslicher Pflege angesichts existierender Rahmenbedingungen.

Vier Typologien von Aktionsforschung können unterschieden werden: experimentelle, organisationsbezogene, professionalisierende und befähigende. Eine Zuordnung wird anhand folgender Kriterien vorgenommen (a.a.O., S. 40 ff):

- *Bildungsgrundlage*: in diesem Projekt wurde durch die Fortbildungsveranstaltung in den teilnehmenden Pflegediensten einerseits angestrebt, die Kompetenz der Pflegefachkräfte zu erweitern und andererseits, das wissenschaftliche Ziel dieser Untersuchung zu vermitteln. Die Bildungsgrundlage ist daher der experimentellen und professionalisierenden Aktionsforschung zuzuordnen.
- *Individuen innerhalb von Gruppen*: Die Auswahl der teilnehmenden Pflegefachkräfte erfolgte nicht kontrolliert. Die Pflegedienstleitungen haben in die Teilnahme eingewilligt und dementsprechend haben sich einzelne Pflegefachkräfte als Teil eines professionellen Teams innerhalb der Dienste an den Gruppeninterviews beteiligt (professionalisierend).
- *Problemfokus*: Die Beschreibung des diesem Projekt zugrunde liegenden Problems (siehe Kapitel 3) entstammt der wissenschaftlichen Beschäftigung mit der Ausgestaltung häuslicher Pflege (experimentell) sowie geäußerter Kritik aus der Praxis (professionalisierend).
- *Auf Veränderung zielende Intervention*: Die Intervention des Projekts (Veränderung der Rahmenbedingungen der Finanzierung häuslicher Pflege) erfolgte mit der klaren Absicht, eine theoretische Annahme zu evaluieren (experimentell) sowie Probleme in der häuslichen Pflege im Sinne einer an einer Forschungserkenntnissen orientierten Pflege zu lösen (professionalisierend).
- *Verbesserung und Engagement*: Ziel des Projektes war es, eine Verbesserung der professionellen Praxis zu erreichen (professionalisierend) und einen konsensorientierten Dialogprozess über die Verbesserung zu initiieren (organisationsbezogen).
- *Zyklischer Prozess*: Das Projekt hatte das Ziel, problemspezifische Prozesse zu identifizieren und vielfältige Einflüsse, die sich auf das Ergebnis auswirken, zu erfassen.
- *Forschungsbeziehung und Grad der Zusammenarbeit*: Dabei handelt es sich in diesem Projekt um die experimentelle Form, da es um ein durch das Forschungsteam initiiertes und durch Drittmittel finanziertes Projekt ging.

Der Typologie von Hart, Bond (1996) folgend, ist dieses Projekt am ehesten der professionalisierenden Aktionsforschung zuzuordnen, wobei es auch Anteile der organisationsbezogenen und experimentellen Aktionsforschung aufweist.

6.2.1 Die Suche nach und Gewinnung von teilnehmenden Pflegediensten

Die Suche nach teilnehmenden Pflegediensten lässt sich in drei aufeinander folgende Phasen unterteilen.

Phase 1: Umsetzung der geplanten Akquirierung von Pflegediensten

Anfänglich wurden Pflegedienste in Kooperation mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München und dem Krankenhaus München-Neuperlach kontaktiert. Im Rahmen eines Projekts zur "Koordinierten Entlassung" am Krankenhaus Neuperlach bestanden bereits Kontakte zu örtlich ansässigen Pflegediensten. Ein erstes Informationstreffen fand im Februar 2003 im Krankenhaus München-Neuperlach statt. Anwesend waren bei diesem Gespräch fünf Pflegedienste, wobei diese Bedenken bezüglich der Kooperation mit den Pflegekassen äußerten. Nach regelmäßiger Information zum Stand des Projekts wurde ein Fortbildungstermin am 23./24. September 2003 vereinbart. Von bis dahin sieben interessierten Pflegediensten nahmen sechs an der Fortbildungsveranstaltung teil. Im Anschluss erfolgten Gespräche des Forscherteams mit jedem Pflegedienst, um konkrete Absprachen zu treffen. Nach der endgültigen Vertragsfassung der Pflegekassen Ende Oktober 2003 sagte lediglich ein Pflegedienst seine Teilnahme zu. Die Gründe für die jeweilige Nichtteilnahme wurden, soweit von den Pflegediensten ermöglicht, in einem Gespräch mit den Führungskräften ermittelt. Generell ist zu konstatieren, dass die Pflegedienste eine Reform der Leistungsabrechnung über Zeitvergütungen sehr begrüßen. Die Kritik bezog sich vorrangig auf die Ausgestaltung des Vertrags nach § 89 SGB XI. Der darin vereinbarte Stundensatz wurde als nicht akzeptabel eingeschätzt. Darüber hinaus wurde auch die Aufteilung der Leistungsbereiche in "Grundpflege", "Hauswirtschaftliche Versorgung" und "Erweiterte Kernleistungen" kritisiert, da sie grundsätzlich dem Projektgedanken einer vollständigen Flexibilität in der Leistungserbringung zuwiderlaufe. Mit der Teilnahme nur eines einzigen Pflegedienstes wurde ein nächster Schritt zur Gewinnung weiterer Pflegedienste notwendig.

Phase 2: Ausweitung der Projektregion auf das Stadtgebiet München

Zur weiteren Suche wurden informelle Kontakte zu den Wohlfahrtsverbänden, zum Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) aufgenommen, sowie zu einzelnen Pflegediensten auf informellem Weg und zu Pflegediensten, die vom Projekt gehört hatten und Interesse signalisierten. Trotz einer grundsätzlich positiven Einstellung zur Projektidee und eines großen Interesses nahm der Großteil der kontaktierten Pflegedienste Abstand von einer Teilnahme. Neben der Vertragsgestaltung wurde auch der Aufwand der Abrechnung und Dokumentation als Hinderungsgrund genannt. Organisatorische Aspekte, wie beispielsweise die Veränderungen der Tourenplanung für die teilnehmenden Pflegebedürftigen, Änderung der Abrechnungsmodalitäten etc., waren ein weiterer Ablehnungsgrund. In einem Fall wurde die Ablehnung damit begründet, dass das Projekt auf dem Rücken der Pflegenden ausgetragen würde.

Bei den frei-gemeinnützigen Anbietern gab es Gespräche auf Verbandsebene, die ebenfalls anfänglich positiv verliefen, jedoch letztlich aus einer Vielzahl von Gründen innerverbandlicher und außerverbandlicher Art nicht zu einer Teilnahme führten.

Das Thema "personenbezogene Budgets" erschien zudem vermehrt in der Fachöffentlichkeit, und es traten Verwechslungen mit dem Modellprojekt nach § 8 Abs. 3 SGB XI aus Freiburg auf, was bei den Pflegeanbietern zusätzlich Verwirrung stiftete. Insgesamt fanden Gespräche (telefonisch und/oder persönlich) mit 12 Pflegeanbietern statt, drei Pflegedienste sagten zu, so dass nun vier Pflegedienste am Projekt beteiligt waren. In den drei "neuen" Pflegediensten wurden verkürzte Fortbildungen durchgeführt und jeweils das konkrete Procedere abgesprochen. Regelmäßige telefonische Kontakte und persönliche Gespräche vor Ort waren während des gesamten Projektzeitraums mit den teilnehmenden Pflegediensten obligatorisch. Mitglieder des Forscherteams waren in der Regel einmal monatlich für einige Tage in München. Aufgrund der zwischenzeitlichen Befürchtung, dass es schwierig sein würde, eine ausreichende Anzahl an Pflegediensten für das Projekt zu gewinnen, wurde eine dritte Phase initiiert.

Phase 3: Ergänzung einer Projektregion in NRW

Aufgrund bestehender institutioneller Kontakte zur BEK Hauptverwaltung in Wuppertal konnte im Juli 2004 zeitnah eine Kooperation zum Projekt vereinbart werden. Der Sozialhilfeträger war hier nicht beteiligt, so dass sich das Budget auf die Sachleistungen innerhalb des SGB XI und BEK-Versicherte beschränkte. Die Sozialhilfeträger in NRW wurden nicht in das Projekt eingebunden, da es durch die zu führenden Gespräche zu weiteren Verzögerungen gekommen wäre.

Es wurden daraufhin sieben mit dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke kooperierende Pflegedienste kontaktiert, vier Pflegedienste sagten ihre Teilnahme zu, wobei diese in einem der vier Pflegedienste daran scheiterte, dass sich keine BEK-Versicherten fanden, die sich zur Teilnahme bereit erklärten. Auch hier erfolgten jeweils in den Pflegediensten verkürzte Fortbildungen und konkrete Absprachen über das Vorgehen.

Es ist festzuhalten, dass die Suche nach teilnehmenden Pflegediensten mit einem sehr viel höheren Zeitaufwand verbunden war, als in der Planung vorgesehen, so dass sich der gesamte Projektverlauf verzögerte und eine Verlängerung der Erhebungsphase notwendig wurde, um zu aussagekräftigen Ergebnissen zu gelangen. Im November 2004 wurde durch den Beirat der Projektzeitraum bis Juni 2005 erweitert. Eine Übersicht über die teilnehmenden Pflegedienste kann der nachfolgenden Tabelle entnommen werden:

Tabelle 6-1: Teilnehmer, Pflegedienste⁶

Pflege-Dienst	Träger / Rechtsform	Anzahl Mitarbeiter gesamt	davon		Anzahl Patienten gesamt	davon			Speziali-sierung
			Pflege-Fachkräfte	Pflege-helfer		SGB V	SGB XI	SGB XII	
Dienst A	Wohlfahrts- verband gemeinnützig	20	8	5	123	ca. 45 %	ca. 54 %	Einzel- fälle	
Dienst B	Privatperson GmbH	19	6	k. A.	45	k. A.	ca. 90%	k. A.	HIV/AIDS Alleinlebende
Dienst C	Privatperson	14	11	3	70	ca. 76 %	ca. 13%	ca. 15 %	zunehmend Schwerst- pflege
Dienst D	e. V.	17	ca. 8	7	40	ca. 15 %	100%	k. A.	
Dienst E	Privatperson Einzelfirma	13	ca. 5	ca. 7	65	ca. 31 %	100 %	k. A.	Anleitung und Beratung (im Aufbau)
Dienst F	Privatperson GmbH ⁷	67	k. A.	k. A.	115	ca. 70 %	ca. 30 %	k. A.	
Dienst G	Privatperson GmbH	13	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.

⁶ k. A.: Entsprechende Angaben wurden nicht zur Verfügung gestellt

⁷ Während des Projektzeitraumes mit freigemeinnützigem Träger "fusioniert"

6.2.2 Datenerhebung im Rahmen der Aktionsforschung

Die ursprüngliche Planung bestand darin, die Pflegefachkräfte aus den beteiligten Pflegediensten im Rahmen regelmäßig stattfindender Gruppendiskussionen zu befragen. Die Gruppendiskussion ist ein Verfahren, in dem die Diskussion von Themen im Mittelpunkt steht. Solche Verfahren sind von außen durch einen Forscher initiiert und finden in der Regel mit sog. Realgruppen statt. Realgruppen zeichnen sich dadurch aus, dass sie einen auf den Forschungsgegenstand bezogenen gemeinsamen Erfahrungshintergrund haben und dass sie schon vorher (quasi natürlich) existieren und nicht extra für die Forschung zusammengesetzt sind. Die Diskussion wird durch einen Forscher geleitet und der Austausch findet über ein bestimmtes Thema statt (Loos und Schäffer 2001). Mit dem Aktionsforschungsansatz wird einerseits die gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen Forschern und praktisch Tätigen betont sowie auf die Veränderung der Praxis und der Theorieentwicklung hingearbeitet (Hart und Bond 2001). In diesem Zusammenhang eignet sich das Gruppendiskussionsverfahren zur Datenerhebung. Hiermit wird die Perspektive der Pflegefachkräfte unter den veränderten Rahmenbedingungen aufgezeigt und die möglichen Veränderungsprozesse dargestellt und weiterentwickelt.

Aufgrund der durch den tatsächlichen Projektverlauf (siehe oben) notwendigen Einbeziehung von Pflegediensten im gesamten Stadtgebiet von München und die Einbeziehung dreier Pflegedienste in NRW, musste die ursprüngliche Planung den tatsächlichen Gegebenheiten angepasst werden. Statt gemeinsamer Gruppendiskussionen mit den Pflegefachkräften aller beteiligten Pflegedienste wurden Gruppeninterviews in Anlehnung an die Verfahrensweise, die von Flick (2002) beschrieben wurde, mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der einzelnen Dienste geführt. Im Gegensatz zum Gruppendiskussionsverfahren stehen bei den Gruppeninterviews nicht die kollektiven Orientierungsmuster (Bohnsack 2002), sondern die Erhebung individueller Meinungen im Gruppenkontext im Mittelpunkt.

Da die beteiligten Pflegedienste zu unterschiedlichen Zeitpunkten in das Projekt eingestiegen sind, war ein einheitliches Vorgehen hinsichtlich der Anzahl der Gruppeninterviews und der Intervalle zwischen den Interviews nicht möglich. Bei zwei Pflegediensten war die Beteiligung der Pflegebedürftigen nur von kurzer Dauer, so dass ein Gruppeninterview nicht sinnvoll erschien. Ein Pflegedienst ist erst mit Verspätung in das Projekt eingestiegen, so dass nur ein Gruppeninterview geführt werden konnte. In den anderen vier Pflegediensten hat es zwei, in einem drei Gruppeninterviews gegeben. Insgesamt wurden also 10 Gruppeninterviews mit 3 bis 6 Teilnehmern im Rahmen des Projekts in den unterschiedlichen Pflegediensten durchgeführt. Die Gruppeninterviews wurden in den Räumlichkeiten der beteiligten Pflegedienste durch jeweils zwei Mitglieder des Forschungsteams geführt. Die Interviews wurden aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

Es wurde im Laufe der Datenerhebung deutlich, dass neben den Aussagen der Pflegefachkräfte auch Aussagen der jeweiligen Pflegedienstleitungen ergänzende Erkenntnisse zur Umsetzung des Projektansatzes erwarten ließen. Aus diesem Grund wurden in allen sieben beteiligten Pflegediensten

Interviews mit den jeweiligen Pflegedienstleitungen anhand eines strukturierten Interviewleitfadens geführt.

6.3 Das Fallstudiendesign

Die Perspektive der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konnte mittels des Aktionsforschungsansatzes gut erfasst werden. Um aber auch die Perspektive der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen zu erfassen, war ein anderer Forschungsansatz notwendig. Ein zentrales Anliegen dieser Studie war es, die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen zu verbessern. Es wurde davon ausgegangen, dass die geleisteten Pflegeinterventionen der lebensweltlichen Realität der jeweiligen häuslichen Pflegesituation gerecht werden. Es konnte jedoch nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob sich diese Erwartung erfüllt und wie sich der Prozess vollzieht. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, eignet sich methodologisch die Anwendung eines Fallstudiendesigns. Nach Yin, (1994) ist eine Fallstudie eine empirische Untersuchung, die ein Phänomen in seinem Alltagskontext untersucht. Hierbei kann eine deutliche Grenze zwischen dem Phänomen und dem Kontext nicht immer gezogen werden. Diese sozialwissenschaftliche Methode kann verschiedene Instrumente und Datenquellen für die Untersuchung nutzen (a.a.O.). Ein Fallstudiendesign kann sowohl in quantitativen wie in qualitativen Forschungen angewandt werden, wobei die Anwendung in qualitativen Studien derzeit überwiegt (Yin 1994; Bergen 2000). Der Wert einer Fallstudie ist darin zu sehen, dass die Art der Untersuchung ermöglicht, einen tiefen Einblick in einen Prozess zu erhalten (Aldridge 1999). Fallstudien stellen eine unmittelbare Verbindung zwischen Theorie und Empirie dar. Deshalb eignet sich ein solches Vorgehen sehr für praxisorientierte Studien sowie zur Theorieentwicklung (Yin 1994; Aldridge 1999; Bergen 2000). Schwächen werden dieser Art der Forschung immer wieder im Hinblick auf ihre Repräsentativität der Ergebnisse nachgesagt, da sie zumeist mit sehr geringen Fallzahlen durchgeführt werden. Diesem Argument ist entgegenzuhalten, dass durch ein Fallstudiendesign aufgrund der reichhaltigen Datenbasis durchaus eine Repräsentativität in den Konzepten erreicht werden kann (Bergen 2000).

6.3.1 Komponenten einer Fallstudienuntersuchung

Yin (1994) beschreibt fünf Komponenten einer Fallstudienuntersuchung. Dies sind die Forschungsfrage, die Propositionen, die Analyseeinheiten, die logische Verbindung zwischen den Daten und den Propositionen sowie den Kriterien für die Dateninterpretation (Yin 1994).

Für Fallstudienuntersuchungen eignen sich vor allem Forschungsfragen, die dem "wie" und "warum" nachgehen und bei dem der Forscher wenig Einfluss auf die Teilnehmer der Untersuchung hat. Beide Bedingungen waren in diesem Projekt gegeben. Die Fragestellungen sind im Kapitel 5 detailliert aufgeführt. Sie stellen den Veränderungsprozess in den Mittelpunkt des Interesses. Durch die Interventionen haben die Forscher Einfluss auf die Bedingungen, unter denen häusliche Pflege erbracht wird, genommen. Die nachfolgenden Prozesse wurden durch das Forschungsteam begleitet. Die Propositionen reflektieren wichtige theoretische Erkenntnisse zum Forschungsgegenstand. Sie zu

verdeutlichen, ist vor dem Beginn einer Fallstudie notwendig und spezifiziert die Forschungsrichtung. Die Propositionen für dieses Projekt wurden in den Kapiteln 2 und 4 dargestellt. Sie fanden bei der Erstellung von Interviewleitfäden für die Datenerhebung sowie bei der Datenanalyse Anwendung.

Die Analyseeinheit stellt die Definition des Falles dar. In der klassischen Definition von Fallstudien ist der Fall eine einzelne Person. Es ist aber auch möglich, einen Implementierungsprozess, Organisationen oder ähnliches als einen Fall zu definieren. Der Fall muss in Verbindung mit der Forschungsfrage definiert werden. In diesem Projekt wird der Fall als eine häusliche Pflegesituation definiert, wie sie in Kapitel 4 konzeptualisiert ist. Diese besteht aus den Pflegebedürftigen und ggf. aus den pflegenden Angehörigen und anderen Akteuren des sozialen Netzes des Pflegebedürftigen. Die Verbindung von Daten mit den Propositionen sowie die Interpretation der Ergebnisse sind Komponenten der Datenanalyse. Die Datenanalyse sollte mit der Datenerhebung zeitlich überlappen (Yin 1994; Aldridge 1999).

6.3.2 Die Datenerhebung im Rahmen der Fallstudien

Es ist wünschenswert, auf mehrere Datenquellen wie Interviews oder schriftliche Dokumentationen zurückzugreifen (Datentriangulation), um die Relevanz der Ergebnisse und in diesem Zusammenhang die Konstruktvalidität zu erhöhen (Bergen 2000). In diesem Projekt wurden als Datenquellen sowohl Interviews mit den Akteuren der häuslichen Pflegesituation sowie Pflegedokumentationen genutzt.

Das Projekt sollte möglichst unterschiedliche Pflegesituationen berücksichtigen. Angestrebt wurde, sowohl Pflegebedürftige in neuen, als auch in lang andauernden Pflegesituationen aufzunehmen. Im Fall der neu entstandenen Pflegesituationen sollte die Auswahl über die Case Managerin im Krankenhaus Neuperlach erreicht werden. Bei den seit längerem bestehenden Pflegesituationen erfolgte die Auswahl der Pflegebedürftigen direkt über die Pflegedienste. Durch Aufgabe des Regionalbezugs bzw. durch die Teilnahme nur eines dort ansässigen Pflegedienstes, wurde dieses Vorhaben erschwert. Dadurch dass nur ein Pflegedienst in der Region Neuperlach am Projekt teilgenommen hat, war die Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen faktisch nicht gegeben, was sich nachteilig auf die Gewinnung von Pflegebedürftigen auf eine Teilnahme auswirkte. Daneben spielten Gründe wie das Erleben einer akuten Erkrankung mit dem Bedürfnis nach Sicherheit und die damit verbundene Ablehnung einer Teilnahme an einem Forschungsprojekt genauso eine Rolle wie organisatorische Aspekte wie die Verlegung in weiterführende Einrichtungen des Gesundheitswesens (Kurzzeitpflege, Rehabilitationskliniken etc.). Eine weitere Befürchtung vor der Einwilligung in die Teilnahme an diesem Projekt bestand darin, eine höhere Zuzahlung als bisher leisten zu müssen. Diese Umstände führten letztlich dazu, dass sich keine Pflegebedürftigen fanden, die sich erst seit kurzem in der Situation befanden, häusliche Pflege in Anspruch nehmen zu müssen und sich zu einer Teilnahme am Projekt bereit erklärten. Für die Auswahl der pflegebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen in Langzeitsituationen galten folgende Kriterien:

- Die Pflegebedürftigen sollten möglichst zu 100% Sachleistung erhalten, wodurch die Bildung des Budgets und die Abrechnung für die Pflegedienste und Pflegekassen erleichtert werden

sollte. Auf Anregung der Pflegeanbieter wurden auch Pflegebedürftige, die Kombinationsleistungen erhalten, aufgenommen

- Die Pflegebedürftigen in München-Neuperlach konnten Empfänger von BSHG-Leistungen sein. Dieses Kriterium galt ausschließlich für die ursprüngliche Projektregion, also nur in einem teilnehmenden Pflegedienst. Letztlich erhielt keiner der teilnehmenden Pflegebedürftigen BSHG-Leistungen.
- Die Pflegebedürftigen in München konnten in jeder Pflegekasse versichert sein, Ansprechpartner für einen reibungslosen Ablauf wurden für die AOK, die BEK und die DAK benannt. In der Projektregion NRW war die Mitgliedschaft bei der BEK verpflichtende Voraussetzung zur Auswahl und Teilnahme.

In der Regel nahmen die Pflegedienstleitungen Kontakt mit potentiellen Pflegebedürftigen und/oder ihren Angehörigen auf, erklärten in einem Gespräch das Ziel und die Vorgehensweise (schriftliche Informationen wurden für die Pflegedienste und Pflegebedürftigen durch das Forscherteam zur Verfügung gestellt) und informierten das Forscherteam, wenn die Bereitschaft zur Teilnahme bestand. Im Rahmen des Erstbesuches wurde das Einverständnis zur Teilnahme durch die Forschenden eingeholt. Einige angebaute Kontakte seitens der Pflegedienste konnten aus verschiedenen Gründen nicht weiter geführt werden: individuelle Wahrnehmung bezüglich der Veränderungen im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform, Krankenhausaufenthalte, Sorge vor Veränderung gewohnter Abläufe, Sorge vor Zuzahlung, akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder Versterben des Pflegebedürftigen, Ablehnung durch Betreuer oder der Bezug von SGB XII Leistungen. Eine Teilnehmerin verstarb im Verlauf des Projekts, eine andere zog ihre Teilnahme aus persönlichen Gründen zurück, eine andere musste mehrfach ins Krankenhaus und in einer Situation musste aufgrund eines hinzugekommenen SGB XII Bedarfs die Teilnahme seitens der Pflegebedürftigen abgebrochen werden, da die Patientin nicht in der ursprünglich vorgesehenen Projektregion wohnte.

Zur Beschreibung der häuslichen Pflegesituationen erfolgte jeweils ein Erstinterview mit den Pflegebedürftigen und/oder ihren Angehörigen, gefolgt von weiteren Interviews in regelmäßigen Abständen von ca. acht Wochen, um Veränderungen darstellen zu können. Alle Interviews waren leitfadengestützt, wobei der Interviewleitfaden im Verlauf entsprechend modifiziert wurde. Die Interviews wurden größtenteils transkribiert und mittels theoriegeleiteter, qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring 1996) anhand der Konzeptualisierung häuslicher Pflegesituationen (Kapitel 4) ausgewertet. Daraus entstanden Fallbeschreibungen (Kapitel 7), die die häuslichen Pflegesituationen im Projektverlauf widerspiegeln, also die Gesamtsituation der Pflegebedürftigen und Angehörigen in ihrem sozialen Umfeld, indem beschrieben wird, welche Auswirkung die neue Finanzierungsform für ihre Situation hat. Das Dokumentationssystem floss als weitere Datenquelle in die Auswertung mit ein. Zum anderen erfolgte die Analyse anhand der Fragestellungen im Projekt (Kapitel 5), die zu den Ergebnissen unter Kapitel 8 führten.

Insgesamt konnten 11 Fälle in das Projekt aufgenommen werden. Aufgrund der genannten Schwierigkeiten war es nicht möglich, eine Auswahl der Teilnehmer aufgrund inhaltlicher Erwägungen vorzunehmen. Vielmehr erfolgte die Suche über die Pflegedienste, die neben den oben erwähnten Kriterien, frei in der Auswahl waren. Dabei kristallisierten sich drei Gruppen von Pflegebedürftigen heraus, die letztlich am Projekt teilnahmen: allein lebende, ältere Menschen, an Demenz Erkrankte sowie schwerst mehrfach Erkrankte (alle weiblich). In den Interviews mit den Pflegedienstleitungen wurde bestätigt, dass es bei diesen drei Gruppen besondere Probleme in der Leistungserbringung anhand der Leistungskomplexsystematik gibt. Angesichts der Tatsache, dass es viele sich im Projektverlauf ergebende Einschränkungen bei der Teilnehmersuche einerseits sowie Vorbehalte bei den Betroffenen andererseits gegeben hat, war dieses Vorgehen der einzig gangbare Weg. Die ursprüngliche Erwartung, auch Pflegesituationen miteinzubeziehen, in denen pflegende Angehörige eine aktivere Rolle spielen, konnte nicht erfüllt werden. Dennoch bieten die beteiligten Pflegesituationen eine gute Basis für dieses Projekt.

Eine detaillierte Fallbeschreibung der 11 Fälle erfolgt in Kapitel 7. Insgesamt wurden 23 Interviews mit den Pflegebedürftigen und/oder ihren Angehörigen geführt, wobei in zwei Fällen vier Interviews, in einem Fall drei, in vier Fällen zwei und in vier Fällen nur ein Interview geführt wurde. Eine Übersicht über die teilnehmenden Pflegebedürftigen bietet folgende Tabelle (Anmerkung: Die Codes 05 und 12 wurden vergeben, die Betroffenen haben aber dann ihre Bereitschaft zur Teilnahme zurückgezogen, die Pflegebedürftigen 10 und 11 leben in einer Wohngemeinschaft für Demenzerkrankte, wodurch die Anzahl der Haushaltsangehörigen zu erklären ist).

Tabelle 6-2: Teilnehmer, Pflegebedürftige

	Jahrgang	Geschlecht	Haushalts- Angehörige, inkl. PB	Pflege- stufe	Pflegebe- dürftig seit	Krankheitsbild
01	1935	W	2	II	2002	Parkinsonsche Krankheit
02	1915	W	1	II	2001	Apoplex, Leukämie
03	1940	W	1	I	2004	Apoplex, Bronchial-CA, AVK
04	1915	W	1	I	2004	Z. n. Sturz mit schwerer Prellung
06	1931	W	1	I	2003	Z. n. Bandscheiben-OP, CVI, Harninkontinenz
07	1928	W	1	II	2000	Harninkontinenz, Herzinsuffizienz, Arthrose
08	1925	W	1	II	2001	Ulcus cruris venosum
09	1927	W	2	II	1988	Apoplex, Harninkontinenz
10	1921	W	8	II	1998	Demenz, Divertikulose
11	1924	W	8	II	1998	Demenz
12	1910	W	1	II	2003	Demenz

6.4 Die Evaluationsforschung

Bereits im Vorfeld wurde davon ausgegangen, dass ein Projekt mit dem Ziel, existierende Realitäten zu verändern, nicht analog der ursprünglichen Absichten durchzuführen sein würde. Welche Veränderungen und Anpassungen notwendig sein würden, war allerdings zu Beginn noch nicht abzusehen. Aus diesem Grund wurde nach einem Verfahren gesucht, mit dem sich der Projektverlauf und die Einschätzungen der beteiligten Akteure strukturiert abbilden lassen. Verfahren der Evaluationsforschung bieten einen solchen strukturierten Rahmen. Zielrichtung war es dabei nicht, sich formell selbst zu evaluieren, sondern den gesamten Projektprozess aufzeigen zu können und ein Raster zur internen Teamreflexion zu haben. Ein wichtiger Schritt in diesem Zusammenhang war die Gründung des Projektbeirats.

Bereits zu Beginn des Projektes war es ein ausdrückliches Anliegen, die Entwicklungen, Probleme und Erkenntnisse in einem breiteren Kontext zu diskutieren. Aus diesem Grund wurde zur Begleitung des Projektes ein Projektbeirat gegründet, dessen Funktion in der inhaltlichen Diskussion und Begleitung

lag. Der Beirat setzte sich nach Rücksprache mit allen Beteiligten wie folgt zusammen: Je zwei Vertreter der Pflegedienste und der Pflegekassen, je ein Vertreter des Sozialreferates, des Amtes für Soziale Sicherung, des Stadtrates, des Referates für Gesundheit und Umwelt (RGU) der Landeshauptstadt München sowie ein Vertreter des MDK und des Krankenhauses München-Neuperlach. Das Forscherteam aus Witten war komplett im Beirat vertreten. Die Moderation und Leitung der Sitzungen wurde in Zusammenarbeit vom RGU und Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke übernommen. Insgesamt waren drei Beiratsitzungen geplant, mit Verlängerung des Projekts wurde ein weiterer Termin ergänzt. Die Sitzungen erfolgten im März, Juli und November 2004, sowie abschließend im Juni 2005.

In den vier Sitzungen wurde der aktuelle Stand des Projekts berichtet und kritisch diskutiert. Zudem wurden weitere Schritte besprochen und vereinbart. Seit der zweiten Sitzung fanden erste inhaltliche Auseinandersetzungen zu den sich abzeichnenden Ergebnissen statt. In der dritten Sitzung stellte sich die Frage nach der Weiterführung der Pflegesituationen bei Beendigung der Projektphase. Die Beteiligten einigten sich auf individuelle Einzelfallentscheidungen, die in Absprache in der konkreten Situation jeweils erfolgt sind. In der letzten Sitzung wurden erste Ergebnisse dargestellt und einige Aspekte hinterfragt und diskutiert, die innerhalb dieses Berichtes berücksichtigt wurden. Die Einsetzung eines Beirats erwies sich als konstruktiv kritische Instanz, die im Projekt eine Bereicherung darstellte. Für weitere Projekte innerhalb der Landeshauptstadt München wurde angeregt, einen Vertreter der Beschwerdestelle beim Oberbürgermeister für Probleme in der Altenhilfe hinzuzuziehen.

6.3.1. Die Standards zur Überprüfung eines Evaluationsprogramms

Mit den hier aufgeführten Kriterien steht der Evaluation ein Instrument zur Verfügung, welches die Qualität der Evaluation umfassend und in präziser Form umschreibt (Widmer 2000) und aus diesem Grund für dieses Projekt ausgewählt wurde.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der Evaluationsforschung gab es in den siebziger Jahren in den USA Bemühungen, Qualitätskriterien zu entwickeln. Das "Joint Committee on Standards of Educational Evaluation" erstellte in diesem Rahmen ein Kriterienpaket, welches sich durch die methodische wie erkenntnistheoretische Offenheit auszeichnet. Die Kriterien machen es möglich, sowohl quantitative wie qualitative Evaluationen zu überprüfen. Diese Standards verbreiteten sich in der Bundesrepublik Deutschland erst Mitte der neunziger Jahre (Widmer 2000). Durch die Standards wird ein breites Spektrum an Qualitätskriterien abgedeckt, die ein Evaluationsprogramm erfüllen soll. Widmer (2000) führt dazu aus, dass die unterschiedlichen Bereiche der Standards wie auch die Einzelkriterien der unterschiedlichen Bereiche der Standards gleichberechtigt nebeneinander stehen und keiner Hierarchie unterliegen. Da unter Umständen im Rahmen eines Projektes die unterschiedlichen Bereiche und Einzelkriterien miteinander konkurrieren können, muss im Einzelfall entschieden werden, welchem der Vorzug gegeben werden sollte. Widmer (2000) weist zudem daraufhin, dass die hier formulierten Standards als Maximalansprüche gesehen werden sollten. Ziel ist es, diesen Ansprüchen so weit wie möglich zu entsprechen. Im Folgenden werden die Standards beschrieben (Widmer 2000):

Nützlichkeit: Die Nützlichkeitsstandards sollen sicherstellen, dass sich eine Evaluation an den Informationsbedürfnissen der vorgesehenen Evaluationsnutzer ausrichtet. Dazu gehören die Ermittlung der Beteiligten und Betroffenen, die Glaubwürdigkeit der Evaluatoren, der Umfang und die Auswahl der Informationen, die Feststellung von Werten, die Klarheit des Berichts, die Rechtzeitigkeit und Verbreitung des Berichts sowie die Wirkung der Evaluation.

In diesem Projekt wurde sehr viel Wert auf die Einbeziehung aller relevanten Akteure gelegt und das Forschungsteam hat sich bemüht, die Anliegen des Projekts und die konkreten Vorgehensweisen klar und deutlich zu kommunizieren.

Durchführbarkeit: Durch die Durchführbarkeitsstandards soll sichergestellt werden, dass eine Evaluation realistisch, gut durchdacht, diplomatisch und kostenbewusst ausgeführt wird. Dazu gehören die praktischen Verfahren, die politische Tragfähigkeit und die Kostenwirksamkeit.

Im Rahmen dieses Kapitels wurden die Absprachen zu den konkret anzuwendenden Verfahren sowie die notwendigen Anpassungen dargelegt. Die politische Tragfähigkeit der Empfehlungen, die aus diesem Projekt resultieren, ist begrenzt und wird sich erst in der Zukunft erweisen. Hinsichtlich der Kosten ist es gelungen, ein Projekt unter den gegebenen realen Bedingungen durchzuführen und dementsprechend orientieren sich die Empfehlungen auch an diesen Bedingungen. Die Erkenntnisse sind ohne finanzielle Zuwendungen der beteiligten Akteure oder offizieller Stellen entstanden.

Korrektheit: Die Korrektheitsstandards sollen sicherstellen, dass eine Evaluation rechtlich und ethisch korrekt durchgeführt wird und dem Wohlergehen der in die Evaluation einbezogenen und auch der durch die Ergebnisse betroffenen Personen gebührende Aufmerksamkeit widmet. Dazu gehören die Unterstützung der Dienstleistungsorientierung der teilnehmenden Organisationen, formale Vereinbarungen, Schutz individueller Menschenrechte, menschlich gestaltete Interaktion, vollständige und faire Einschätzung, Offenlegung der Ergebnisse, Deklaration von Interessenskonflikten und finanzielle Verantwortlichkeiten.

Aus dem dargestellten Verlauf sowie den folgenden Kapiteln wird ersichtlich, dass diesem Kriterium weitestgehend entsprochen werden konnte. Mit dem ethischen Clearing wurden wesentliche Aspekte dieses Standards berücksichtigt.

Genauigkeit: Die Genauigkeitsstandards sollen sicherstellen, dass eine Evaluation über die Güte und/oder die Verwendbarkeit des evaluierten Programms fachlich angemessene Informationen hervorbringt und vermittelt. Dies umfasst die Programmdokumentation, Kontextanalyse, Beschreibung, systematische Informationsüberprüfung, die Analyse quantitativer und qualitativer Informationen, begründete Schlussfolgerungen, unparteiische Berichterstattung sowie die Meta-Evaluation.

Diese Aspekte sind bei der Erstellung des Berichts berücksichtigt worden.

6.5 Ethische Überlegungen

Das Forschungsdesign wurde mit den zu berücksichtigenden ethischen Überlegungen und Vorgehensweisen im Februar 2003 der Ethik-Kommission am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke vorgelegt. Die Ethik-Kommission erteilte dem Projekt im Juli 2003 das ethische Clearing.

7 Fallbeschreibungen

Im Rahmen des Fallstudiendesigns wurde als Fall in diesem Projekt die häusliche Pflegesituation definiert. Die nachfolgende Darstellung der Fälle erfolgt anhand der Beschreibung zur persönlichen Situation und der Erkrankung, gefolgt von einer Beschreibung der Wohnsituation und des sozialen Umfeldes. Daran schließt die Darstellung der pflegerischen Unterstützung während des Projektverlaufs an und es werden Aussagen zum Vergütungssystem und zum Projektverlauf sowohl aus Sicht der Pflegebedürftigen oder der Angehörigen, als auch aus Sicht der Pflegenden zusammengefasst, soweit hierzu Stellung genommen wurde. Schließlich erfolgt eine Darstellung des Projektverlaufs für die jeweilige Pflegebedürftige anhand der Pflegedokumentation, soweit diese zur Analyse vorlag, was in acht Fällen zutraf.

Festzustellen ist, dass es sich bei allen Teilnehmern um Frauen handelt. Zudem sei anzumerken, dass es sich – bis auf Frau C. – ausschließlich um Pflegebedürftige handelt, die auf Grund von altersbedingten Erkrankungen oder Einschränkungen – sofern auch demenzielle Erkrankungen und die Parkinson-Krankheit als solche betrachtet werden – auf pflegerische Unterstützung angewiesen waren.

7.1 Fallbeschreibung Frau A.

Frau A. ist 70 Jahre alt und lebt nach einer Scheidung in einer Partnerschaft mit ihrem derzeitigen Lebensgefährten. Ihren heutigen Partner lernte Frau A. vor ca. 25 Jahren kennen. Etwa seit dieser Zeit leben sie zusammen in einer gemeinsamen Wohnung. Der Lebensgefährte arbeitet als Schlosser außerhalb des Wohnortes. Um seiner täglichen Arbeit nachzugehen ist er von 6.30 bis 18.00 unterwegs, seine Lebensgefährtin ist in diesem Zeitraum alleine in der Wohnung, und wird durch einen ambulanten Pflegedienst betreut. Am Wochenende wird die Betreuung und Versorgung durch den Lebensgefährten gewährleistet. Vor der Erkrankung hat Frau A. als Arbeiterin im Versand gearbeitet.

Erste Anzeichen der Erkrankung zeigten sich ca. 1991/1992. Zunächst waren beginnende Einschränkungen im Bereich der Mobilität, vor allem beim Laufen festzustellen. Später wurde dann die Parkinson'sche Krankheit diagnostiziert. Vor den Einschränkungen war das Paar sehr aktiv. Lange Wanderungen und Spaziergänge waren ein großer Bestandteil der Freizeitgestaltung. Aufgrund der stark verschlechterten und eingeschränkten Mobilität sind diese Ausflüge jetzt nicht mehr möglich. Als weitere Erkrankung wurde bei Frau A. ein Diabetes mellitus diagnostiziert.

Frau A. und ihr Lebensgefährte leben in einer Straße, die ausschließlich mit mehrstöckigen Wohnblocks bebaut ist. Frau A. bewohnt mit ihrem Lebensgefährten eine 3-Zimmerwohnung im 5. Stock. Die Wohnung machte einen eher dunklen Eindruck. Auf dem Boden liegen Teppiche und Läufer. Das Badezimmer ist klein und zeigt keine behindertengerechten Umbauten.

Seit 1,5 Jahren wird Fr. A. durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt, der nach einem Krankenhausaufenthalt eingeschaltet wurde. Zunächst beschränkten sich die Leistungen des Pflegedienstes auf die Medikamentengabe, sowie die Blutzuckerkontrolle. Mittlerweile ist auch das

Richten des Frühstücks sowie die Unterstützung der Körperpflege Bestandteil der pflegerischen Versorgung. Die Einsätze durch den Pflegedienst erfolgten zunächst dreimal täglich in unterschiedlicher zeitlicher Länge. Im letzten Projektabschnitt wurde ein vierter Einsatz notwendig, der zusätzlich am späten Abend stattfindet. Im Rahmen der pflegerischen Versorgung spielt vor allem die eingeschränkte Mobilität von Fr. A. eine große Rolle.

Im Rahmen des morgendlichen Einsatzes (ca.10-15 Minuten) wird Fr. A. zunächst auf die Toilette geführt. Des Weiteren wird die Gabe der Medikamente sichergestellt, sowie eine Blutzuckerkontrolle durchgeführt. Im Bedarfsfall führen die Pflegekräfte auch die Notwendigkeit einer Mobilisation nach Sturzgeschehen an.

Der zweite Einsatz am Tag ist mit ca. 45 Minuten der längste Einsatz. Hierbei stehen die Körperpflege sowie die Mobilisation im Vordergrund. Zusätzlich richten die Pflegekräfte das Mittagessen in Form einer Brotzeit. Durch die Wirkung der Medikamente, die beim morgendlichen Einsatz verabreicht werden, ist Fr. A. während des zweiten Einsatzes besser mobilisierbar. Die Pflegekräfte nutzen den Mittagseinsatz daher, um die Körperpflege durchzuführen. Ebenfalls besteht um die Mittagszeit am ehesten die Möglichkeit, sich die Zeit für Gespräche und eine zusätzliche Mobilisation von Fr. A. zu nehmen. Im Rahmen des zweiten Einsatzes verabreichen die Pflegenden auch die Mittagsmedikation.

Ein dritter Einsatz findet gegen 16.00 Uhr am Nachmittag statt. Fr. A. wird hierbei von den Pflegenden zur Toilette geführt bzw. der Transfer innerhalb der Wohnung ermöglicht. Wiederum findet eine Medikamentengabe statt.

Im letzten Projektabschnitt wurde bei Fr. A. ein zusätzlicher abendlicher Einsatz um 21.00 Uhr notwendig. Nach einem Krankenhausaufenthalt hat sich die allgemeine Situation nochmals verschlechtert, und Fr. A. ist zusätzlich inkontinent, was den abendlichen Einsatz notwendig macht. Fr. A. wird dann grundpflegerisch versorgt und für die Nacht umgekleidet.

Um dem großen Problem der Sturzgefährdung zu begegnen, hat sich der Pflegedienst entschieden, die zur Verfügung stehende Pflegezeit auf mehrere Zeitpunkte am Tag zu verteilen, was auch durch die Medikamentengabe notwendig wird. In der Dokumentation wird ersichtlich, dass bei jedem Einsatz auch die Möglichkeit der "Mobilisation nach Sturz" eingeplant wird. Hier wird deutlich, dass es regelmäßig zu Stürzen kommt, die sich aber meist in Abwesenheit des Pflegepersonals oder des Lebensgefährten ereignen. Aus Sicht der Pflegekräfte kann hier eine präventive Ausrichtung der pflegerischen Interventionen nur bedingt erfolgreich sein.

Betrachtet man die pflegerische Situation in ihrer Gesamtheit ergibt sich ein sehr komplexes Gefüge von Anforderungen an die Pflegekräfte. Die Bewältigung der Mobilitätsproblematik, und die sich stark und schnell verändernde körperliche Befindlichkeit von Fr. A. erfordern von allen an der Pflege beteiligten ein hohes Maß an Flexibilität. Der Lebensgefährte von Fr. A. hat mit Hilfe des Pflegedienstes ein Versorgungsnetzwerk um Fr. A. aufgebaut, in dem er selbst trotz seiner Berufstätigkeit eine wichtige Rolle spielt. So koordiniert er die Pflege seiner Lebensgefährtin und kümmert sich selbst um das Alltagsmanagement. Hierzu zählen vor allem die notwendigen Einkäufe, Behördengänge und Arztbesuche.

7.1.1 Zur Sicht auf das Vergütungssystem und den Projektverlauf

Aus Sicht des Lebensgefährten von Fr. A. hat die Umstellung auf die neue Finanzierungssystematik keine Veränderungen in der pflegerischen Versorgung seiner Lebensgefährtin mit sich gebracht. So konnte in den geführten Interviews auch bei konkreter Nachfrage keine Veränderung benannt werden. Der Lebensgefährte von Fr. A. äußert sich sehr zufrieden mit der pflegerischen Versorgung. Zu Beginn des Projektes wurden die Veränderungen der Finanzierungssystematik und die sich daraus ergebenden Möglichkeiten im Bereich der Leistungserbringung mit dem Lebensgefährten von Fr. A. besprochen. Aufgrund der Aussagen des Lebensgefährten wird deutlich, dass für ihn die Komplexität der Finanzierungssystematik und ihrer Veränderung durch das Projekt nicht im Vordergrund steht. Vielmehr ist es für ihn wichtig, dass die Versorgungssituation seiner Lebensgefährtin stabil ist und er sich auf die professionellen Helfer verlassen kann. Diese Einschätzung hat zur Folge, dass in dem beschriebenen Fall eine flexiblere Gestaltung der Pflegesituation eher von den Pflegekräften gesteuert werden müsste.

Dadurch, dass schon vor der Einführung der Budgets mehrmals am Tag Einsätze bei Frau A. erfolgten wurde die Gestaltungsmöglichkeit in der Pflegesituation durch die Pflegekräfte als durchaus vorhanden bewertet. Insbesondere wird es als angenehm empfunden, durch die neue Finanzierungsregelung flexibler auf Notfälle reagieren zu können:

"weil wir vom Anfang an eigentlich so gearbeitet haben bei der und der Situation kann man doch anders machen... oder anders machen müssen... und vielleicht einfach umdisponieren müssen, wenn sie hingefallen ist oder so.... noch nicht waschen sondern das man erst mal"

Diese Aussage verdeutlicht, dass durch die neue Finanzierungsregelung eine adäquate Reaktion auf bestimmte Situationen möglich wird, die unter Umständen auch nicht Bestandteil der Leistungskomplexe ist. Im weiteren Projektverlauf wurde von den Pflegekräften immer wieder das Problem der Sturzgefährdung thematisiert, ohne hierbei jedoch tatsächliche Veränderungen in der Versorgungssituation herbeizuführen. In diesem Zusammenhang benannten die Pflegekräfte zumeist das plötzliche Auftreten der Stürze als problematisch, da sie ja in dem Moment des Sturzes nicht vor Ort sein können. Sturzpräventive Ansätze wurden zwar in den Interviews diskutiert, aber nicht umgesetzt. Über den Projektzeitraum betrachtet lässt sich anhand der Interviews feststellen, dass es keine grundlegende Veränderung der Versorgungssituation im Fall von Fr. A. gegeben hat. Problematisch stellten sich aufgrund der Rahmenbedingungen das Planen und das Aushandeln einer zielgerichteten, am konkreten Bedarf orientierten, pflegerischen Versorgung dar. Das Vergütungssystem wurde als Erleichterung in so fern wahrgenommen, dass Tätigkeiten, die bisher nicht Bestandteil der Leistungsvergütung waren, nun offiziell durchgeführt und auch benannt werden können. Dieses Gefühl vermittelt den Pflegenden die Sicherheit, ihre Tätigkeit in einem Rahmen umsetzen zu können, der für sie strukturell geklärt ist und dennoch die Möglichkeit eröffnet, adäquat auf die speziellen Erfordernisse der Situation reagieren zu können.

Die ausgewertete Pflegedokumentation lässt den Schluss zu, dass es keine weit reichenden Veränderungen der pflegerischen Situation im Projektzeitraum gab. Bis auf den notwendig gewordenen zusätzlichen Abendeinsatz gegen Ende der Projektlaufzeit zeigt sich die pflegerische Versorgung unverändert. Es werden Hinweise auf die Sturzneigung von Fr. A. gegeben. Die Schwerpunkte der pflegerischen Versorgung, die in der Pflegedokumentation benannt werden, bleiben über den Projektzeitraum unverändert.

7.2 Fallbeschreibung Frau B.

Frau B. ist eine 89-jährige Patientin, die seit Mitte 2001 durch den aktuellen Pflegedienst betreut wird. Nach einem Krankenhausaufenthalt Anfang 2001 infolge eines Schlaganfalls und wiederholter Stürze im häuslichen Umfeld benötigte sie zunächst einmal täglich häusliche Pflege zur Hilfe bei der morgendlichen Körperpflege. Frau B. hat keine Angehörigen. Freunde oder sonstige lebensweltliche Helfer stehen ebenfalls nicht zur Verfügung; ihr Ehemann ist im Krieg gefallen und seitdem lebt sie allein. Einzig eine im Hause wohnende Nachbarin hatte ihr sporadisch bei der Hausarbeit und bei der Regelung finanzieller und Behördenangelegenheiten geholfen oder sie besucht um ihr Gesellschaft zu leisten. Dieser Kontakt war jedoch durch eine Krebserkrankung und dadurch erforderliche Krankenhausaufenthalte der Nachbarin abgebrochen. Im Verlaufe der Studie konnte dieser Kontakt zwar wieder reaktiviert werden, Hilfestellungen konnten auf Grund der eigenen, zurückliegenden Erkrankung jedoch von der Nachbarin nicht mehr geleistet werden. Seit dem Beginn der Pflegebedürftigkeit durch den Schlaganfall hatte sich der körperliche Zustand der Patientin sukzessive verschlechtert. Auf Grund der Mobilitätseinschränkung infolge einer linksseitigen Lähmung sowie einer zusätzlichen chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) kann Frau B. sich nicht selbstständig innerhalb oder außerhalb ihrer Wohnung bewegen. Zwar verfügt sie über einen Gehwagen, diesen nutzt sie jedoch nur im Beisein von Pflegenden, da sie derzeit noch sehr unsicher auf den Beinen ist. Außerdem besteht bei ihr seit vielen Jahren eine in Schüben verlaufende Leukämie.

Im Alltag von Frau B. ändert sich nach eigenen Angaben nicht viel, *"alle Tage sind gleich"*. Da sie Angst hat, die Treppen hinunter zu kommen, ist sie seit Beginn ihrer Pflegebedürftigkeit fast ausschließlich in Ihrer Wohnung. Zwar räumt sie ein, dass *"es schon wichtig sei"*, mal *"ein bisschen hinauszukommen"*, andererseits habe sie aber *"keine Lust"*, da sie *"nicht so beieinander"* sei. Zudem scheint sie auf Grund ihres Angewiesenseins auf einen Rollstuhl die Wohnung nicht verlassen zu wollen: *"Ich kann nicht auf der Straße im Rollstuhl oder mit 'nem Stock gehen, das ist doch ein Witz."*

Durch den Pflegedienst wurde ihr eine ehrenamtliche Betreuerin vermittelt, welche einmal wöchentlich für ein bis zwei Stunden zu Besuch kommt, damit Frau B. ein bisschen Unterhaltung hat. Frau B. sieht sich jedoch selbst eher als Einzelgängerin, deren *"Metier"* die Unterhaltung nicht sei. Schließlich ereigne sich in ihrem Alltag nichts, was der Unterhaltung wert sei und was sie zu erzählen habe, das könne man auch aus dem Fernsehen erfahren, was schließlich auch ihre Informationsquelle sei.

Frau B. wohnt bereits seit sechzig Jahren in einer Eigentums- und Altbauwohnung im Stadtzentrum. Im Umfeld der Wohnung sind Geschäfte, Ärzte und Apotheken gut zu Fuß zu erreichen. Grünanlagen und

kleinere Parks befinden sich kaum in der Nähe. Im Hause wohnen mehrere Mietparteien, wobei ausschließlich zu der bereits erwähnten Nachbarin ein näherer Kontakt besteht, die Frau B. manchmal besucht bzw. ihr bei einzelnen Tätigkeiten half. Frau B.'s Wohnung liegt in der dritten Etage, ein Aufzug ist nicht vorhanden. Einzelne, sporadische Kontakte bestehen zu langjährigen Bekannten. Diese beschränken sich aber fast ausschließlich auf telefonische Kontakte.

Frau B. erhält seit nunmehr 4 Jahren häusliche Pflege durch den aktuellen Pflegedienst. Der Pflegedienst wurde von der Nachbarin empfohlen, da er gleich in der Nähe sein Büro hat. Besondere Gründe für die Auswahl des Pflegedienstes gab es darüber hinaus nicht. Die Nachbarin habe das damals geregelt, als sie noch im Krankenhaus war, damit sie nicht in ein Heim ziehen müssen. Der Pflegedienst habe sich als sehr zuverlässig und vertrauensvoll erwiesen, daher hat Frau B. auch einzelnen Mitarbeitern Vollmachten erteilt, ihre geschäftlichen Angelegenheiten zu regeln. Aktuell kommt der Pflegedienst viermal täglich:

Beim morgendlichen Einsatz von ca. 1 Stunde Dauer helfen ihr die Pflegenden bei der Morgentoilette sowie der Fortbewegung innerhalb der Wohnung. Sie erledigen außerdem hauswirtschaftliche Tätigkeiten, wie zum Beispiel das Richten des Bettes, Aufräumen der Wohnung, Bestücken der Waschmaschine u.a. Außerdem bereiten sie für Frau B. das Frühstück. Nach dem Frühstück wird Frau B. von der Küche ins Wohnzimmer begleitet, wo sie sich auf ihrem Stammpfplatz, einem Sessel, niedersetzt und bis zum nächsten Einsatz verbleibt.

Der zweite Einsatz findet um die Mittagszeit statt. Der mobile Mahlzeitendienst liefert das Mittagessen direkt an den Pflegedienst, dessen Mitarbeiter/innen dieses dann zum mittäglichen Einsatz mitbringen. Nach einem Toilettengang nimmt die Patientin das Mittagessen in der Küche ein. Danach lässt sie sich von den Pflegenden in ihr Schlafzimmer begleiten, wo sie bis zum nächsten Einsatz ruht.

Dieser nächste, dritte Einsatz erfolgt gegen 16.00 Uhr. Bei diesem Einsatz helfen ihr die Pflegenden beim Auskleiden und sie legt bereits ihre Nachtwäsche an. Nach dem Toilettengang nimmt sie wieder in ihrem Sessel Platz und bekommt dort einen Kaffee und ggf. den Rest des Mittagessens, Kuchen und bereits das Abendbrot gereicht, welches sie im Laufe des Nachmittags zu sich nimmt. Beim Abendeinsatz helfen ihr die Pflegenden bei der Abendtoilette, führen sie zu Bett und reichen ihr noch Getränke.

Bei jedem Einsatz verrichten die Pflegemitarbeiter je nach Bedarf kleinere oder größere hauswirtschaftliche Tätigkeiten. Darüber hinaus werden während und zwischen den Einsätzen Tätigkeiten der Alltagsorganisation übernommen: Sei es, dass Reparaturen veranlasst, Bankgeschäfte getätigt oder sonstige Besorgungen erledigt werden. Eine Mitarbeiterin des Pflegedienstes wurde außerdem von der Patientin damit betraut, ihren Schriftverkehr zu erledigen.

Da der Leistungsumfang des Pflegedienstes sowohl über den Leistungsumfang des Leistungskomplekts, als auch über den Leistungsumfang der Pflegestufe II hinausgeht, zahlt Frau B. im Monat ca. 500 Euro zusätzlich zu dem, was die Pflegekasse dem Pflegedienst als Sachleistung vergütet. Einem Antrag auf Höherstufung in die Pflegestufe III konnte auf Grund des festgestellten Pflegebedarfs durch den MDK nicht entsprochen werden.

Insgesamt sei sie mit ihrer pflegerischen Versorgung durch den Pflegedienst sehr zufrieden. Einziger Kritikpunkt sei, dass – da sie ja auch viermal täglich einen Einsatz erhalte – oftmals unterschiedliche Personen kämen. Aber auf die Frage, ob dies zu viele Mitarbeiter seien, antwortet sie: *"Ja, was heißt zu viel? Die kommen halt. Die haben ihren Dienst. Die kann man nicht auswechseln. Der eine ist sympathisch, der andere weniger. Muss man in Kauf nehmen."*

7.2.1 Zur Sicht auf das Vergütungssystem und den Projektverlauf

Auf die Frage, ob Frau B. das bisherige Vergütungssystem der Leistungskomplexe verstanden habe gibt sie an, dieses im Einzelnen nicht zu verstehen. Vielmehr verlasse sie sich darauf, dass der Pflegedienst schon korrekt abrechnen werde. Mit dem Katalog der Leistungskomplexe kenne sie sich *"nicht aus, was da so dazugehört, was nicht dazugehört"*. Daher sei eine Budget-Lösung in Form von Zeiteinheiten, wie sie im Rahmen des Projektes vergütet wurden, *"realistischer"*. Hier äußert sie vor allem den Wunsch, an der Gestaltung und der Auswahl der erforderlichen Leistungen mehr beteiligt zu werden, in dem sie sagt: *"Ich mein, man könnte ja, vielleicht, dass man mehr Einsicht hat vielleicht, dass man da ein bisschen mitreden kann."*

Da vom Pflegedienst bereits vor Projektbeginn ein umfangreiches Leistungsspektrum geleistet wurde, welches durch Frau B. zum Teil privat finanziert wird, hat sich im Verlauf des Projekts für die Patientin spürbar nichts verändert.

Aus der Sicht der Pflegekräfte zeigt sich, dass das Leistungskomplexsystem gemessen am erforderlichen Unterstützungsbedarf von Frau B. als unzureichend bewertet wird. Bei einem gemeinsamen Gespräch mit einem Pfleger und der Patientin erläutert der Pfleger: *"wir machen aber, rechnen die Dinge ab und machen aber dafür was anderes, was auch immer, wir gehen zur Bank für sie, ich gehe zu den Ärzten, ich bin dann wieder hier und Rezepte holen und Apotheken, all diese Dinge, das sind ja alles Dinge, die man nicht abrechnen kann mit der Krankenkasse, eigentlich, die die Kasse nicht bezahlt."*

Inbesondere wird bemerkt, dass die sich aus den Sätzen der Leistungskomplexe ergebenden Zeitvorgaben unzureichend seien, wenn beispielsweise unvorhergesehene Situationen auftreten. Gerade bei Frau B., bei der keine Angehörigen oder sonstige lebensweltliche Helfer zur Verfügung stehen, sei eine Budget-Lösung sinnvoll, da hier eine Vielzahl an Tätigkeiten des Alltagsmanagements zu verrichten seien: *"Wenn ich einer Frau B. ihren Koffer ins Krankenhaus bringe, weil sie dann auf Kur geht, weil sie niemand anderen hat, ist das 'ne Leistung, die ich nicht abrechnen kann. Damit ich die Patientin in die Lage versetzen kann, diese Kur anzutreten, braucht sie Plömmen (Kleidung), so profan das ist, aber irgendeiner muss in die Wohnung gehen, sie packen und ihr hintragen."*

Sind pflegende Angehörige hingegen am Versorgungsprozess beteiligt, wird das Leistungskomplexsystem als durchaus hinreichend bewertet: *"Es gibt Patienten, da passt das besser, mit diesem Leistungskomplex, die sind da ganz einfach drin, ein Herr R. zum Beispiel, der wird wirklich gewaschen, angezogen, all diese Dinge, und den Rest macht die Tochter."*

Anhand der Pflegeberichte sind keine Veränderungen des Pflegeverlaufs oder der Gestaltung der Pflegesituationen durch die Pflegenden oder seitens der Patienten zu erkennen. Der Verlauf ist vielmehr gekennzeichnet von regelmäßig wiederkehrenden Abläufen und Pflegesituationen. Außergewöhnliche Ereignisse sind lediglich mit Besuchen der Hausärztin, Defäkationsproblemen der Patientin (häufiger Durchfall) und dem Auftreten eines Druckgeschwürs dokumentiert, welches erfolgreich behandelt wurde. Das Verlassen der Wohnung, ein Angebot alternativer Pflegemaßnahmen (z.B. Spaziergang, gemeinsame Beschäftigung, o.ä.) sind nicht dokumentiert.

Es zeigt sich, dass im Verlauf zunehmende Mobilitätseinschränkungen erkennbar sind, was sich darin äußert, dass der Einstieg in die Badewanne für die Patientin und die dabei erfolgte Unterstützung durch die Pflegenden zunehmend beschwerlicher wurde.

7.3 Fallbeschreibung Frau C.

Frau C. konnte auf ein bewegtes Leben zurückblicken, welches sie aus der ehemaligen DDR über Zwischenstationen zu Ihrem letzten Aufenthaltsort gebracht hat. Frau C. ist im Projektverlauf verstorben. Sie ist lange Zeit sehr wohlhabend und in ihrem Beruf als Redakteurin sehr erfolgreich gewesen. Schicksalsschläge wie die Ermordung ihres Ehemannes in Asien sowie der Suizid eines guten Freundes haben ihr Leben begleitet. Ihre Krankheitsgeschichte begann mit einem Schlaganfall 1997. Aufgrund ihrer sehr guten finanziellen Situation zu diesem Zeitpunkt hat sie eine Reihe verschiedener Ärzte und Institutionen konsultieren können, um Auskunft zu ihrem Krankheitsbild und der Prognose zu erhalten. Durch einen zweiten Schlaganfall hat sich die gesundheitliche Situation verschlechtert. Die zusätzliche Krebsdiagnose sowie die Aufzehrung ihrer finanziellen Ressourcen haben zum einen dazu geführt, dass die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch genommen wurde und sie aus ihrer großzügig gestalteten Wohnung in eine kleine 1-Zimmer-Wohnung umziehen musste, in der sie seit 2003 lebte. Da sie mit dem ersten Pflegedienst nicht zufrieden war, hat sie den Pflegedienst gewechselt und wurde seitdem durch den am Projekt beteiligten Dienst versorgt.

Die gesundheitliche Situation hat sich im Projektverlauf noch einmal dahingehend verschlechtert, dass sie anfänglich noch in der Lage war, sich in ihrer Wohnung einigermaßen zu bewegen. Nach einem Sturz musste sie mit polizeilicher Hilfe wieder ins Bett gebracht werden und ist seitdem gar nicht mehr alleine aufgestanden. Insgesamt ist Frau C. sehr offen mit ihrem nahenden Tod umgegangen. Sie wollte ‚mal wieder mehr Kultur in die Sterberei bringen‘, was sich darauf bezog, dass sie die Erfahrungen ihres Lebens mit Kindern und Jugendlichen teilen wollte. Als größtes Manko in ihrem Leben hat Frau C. den Umstand betrachtet, dass sie durch ihre Situation daran gehindert war, zu schreiben. Diese Ausdrucksform hat sie lange Zeit in ihrem Leben sehr geschätzt und hat mehrere, leider erfolglose Versuche gestartet, in ihren letzten Monaten etwas zu Papier zu bringen.

Frau C. lebte allein in ihrer Wohnung mit ihrem Kater und hat keine näheren Familienangehörigen. Sie verfügt allerdings über einen breiten Freundeskreis, der ihr zur Seite steht und auf den sie sich verlassen kann. Menschen aus diesem Freundeskreis haben sie im Verlauf ihrer Krankheit begleitet. Die Unterstützung reichte dabei von Beratung und Begleitung bis zu sehr praktischer Unterstützung

beim Einkaufen und Verlassen der Wohnung. Frau C. äußerte sich sehr zufrieden darüber, dass es Menschen in ihrer Umgebung gab, denen sie vertraute und die da waren, wenn sie sie brauchte. Sie weist aber auch darauf hin, dass sie durch Enttäuschungen in ihrem Leben gelernt hat, wem sie vertrauen kann und wem nicht.

Menschen aus dem Freundeskreis haben angeboten, Frau C. auch außerhalb der Wohnung zu begleiten. Sie hat das jedoch abgelehnt, da ihr das Sitzen im Rollstuhl vorkam, als *"würde sie im Kinderwagen sitzen"*.

Die Versorgung durch den Pflegedienst bestand formell in hauswirtschaftlicher Versorgung und Unterstützung bei der Körperpflege. Kontinuierlich erbringt der Pflegedienst aber auch andere Leistungen wie das Wechseln der Bettwäsche, was häufiger erforderlich war, da Frau C. gerne aus der Flasche getrunken hat, diese aber oft nicht halten konnte und das Bett dann entsprechend nass war. Einen weiteren großen Anteil haben Besorgungen wie beispielsweise Apothekengänge ausgemacht. Frau C. sagte, dass für sie ein wesentlicher Anteil die menschliche Wärme gewesen wäre, die sie durch den Pflegedienst erfahren habe. Bei ihrem vorherigen Pflegedienst hat sie die Arbeit der Pflegekräfte als maschinenhaft erlebt und fühlte sich auch selbst wie eine Mensche, bei der man bestimmte Knöpfe drücken könnte.

Aus der Sicht von Frau C. kam es manchmal zu Problemen zwischen den Mitarbeitern des Pflegedienstes und ihrem Freundeskreis, da beide sich gegenseitig Vorwürfe machten, dass die Versorgung nicht ausreichend sei. Generell war sie auch gerne mal alleine und befand sich in dem Spannungsfeld, dass sie ihre formellen und informellen Helfer nicht vor den Kopf stoßen wollte, da sie im Grunde sehr dankbar für die Hilfe war. Sie sagte dazu: *"Es ist halt so schwer, die Mitte zu finden zwischen diesem sozialen Trip und mich in so eine Watte zu packen."*

Insgesamt gesehen hielt sie es für eine sehr gute Sache, dass sie für *"relativ wenig Geld"* die Möglichkeit hat, einigermaßen zufrieden zu Hause zu leben und dass ihr vorher nicht bewusst war, dass das möglich ist. Ihr Grundproblem, die Krankheit, sei dadurch zwar nicht lösen gewesen, aber sie war mit ihrer Situation einverstanden. Als eine gute Pflege bezeichnet sie eine Situation, wenn sie den Eindruck hat, dass die Pflegenden wissen, was sie tun, aber gleichzeitig in der Lage sind, noch ein menschliches Wort oder Zeit oder Offenheit für ihre Situation mitbringen. Dieses Gefühl hat sie bei ihrem Pflegedienst eindeutig gehabt.

7.3.1 Zur Sicht auf das Vergütungssystem und den Projektverlauf

Frau C. sagte, dass es durch das Projekt eigentlich keine große Veränderung in der Pflege gegeben hat, da der Pflegedienst eigentlich immer schon sehr offen für ihre wechselnden Bedürfnisse gewesen sei. Der Stundenvergütungsansatz ist in diesem Fall also als ‚Legalisierung der Realität‘ anzusehen. Frau C. hielt diesen Ansatz für einen guten Ansatz, da sie selbst nicht jeden Tag das Gleiche erwarte und auch nicht das Gleiche braucht und das es gut wäre, auf diese Wechselhaftigkeit reagieren zu können.

Aus Sicht des Pflegedienstes wird in diesem Fall ebenfalls die Legalisierung der Realität als sehr positiv hervorgehoben. Es ist die Philosophie des Dienstes, das gesamte Umfeld der Pflegebedürftigen im Blick zu haben und entsprechend darauf einzugehen. Bei einer Patientin in der Endphase ihres Lebens fallen Dinge an, die sich im Leistungskomplexsystem nicht wieder finden lassen und die Vergütung der aufgewendeten Zeit entspricht dabei eher dem, was es in der Situation tatsächlich zu tun gibt. Ein wichtiger Bestandteil in der letzten Lebensphase bestand darin, dass es einen Bedarf an Gesprächen gibt und der Pflegedienst konnte diesem Bedürfnis entsprechend nachkommen.

7.4 Fallbeschreibung Frau D.

Fr. D. ist 90 Jahre alt und verwitwet. Eine Tochter von Fr. D. lebt in ihrer Nähe. Aufgrund von Gleichgewichtsstörungen und einer sehr stark eingeschränkten Sehleistung kam es zu einem Sturz in der eigenen Wohnung, in dessen Folge Fr. D. ins Krankenhaus eingewiesen wurde. Bei Fr. D. wurde eine starke Prellung diagnostiziert, durch die sie große Schmerzen hatte. Aufgrund dieser Schmerzen konnte sich Fr. D. nicht mehr richtig bewegen. Für Fr. D., die bisher ein hohes Maß an persönlicher Mobilität hatte, stellt diese Einschränkung und Unsicherheit ein zentrales Problem dar, von dem viele Aspekte ihres sozialen Lebens betroffen sind. Aufgrund eines an das erste Interview anschließenden Aufenthaltes in einer Rehabilitationsklinik konnte nur ein Interview geführt werden, da Fr. D. danach nicht mehr durch den Pflegedienst versorgt wurde, und somit als Teilnehmerin des Projektes ausschied. Dennoch lassen sich anhand ihrer Aussagen die Erwartungen an das professionelle Helfersystem nachzeichnen.

Fr. D. lebt in einem Wohnhaus des betreuten Wohnens in einem 1,5 Zimmerappartement. Die Wohnung ist baulich weitgehend altengerecht gestaltet und eingerichtet. Über ein Notrufsystem hat Fr. D. die Möglichkeit im Notfall Hilfe zu holen. Sie hat guten Kontakt zu den Nachbarn und Mitbewohnern, und nimmt des Öfteren an Veranstaltungen (Bastelnachmittage) der Hausgemeinschaft teil. Fr. D. lebt in ihrem Umfeld sehr selbstbestimmt und konnte vor dem Sturz auch Freunde und Bekannte mit öffentlichen Verkehrsmitteln besuchen, die nicht in unmittelbarer Nähe wohnen. Fr. D. engagiert sich seit vielen Jahren in Gruppen, die bei der Eingliederung von Asylbewerbern in einem neuen Lebensumfeld behilflich sind. Dadurch hat Fr. D. trotz ihres hohen Alters Kontakt zu vielen Menschen, die auch ihre Tatkraft und Unterstützung sehr schätzen. Fr. D. hat eine Tochter, die sich häufig um sie kümmert. Die Tochter ist Sozialpädagogin und kennt sich daher gut mit den Möglichkeiten der unterstützenden Versorgung ihrer Mutter aus. Aufgrund ihrer Arbeitstätigkeit kann die Tochter von Fr. D. sich aber nicht ständig um ihre Mutter kümmern. Sie begleitet sie ca. 2-3-mal pro Woche in die Stadt zum Einkaufen oder macht mit ihr längere Spaziergänge.

Fr. D. wurde mit einer vorläufigen Pflegestufe I aus dem Krankenhaus entlassen und wird zum Zeitpunkt des Interviews 3x/ Woche von einem ambulanten Pflegedienst versorgt. Der Kontakt zu dem Pflegedienst wurde durch den Sozialdienst des Krankenhauses hergestellt. Im direkten Anschluss an die Entlassung aus dem Krankenhaus wurde der Pflegedienst tätig. In zwei Einsätzen pro Woche erhält Fr. D. Unterstützung bei der Körperpflege in Form eines Duschbads. Hierbei steht insbesondere die

Sicherheit für Fr. D. im Vordergrund. Der dritte Einsatz dient zur Erledigung von Einkäufen und Besorgungen die dann durch den Pflegedienst getätigt werden. Zusätzlich werden die Medikamente durch den Pflegedienst vorbereitet und für die nächsten Tage gestellt, da Fr. D. aufgrund ihrer verminderten Sehleistung die Zuteilung der Tabletten nicht mehr selbständig durchführen kann. Die Planung der Pflege wurde zunächst von dem Krankenhaussozialdienst mit dem betreuenden Pflegedienst abgestimmt.

7.4.1 Zur Sicht auf das Vergütungssystem und den Projektverlauf

Fr. D. nahm nur für kurze Zeit an dem Projekt teil, da schon nach wenigen Wochen der Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik als Anschlussbehandlung realisiert werden konnte. Dennoch äußerte sich Fr. D. in dem geführten Interview zu ihren Erwartungen an die professionellen Hilfesysteme. Hierbei legt sie den größten Wert auf die schnelle Wiedererlangung ihrer Mobilität und Gangsicherheit. Sie entwickelt für sich klare Vorstellungen, auf welche Art und Weise ihr ein Pflegedienst dabei helfen könnte, und benennt diese dann auch, um sie dann jedoch direkt einzuschränken: *"Ursprünglich hatte ich mir vorgestellt, auch um meine Tochter zu entlasten, jemand der einen auch mal so begleitet, nicht? Nicht so pflegerisch, sondern, dass man dadurch mehr Möglichkeiten hat was zu unternehmen, oder. Da hat jetzt eine Bekannte angerufen, die hat gesagt, die würde mich auch abholen mit der U-Bahn und dann, ...aber das kann man nicht über den Pflegedienst, das ist zu viel verlangt."*

Hieraus wird deutlich, dass Fr. D. sehr genaue Vorstellungen hinsichtlich ihrer pflegerischen Versorgung äußert und auch die Grenzen des derzeitigen Systems erkennt. Für sie steht die Mobilität im Vordergrund und hierfür wünscht sie sich die notwendige Unterstützung und Begleitung. Aus der Sicht von Fr. D. könnte hier eine Anpassung der Pflege ein hohes Maß an zusätzlicher Sicherheit für Sie bedeuten: *"Ja, ja genau. Wenn ich weiß, dass da jemand da dabei ist, das wäre das richtige, so eine Zwischenstufe zwischen reiner Pflege und, wie kann man das ausdrücken, so das Andere."*

Auch vor dem Hintergrund der vielfältigen sozialen Kontakte, die Fr. D. unterhält und deren Fortführung durch die Mobilitätseinschränkung gefährdet sind, wird die Wichtigkeit der von ihr beschriebenen und gewünschten pflegerischen Interventionen deutlich. Für Fr. D. ist es ein wichtiges Gefühl, aktiver Teil des gesellschaftlichen Lebens sein zu können. Gerade hier hätte der Freiraum der Leistungserbringung unter dem Budgetansatz die Möglichkeit einer Anpassung der pflegerischen Intervention an diese klaren Vorstellungen unterstützen können. Aufgrund der kurzen Teilnahme von Fr. D. in dem Projekt konnte diese Anpassung und Gestaltung der pflegerischen Situation nicht realisiert und evaluiert werden.

7.5 Fallbeschreibung Frau E.

Seit November 2003 ist Frau E., 73 Jahre, infolge einer Wirbelsäulenoperation nicht mehr in der Lage, selbstständig zu gehen. Nach einer Bypassoperation mit Hauttransplantation verheilt die entstandene Wunde am Oberschenkel nur sehr zögerlich. Sie war bis zu ihrem 60. Lebensjahr als Sängerin eines

Opernchores tätig und erhält eine entsprechende Rente. Ihr Ehemann ist vor über 30 Jahren verstorben und sie gibt an, sie könnte zwar in seinem Herkunftsland Rente erhalten, hier in Deutschland jedoch nicht. Frau E. verbringt ihren Alltag im Rollstuhl, mit dem sie sich innerhalb ihrer Erdgeschoss-Wohnung zwar mit Mühe, aber selbstständig bewegen kann. Allerdings ist ihr Bewegungsradius beschränkt auf Küche, Wohn- und Schlafzimmer, da der Türrahmen zum Bad und zur Toilette zu schmal ist und eine Schwelle die Überfahrt zur Terrasse nicht erlaubt. Für die Stufe im Eingangsbereich steht eine Rampe zur Verfügung, so dass Frau E. nur mit Hilfe einer anderen Person, das Haus verlassen kann. Auch kann sie keine Gegenstände vom Boden aufheben oder Geschirr aus ihren Hängeschränken nehmen. Sie befürchtet, dass sie fallen könnte, so dass sie z.B. das von ihr früher gerne durchgeführte Duschen aufgeben musste. Zudem hat sie zweimal die Erfahrung gemacht, dass eine helfende Person den Umgang mit dem Rollstuhl nicht beherrschte und sie beinahe gestürzt wäre, was sie ängstlich werden ließ. Sie selbst fühlt sich in ihrer Wohnung *"gefangen"*: *"meine Flügel sind beschnitten"*.

Ihre oftmals negativen Erfahrungen mit unterschiedlichen Leistungserbringern des Gesundheitssystems (Krankenhäuser, Ärzte, Tagesklinik, ambulante Pflegedienste), fasst Frau E. wie folgt zusammen: *"ich hab viel Pech gehabt"*. Zum Teil finanzierte sie mit der Hoffnung auf Erleichterung bestimmte Therapieformen selbst, so dass ihre finanziellen Reserven mittlerweile aufgebraucht sind und sie ihre finanzielle Situation als sehr belastend erlebt.

Frau E. lebt alleine mit ihrem Kater, der einen wichtigen Bezugspunkt in ihrem Leben darstellt. Sie hat keine Kinder oder Geschwister, ist jedoch in telefonischem Kontakt mit zwei Cousins. Eine Freundin, die weit weg lebt, besucht sie ein bis zweimal im Jahr. Frau E. erhält einmal in der Woche Unterstützung durch eine Putzhilfe, sie lässt sich durch ein nahe liegendes Lebensmittelgeschäft beliefen und sie hat ein Hausnotrufsystem installieren lassen, welches sie auch bereits in Anspruch genommen hat bzw. nehmen musste. Außerdem gibt es jemanden, der ihren Garten richtet. Nachbarschaftliche Kontakte erfährt sie in Form eines wöchentlichen Besuches. Sie hat auf informellem Wege einen engagierten Betreuer gefunden, der ihr Lebenshalt und alltägliche Lebenshilfe zukommen lässt. Er regelt mit ihr den Schriftverkehr und die Finanzen, macht Erledigungen, begleitet sie bei Arztbesuchen, ist Austauschpartner für die Belange des täglichen Lebens und versorgt sie immer wieder auch mit hausgemachten Mahlzeiten, wofür sie sehr dankbar ist. Seine zeitlichen Ressourcen sind jedoch begrenzt. Sie fühlt sich bei ihm aufgehoben und erwähnt auch die Ehefrau des Betreuers, worin sich eine beinahe familiäre Beziehung widerspiegelt. Damit kann sie sich als Teil einer Gemeinschaft sehen und erfährt darin Kontinuität und eine für sie bedeutsame Beziehung.

Mit ihrem Mann baute sie das Haus, in dem sie nun seit 40 Jahren lebt, *"Stein für Stein"*, worauf sie stolz ist und welches sie keinesfalls aufgeben bzw. verlieren möchte: *"Ich verkauf doch meine Bude nicht, eher sterbe ich"*. Sie war stets praktisches Arbeiten gewohnt (*"ich war immer ein Arbeitsvieh"*), z.B. verputzte sie die Mauern ihres Hauses selbst, führte Reparaturen durch und erlebt vor diesem Lebenshintergrund ihre jetzige Situation als sehr einschränkend und belastend. Immer wieder tritt in ihren Aussagen das 'nicht (mehr) können' in Erscheinung, vor allem im Zusammenhang mit ihrer eingeschränkten Beweglichkeit, unter der sie offensichtlich leidet. Nicht mehr gehen zu können, bedeutet für sie *"einsam und allein"* zu sein und sie gibt an, sich ihren Lebensabend so nicht vorgestellt

zu haben. Sie erzählt aber auch, dass sie sich bemüht und z.B. selbst ins Bett übersetzt, obwohl dies sehr umständlich vonstatten geht. Auch versucht sie an der Stange zu stehen und einige Schritte zu gehen: *"ich tu mein möglichstes"*. Denn sie möchte *"ein bisschen mehr Freiheiten haben"*. Sie selbst äußert sich zufrieden über die allmähliche Besserung ihrer Wunde am Oberschenkel.

Nach ihrem Krankenhausaufenthalt 2003 wurde sie von den Pflegenden eines ambulanten Pflegedienstes einmal wöchentlich gebadet und ansonsten täglich morgens gewaschen, außerdem erfolgte am Abend eine Intimversorgung. Nach einer für sie äußerst unangenehmen Erfahrung mit diesem ambulanten Pflegedienst (*"die waren grob bis zum geht nicht mehr"*, *"die sagten: Sie kriegen wir auch noch ins Altenheim"*), wechselte sie den Pflegedienst und wählte den jetzigen aufgrund einer nachbarschaftlichen Empfehlung.

Sie erhält aktuell Sachleistungen aus Pflegestufe 1, was für sie enttäuschend und unverständlich erscheint. Beantragungen auf Höherstufung wurden bislang abgelehnt. Für sie bedeutet das eine monatliche Zuzahlung zu ihrer Pflege in Höhe von etwa 800 Euro. Der Pflegedienst erbrachte bei ihr vor Beginn des Projekts morgens eine 'große Grundpflege' und am Abend eine 'kleine Grundpflege'. Außerdem finden durch den Pflegedienst medizinisch verordnete Maßnahmen statt: Verbandwechsel nach einer Bypassoperation mit Hauttransplantation, Anlegen von Kompressionsverbänden der Beine und das Richten der Medikamente. Eine therapeutische Zielrichtung seitens der Pflegenden lässt sich am ehesten für die Wundversorgung annehmen, da hier die Heilung als generelles Ziel angenommen werden kann.

Auf die Körperpflege kann und will Frau E. nicht verzichten, da sie sich durch ihre körperliche Beeinträchtigung nicht selbst waschen kann und sie den Toilettengang nur mit großer Mühe bewältigt. Daher trägt sie stets Inkontinenzwäsche. Ein mehrmaliger Pflegeeinsatz zur Hilfe beim Toilettengang würde ihre finanziellen Möglichkeiten übersteigen, so dass sie aufgrund struktureller Bedingungen als harninkontinent zu betrachten ist. Die Pflegenden helfen ihr nach wie vor morgens aus dem Bett, beim Toilettengang, unterstützen sie beim Waschen am Waschbecken und beim Anziehen und bereiten ihr das Frühstück. Am Abend helfen sie wiederum beim Toilettengang, Waschen und Ausziehen. Wird Frau E. konkret nach ihren Wünschen gefragt, meint sie selbst, dass sie keine Phantasie mehr habe. Ihre wichtigste Entscheidungsmöglichkeit sieht sie in der Wahl, zu Hause zu bleiben und nicht in ein Altenheim umziehen zu müssen.

7.5.1 Zur Sicht auf das Vergütungssystem und den Projektverlauf

Frau E. gibt an, dass die Pflege dahingehend ein *"Gewinn"* sei, als sie damit ihrem vordringlichsten Wunsch, nicht in ein Altenheim umziehen zu müssen, entgegen kommt: *"Ich wüsste ja gar nicht fertig zu werden und in ein Heim möchte ich nicht ... das könnt ich nicht."* Der Wechsel wäre nach ihrer Angabe der *"Horror"*. Mit dem Erreichen dieses Zieles, scheint ein existenzielles Bedürfnis erfüllt zu werden. Sie hat sich mit ihrer Situation (vor allem mit Hilfe ihres Betreuers) so weit arrangiert, dass sie sagt, *"ich habe sonst keine Wünsche, ich hoffe das geht noch lange"*. Die Kontinuität der Pflegenden wird von Frau E. als angenehm erlebt: *"der eine war im Urlaub, ... ich bin froh, dass der wieder da ist"*. Bei der

Körperpflege scheint es für Frau E. ein ausreichendes Maß an Sicherheit und Vertrauen in die Pflegenden zu geben, darüber hinausgehende Erwartungen hat sie jedoch nicht: *"ja ich weiß nicht, ich möchte das so lassen, wie das ist"*. Letztendlich hat sich laut Frau E. und ihrem Betreuer an den erbrachten Tätigkeiten oder der Haltung der Pflegenden nichts geändert. Die monatliche Zuzahlung hat sich jedoch dauerhaft verringert, was beide als entlastend erleben und als positives Ergebnis sehen.

Dadurch, dass Frau E. nicht auf die Körperpflege verzichten kann, halten die Pflegenden Veränderungen des Arrangements für unmöglich. Allerdings sei es innerhalb des Projekts nun möglich, solche Leistungen aufzunehmen, die bisher bereits erbracht wurden, jedoch in Rechnung gestellt werden mussten, was als entlastend empfunden wird. Hierzu gehört die Versorgung des Katers, hauswirtschaftliche Handreichungen wie das Ausräumen der Spülmaschine, die Versorgung der Wäsche oder das Hoch- und Runterlassen der Rolläden sowie Tätigkeiten im Rahmen der Alltagsorganisation wie Telefonate mit Ärzten, oder die Organisation von Medikamenten, was jeweils Zeit in Anspruch nimmt. Das Gespräch mit Frau E. wird von den Pflegenden als ein wesentlicher Aspekt erachtet, der zu ihrem Wohlbefinden beiträgt, die Pflegenden hier allerdings Sorge äußern, dass damit der Zeitraum des Budgets überschritten werden kann und sie diesem Wunsch innerhalb der Tourenplanung nicht gerecht werden können, da sie die anderen Patienten mit im Blick haben müssen. Da Frau E. stets Angst hat, dass die Pflege zu hohe Kosten verursacht, achten die Pflegenden sehr auf die Einhaltung der festgelegten Zeiträume. Frau E. besteht auf festen Abläufen, an die sie sich gewöhnt hat, wodurch die Pflegenden keinen Freiraum für andere Leistungen erhalten: *"Die braucht das einfach so, so wie das im Moment abläuft"*.

Abläufe und Einzelhandlungen innerhalb der Pflege zusammenzuführen, wie z.B. Haarwäsche und Baden, scheitern nach Angabe der Pflegenden am Bedürfnis von Frau E., da sie hierfür verschiedene Tage für sich festgelegt hat. Dies wird als hinderlich erlebt: *"ja das kostet dann aber zusätzlich Zeit und Zeit ist Geld"*, so ein Pfleger im Gruppeninterview. Andererseits erscheinen feste Absprachen auch für die Pflegenden hilfreich, sei es zur Umsetzung der Tourenplanung oder auch zur eigenen Sicherheit, um jeweils zu wissen, was auf sie zukommt. Innerhalb des Projekts war es nach Angabe der Pflegenden möglich, diejenige Pflege zu erbringen, die Frau E. einfordert, was als Erleichterung empfunden wird und das Gefühl gibt, eine gute Pflege zu leisten. Mit dem Betreuer haben die Pflegenden eine Person, auf die teils Tätigkeiten "abgewälzt" wurden, was innerhalb des Projekts seltener der Fall gewesen sei. Sie betrachten ihn aber auch als wichtigen Stabilisator und als Vertrauensperson für Frau E.

Es zeigt sich, dass kaum Aushandlungsprozesse stattfinden. Die Pflegenden wissen, dass Frau E. gerne mal mit dem Rollstuhl zum Friedhof oder zu einem Spaziergang nach draußen möchte, die Umsetzung gelingt jedoch nicht. Seitens Frau E. und ihrem Betreuer werden strukturelle Hinderungsgründe benannt wie ein zu kleines Auto, in das kein Rollstuhl passt oder auch Gründe mangelnden Engagements der Pflegenden, so dass keine Zeit dafür zur Verfügung gestellt würde. Die Pflegenden hingegen äußern die Sorge vor höherer Zuzahlung, die dann von Frau E. kritisiert würde. Außerdem sehen sie sich eingeengt durch die Tourenplanung, in der sie keine zeitlichen Freiräume oder Veränderungsmöglichkeiten sehen. Es findet jedoch kein gemeinsames Gespräch über die

jeweiligen Wahrnehmungen und mögliche Lösungswege statt, der Flexibilität einer Neuorganisation sind damit von beiden Seiten Grenzen gesetzt.

Auch in der Dokumentation spiegelt sich ein unzureichender Aushandlungsprozess bzw. das beschriebene Kommunikationsproblem wider. Die Pflegenden dokumentieren zwar zu Beginn des Projekts ihre professionelle Perspektive der Situation, die Perspektive von Frau E., die in einem systematischen Gespräch mit ihr bzw. dem Betreuer erfasst werden soll, blieb aus. Die pflegerischen Maßnahmen in der Dokumentation bilden das Pflegegeschehen nur ausschnittsweise ab. Die als wichtig beschriebenen Gespräche wurden beispielsweise nicht als pflegerische Maßnahme aufgenommen. Es sind ausschließlich Tätigkeiten dokumentiert, die sich im Verlauf des Projekts geringfügig erweitern. Der Bericht erbringt keine neuen Aspekte zur Situation.

7.6 Fallbeschreibung Frau F.

Frau F. blickt auf eine ca. dreißigjährige Krankheitsgeschichte zurück, die mit einer krebsbedingten Unterleibsoperation begonnen hat und im Laufe der Jahre zu osteoporothischen und arthrotischen Beschwerden geführt hat. Sie hat eine totale Endoprothese im Knie und im Oberschenkelhals erhalten. Mittlerweile hat sie zusätzlich noch in der Hand Probleme mit Versteifungen. Sie kann sich innerhalb ihrer Wohnung einigermaßen mit Hilfe eines Rollators bewegen. Allerdings sind ihre Bewegungen von Schmerzen begleitet. Ihre Schmerzmedikamente helfen ihr dabei nicht immer und sie beklagt, dass die Medikamente immer teurer werden.

Frau F. lebt allein in einer kleinen Wohnung, die Bestandteil eines Wohnprojektes ist, in dem ältere Menschen, Menschen mit psychiatrischen Krankheitsbildern und sozial schwache Familien zusammen leben. Ihr Mann hat sie nach vierzigjähriger Ehe verlassen und sie musste praktisch neu anfangen. Ihr Mann hatte eine eigene Firma, die aber Konkurs anmelden musste. Vorher hat sie in einem größeren Unternehmen eigenständig gearbeitet. Zu ihren Aufgaben gehörte die Korrespondenz mit ausländischen Firmen und sie verfügt über grundlegende Kenntnisse in englisch, französisch und italienisch. Frau F. hat drei Kinder, zwei Töchter und einen Sohn. Die Tochter, zu der sie den meisten Kontakt hatte, ist früh verstorben. Die andere Tochter ist vor mehreren Jahren ins Ausland gezogen und der Sohn, der in der Nähe lebt, ist beruflich sehr eingespannt. Das Netzwerk von Frau F. lässt sich dementsprechend als labil bezeichnen. Sie selbst ist froh, dass sie die Wohnung in dem Projekt gefunden hat. Aus der Nachbarschaft erhält sie hin und wieder Hilfe bei Besorgungen und sie genießt es, dass die Kinder aus der Nachbarschaft sie besuchen. Die Hilfe beim Einkaufen durch eine Nachbarin geschieht allerdings sehr unregelmäßig und muss als nicht gesichert bezeichnet werden.

Frau F. hat erst kurz bevor sie ihre Teilnahme am Projekt zugesagt hat, die Hilfe eines Pflegedienstes in Anspruch genommen. Die Einschaltung geschah nicht ganz freiwillig, sondern war das Ergebnis einer MDK-Begutachtung. Frau F. wurde von Pflegestufe I in Pflegestufe II eingestuft, verbunden mit der Auflage, die Hilfe eines Pflegedienstes in Anspruch zu nehmen. Den am Projekt beteiligten Pflegedienst hat sie genommen, da sie gute Erfahrungen durch die Beratungsbesuche nach § 37,3 SGB XI gemacht hatte. Der Pflegedienst kommt dreimal in der Woche und hilft Frau F. beim Duschen und beim

Anziehen. Dazu kommt einmal in der Woche eine über den Pflegedienst vermittelte Putzhilfe. Frau F. hatte anfangs Probleme damit, fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen und musste sich mit der Pflegekraft erst einmal 'zusammenraufen'. Es ist Frau F. ein wenig unangenehm, über ihre durch die Unterleibs-OP und anschließende Bestrahlung hervorgerufene Inkontinenz zu reden. Sie drückt sich so aus, dass sie *"nicht mehr so dicht ist (...) und dass es an warmen Tagen auch ein bisschen riecht"*. Sie sagt, dass daran nichts zu ändern wäre und dass sie lernen muss, das zu akzeptieren. Frau F. gibt an, dass sie die Besuche der Krankenschwester schätzt, weil sie damit mal wieder jemanden zum Reden hat, sie weiß allerdings sehr wohl, dass Zeit Geld ist und dass die Möglichkeiten für längere Unterhaltungen begrenzt sind.

7.6.1 Zur Sicht auf das Vergütungssystem und den Projektverlauf

Im Rahmen des Projekts wurde zwischen dem Pflegedienst und Frau F. vereinbart, dass es einen Wunschtage gibt, an dem Frau F. bestimmen kann, was zu geschehen hat. Diese Wunschtage beziehen sich im Wesentlichen auf Besorgungen und Aspekte der hauswirtschaftlichen Versorgung. Frau F. findet es gut, dass sie mit dem Dienst über alles reden kann. Frau F. ist sich darüber bewusst, dass die Zeit des Pflegedienstes begrenzt ist und dementsprechend auch die Möglichkeiten. Unter den gegebenen Bedingungen ist sie mit der Versorgung durch den Dienst aber gut zufrieden und hält den Wunschtage für eine gute Sache.

Aus Sicht des Pflegedienstes ist Frau F. im Verlauf des Projekts offener geworden, d. h. sie geht offener damit um, welche Probleme sie aktuell hat. Der Gesamtzustand wird als *"gepflegter"* beschrieben, was sich im Wesentlichen am Umgang mit der Inkontinenz festmacht. Die größere Offenheit begründet sich durch das Vertrauen, das Frau F. den Bezugspersonen aus dem Pflegedienst entgegen bringt. Bei Frau F. ist es zu einem tatsächlichen Aushandlungsprozess gekommen, der die notwendigen Maßnahmen durch den Pflegedienst einerseits (Umgang mit Inkontinenz) und die individuellen Wünsche von Frau F. andererseits berücksichtigt. Der Wunschtage ist ein gangbarer Kompromiss für beide Seiten. Der Umgang mit der Inkontinenz ist nicht selbstverständlich gewesen und der flexible Ansatz hat dazu geführt, zwischen Pflegekraft und Frau F. eine Basis zu schaffen, von der aus weiter gearbeitet werden kann. Ebenso wird als positiv bewertet, dass ein wenig mehr Zeit für Gespräche zur Verfügung steht. Der flexible Ansatz stellt allerdings auch die Anforderung an den Pflegedienst, sich um Dinge zu kümmern, die vorher ausdrücklich nicht Gegenstand der Versorgung waren. Der positive Verlauf ist stark dadurch geprägt, dass Frau F. selbst merkt, dass es ihr besser geht. Ein wichtiger Aspekt bestand darin, dass Frau F. deutlich wurde, dass der Geruch in ihrer Wohnung dazu geführt hat, dass sie Probleme mit den Nachbarn bekommen hat. Eine adäquate Hautversorgung durch den Pflegedienst sowie ein besserer Einsatz von Inkontinenzeinlagen hat die Situation erheblich sowohl aus der Perspektive von Frau F. als auch aus der Perspektive des Pflegedienstes verbessert.

7.7 Fallbeschreibung Frau G.

Frau G. leidet seit längerem an einem Ulcus cruris venosum und an starken Rückenbeschwerden. Nach eigenen Angaben ist ihr Gedächtnis nicht mehr das allerbeste. Es besteht der Verdacht, dass übermäßiger Alkoholkonsum in der Vergangenheit einen Beitrag dazu geleistet hat. Die Wundversorgung ist das Hauptproblem, da bereits mehrere Therapieversuche fehlgeschlagen sind. Zum Zeitpunkt des Interviews stand die Entscheidung über einen Krankenhausaufenthalt zwecks verbesserter Wundversorgung an.

Frau G. lebt allein in einer 1-Zimmer-Wohnung, die sich als eine Ansammlung diverser Gegenstände präsentiert. Die Wohnung kann nicht als unordentlich, wohl aber als eigenwillig ausgestattet bezeichnet werden. Der vorhandene Platz ist definitiv zu klein für die Ansammlung an Büchern, Karten und Erinnerungsgegenständen. Der durch die Wohnung in die Küche führende Weg ist mit Krankenunterlagen ausgelegt. Frau G. versucht, ihre hauswirtschaftliche Versorgung allein zu gestalten, was ihr allerdings nicht immer gelingt. Die Einkäufe, Besorgungen und Bankgeschäfte werden durch ihre Tochter erledigt, die in der Nähe lebt. Ein Problem stellt die Reinigung der Töpfe und Pfannen nach dem Kochen dar, da Frau G. diese Haushaltsgegenstände aus eigener Kraft nur schwer anheben und transportieren kann. Manchmal erhält sie in diesem Bereich Hilfe durch eine Bekannte.

7.7.1 Zur Sicht auf das Vergütungssystem und den Projektverlauf

Frau G. sagte, dass ihr Hauptproblem ist, dass es ihr keiner recht machen kann und sie oft lautstarken Streit mit ihrer Tochter hätte. Sie hat generell Schwierigkeiten damit, fremde Hilfe anzunehmen, da sie während ihres gesamten Lebens immer aktiv gewesen ist und für sich selbst gesorgt hat. Mit dem Pflegedienst wurde vereinbart, dass jeweils von Woche zu Woche eine Absprache darüber stattfindet, was an den einzelnen Tagen geschehen soll. Ihren eigenen Bedarf beschreibt Frau G. sehr breit als ‚dass Dinge herumgeräumt werden‘. Nach kurzer Zeit musste allerdings die Teilnahme an dem Projekt abgebrochen werden, da trotz der vorherigen Absprachen Uneinigkeit zwischen Frau G. und dem Pflegedienst über das tatsächliche Geschehen bestand. Frau G. kann als ein Beispiel dafür angesehen werden, wie wenig planbar Pflegesituationen sein können und dass selbst ein flexibles Eingehen auf ihre Situation nur dann Erfolg hätte, wenn jeweils in der aktuellen Situation eine Entscheidung getroffen wird, was genau geschehen soll. Seitens der Pflegedienstleitung wurden mehrere Anläufe gestartet, um flexibler auf die Bedürfnisse von Frau G. eingehen zu können, die aber letztendlich an den genannten Gründen gescheitert sind.

Frau G. ist trotz der nicht gelungenen Umsetzung des Projektansatzes aufgenommen worden, da an ihr sehr deutlich wird, vor welchen Schwierigkeiten die ambulante Pflege oft steht. Die Tatsache, dass es nicht möglich war, Absprachen von Woche zu Woche treffen, verdeutlicht auch, dass in bestimmten Fällen eine mittel- oder langfristige vertragliche Vereinbarung über die Erbringung bestimmter Leistungen kaum Erfolg versprechend ist.

7.8 Fallbeschreibung Frau H.

Frau H. erlitt 1988 einen Schlaganfall, der zu einer linksseitigen Lähmung bzw. Schwäche führte. Sie kann den linken Arm leicht anheben, mit der linken Hand könne sie nur greifen, aber *"die Finger gehen gar nicht mehr hin wo sie hin müssen"*. Die Sprache ist etwas undeutlich, sie selbst gibt aber an, dass sie im Kopf noch klar sei. Sie war bis zu ihrem 60. Lebensjahr als Hauswirtschaftslehrerin angestellt, was ihr nach eigenen Angaben viel Spaß gemacht hat, gerade Tätigkeiten im Haushalt führte sie gerne selbst durch: *"ich habe gerne geputzt, habe gerne feste geputzt und nun müssen andere hier feste putzen"*. In der Wohnung kann sich Frau H. nicht selbst bewegen, sie verbringt ihren Tag meist in einem bequemen Sessel im Wohnzimmer, der es ihr erlaubt auch die Position des Sitzens durch elektrisches Verstellen der Lehne und dem Fußteil zu verändern. Das Hochlegen der Beine ist ihr dabei wichtig, da sie sonst *"dicke Füße"* bekommt. Sie zitiert den Arzt, der zu ihrem Ehemann sagte: 'Ihre Frau ist nicht krank, die ist sehr krank'. Frau H. hat einen Rollstuhl, Toilettenstuhl und eine Gehhilfe (Gehbock), wobei sie letztere seit einem Jahr nicht mehr nutzt, da keine Krankengymnastik mehr verschrieben wurde. Sie kann kurz stehen, wenn sie sich festhält. Seit 1999 ist Frau H. auf einen Dauerkatheter angewiesen, anfangs war dieser durch die Harnröhre gelegt, inzwischen hat sie einen *"durch den Bauch"*, also einen suprapubischen Katheter, der von einem Arzt zu Hause gewechselt wird. Frau H ist für die Fortbewegung innerhalb und außerhalb des Hauses auf andere Personen angewiesen. Im Vergleich zu früher, als vieles *"schön"* war, sieht sie sich nun in der Situation, darauf angewiesen zu sein, *"mitgenommen"* zu werden. Herr und Frau H verbrachten gerne ihren Urlaub in Bayern und in ihren Erzählungen treten schöne Erinnerungen zu Tage. Sie sind 50 Jahre verheiratet und feierten vor kurzem ihre goldene Hochzeit, allerdings beeinflusst von einer akuten Gallenoperation bei Herrn H. Im Vergleich zu früheren Erinnerungen wird die jetzige Lebenssituation von ihr als *"nicht schön"* beschrieben: *"Das ist wirklich fürchterlich, glauben Sie mir das, vorher konnten wir alles"*. Beide äußern rückblickend und auf die jetzige Situation: *"haben wir doch geschafft, werden wir auch schaffen"*. Die jetzige Lebenssituation scheint geprägt durch die Erkrankungen beider Eheleute mit den entsprechenden Einschränkungen, die aber im Miteinander bewältigt werden können. Damit entsteht ein Gefühl der Kontinuität und die Bestätigung etwas erreichen zu können. Die Phase der Krankheit bei Frau H stellt sich als relativ stabil dar, Herr H ist bislang noch nicht pflegebedürftig, was sich jedoch in Zukunft ändern könnte. Das Leben vor der Krankheit beschreibt Frau H als: *"Das war schön immer, jetzt sind wir immer zu Hause"*. Beide hatten Freude an gemeinschaftlichem Leben mit vielen Besuchen, was Frau H jetzt als *"zu schwer"* wahrnimmt.

Ihren Wunsch, ein eigenes Haus zu bauen und zu besitzen, konnten Frau und Herr H. verwirklichen. Sie wollten ihr Alter darin genießen. Sie leben nun mit einem Sohn und der Schwiegertochter in ihrem Zweifamilienhaus in einer Siedlung am Rande einer Kleinstadt. Frau H. meint dazu: *"Ja, da bin ich versorgt"*. Die drei anderen Kinder leben mit ihren Familien in weiterer Entfernung und das Ehepaar freut sich, wenn die Enkel zu Besuch kommen, *"dann ist Leben im Haus"*. Hierin erfahren beide ein vertrautes Gefühl und sie spüren, dass sie in ihrer Rolle als Eltern und Großeltern Bedeutung für ihre Familie haben. Mit den Krankheiten beider, Herr H. leidet an Parkinson und musste sechs Operationen durchstehen, sind sie zwar froh um das Haus, sie mussten jedoch bereits vom 1. Stock ins Erdgeschoss

umziehen, obwohl dort oben die *"schöne Luft"* war. Das Badezimmer im Erdgeschoss wurde behindertengerecht umgebaut, wozu die Pflegekasse eine Zuzahlung leistete.

Zweimal in der Woche besucht Frau H. eine Tagespflege. Sie erzählt sehr angeregt über die verschiedenen Angebote und meint: *"Find ich ganz gut so eine Tagespflege, kann man was machen"*. Es ist geplant, dass ihr Mann ebenfalls einmal pro Woche dorthin mitkommt: *"Dann bin ich nicht allein und der ist nicht allein"*. Damit kann das Wohlbefinden beider gesteigert werden. Der Besuch der Tagespflege trägt zum Zugehörigkeitsgefühl als Teil einer Gemeinschaft bei, in der auch neue Beziehungen geknüpft werden können.

Da Frau H. nicht selbst stehen und gehen kann, helfen ihr die Pflegenden zweimal täglich bei der Grundpflege und sie messen regelmäßig den Blutdruck, da die Ursache ihres Schlaganfalls laut ihrer Angabe ein erhöhter Blutdruck gewesen sei. Zweimal wöchentlich leisten sie Hilfe beim Duschen, ansonsten wird Frau H morgens aus dem Bett geholt und im Bad gewaschen. Sie kann sich das Gesicht selbst waschen und eincremen. Am Abend erfolgen eine Intimwaschung und das Auskleiden. Herr H. gibt an: *"Abends, da geht das unheimlich ruckzuck"*. Ihr Sohn bringt sie am späteren Abend dann zu Bett.

Zu Beginn ihrer Erkrankung konnte ihr Ehemann ihr helfen, seit er selbst erkrankt ist, übernahmen dies ein Pflegedienst und der Sohn. Herr H. ist in der Regel bei seiner Frau anwesend und erfüllt damit einen pflegerischen Aufgabenbereich. Frau H. hatte anfangs einen anderen Pflegedienst beauftragt, dieser sei jedoch zeitlich unflexibel gewesen, so dass sie zum jetzigen gewechselt hatte. Die Pflegenden kommen *"zeitlich passend"* und rufen an, wenn sich etwas daran verändert. Hierbei erfährt Frau H. ein Gefühl von Sicherheit. Bei Bedarf kann sie auch den Pflegedienst rufen, um sie auf die Toilette zu bringen, wenn niemand zur Hilfe im Hause sein sollte, was allerdings extra bezahlt werden müsse.

Den Haushalt, sowie das Richten der Medikamente übernimmt die Schwiegertochter. Frau H. legt großen Wert auf Ordnung, so dass beispielsweise *"Handtücher nach rechts müssen, weil die nach rechts gehören"*. Sie zitiert ihre Mutter, dass ein Topf nicht *einen* Platz, sondern *seinen* Platz habe. Im Zusammenhang mit der Möglichkeit in Begleitung ihrer Familie nach draußen zu kommen gibt Frau H. an: *"Die haben nicht immer Zeit für uns"*. Indem die pflegerischen Aufgaben zwischen Pflegedienst (Grundpflege, Blutdruckmessung) und Angehörigen (Frühstück, Medikamente, Haushalt, Zu Bett bringen) aufgeteilt sind, kann von einer aufgabenspezifischen Zusammenarbeit gesprochen werden.

7.8.1 Zur Sicht auf das Vergütungssystem und den Projektverlauf

Herr H. sieht den Gestaltungsspielraum für Veränderungen als sehr begrenzt an: *"Da bleibt ja kaum Zeit für was anderes, wenn sie morgens fertig gemacht wird"*. Einer konstruktiven, zielgerichteten Zeitgestaltung mit absichtsvollen Aktivitäten scheinen hier Grenzen gesetzt zu sein, die sich im Verlauf hätten verschieben können. Für Frau H. ist es besonders wichtig, sich zu unterhalten, was erschwert wird, wenn zwei Pflegepersonen kommen, dann *"geht das natürlich noch schneller, geht's noch schneller"*. In direkter Verbindung dazu gibt sie jedoch an, dass es gut sei, dass es diese Art der Pflege (*"so was"*) gebe.

Zur Finanzierung der Pflege besteht bei beiden wenig Wissen, dafür Vertrauen in den Pflegedienst, allerdings wurde der Begriff Module schon übernommen, wobei unklar ist, ob ein Verständnis dafür besteht, was dieser Begriff bedeutet. Klar ist beiden: *"Die tun nichts umsonst"*. Die eigene finanzielle Situation erscheint entspannt, der Haushalt wirkt äußerst gepflegt. Die Projektidee wurde verstanden, es konnten von Frau H. jedoch kaum Veränderungswünsche benannt werden. Herr H. äußerte, dass sich die Pflegenden mehr mit seiner Frau statt mit dem Bettrichten befassen könnten. Sie selbst spricht davon, dass sie ohne erzählen kein Mensch mehr sei.

Bevor der Pflegedienst das erneute Anamnesegespräch mit Frau H. durchführen konnte, musste sie ins Krankenhaus mit anschließendem Aufenthalt in einer Kurzzeitpflege. Darauf folgte wiederum ein Krankenhausaufenthalt, so dass Frau H. bisher nicht in ihr Zuhause zurückkehren konnte.

Die Pflegedienstleiterin gab an, dass sie sich mit den Pflegenden zusammengesetzt hätte, um mit ihnen gemeinsam aufgrund des vorher stattgefundenen Gespräches mit Frau H. die Planung abzusprechen. Dazu kam es leider nicht. Sie äußerte jedoch, dass sie die Idee des Budgets prinzipiell für geeignet erachtet, die Umsetzung jedoch Zeit für Fortbildung und fachliche Auseinandersetzung in Anspruch nehmen würde, bis sich das Vorgehen für alle Beteiligten einspielen könnte.

7.9 Fallbeschreibung Frau I.

Frau I. ist eine 84-jährige Patientin, die seit ca. 7 Jahren an einer fortgeschrittenen Demenz vom Alzheimerstyp leidet. Sie hat zwei Kinder, eine Tochter und einen Sohn. Zum Zeitpunkt ihres Krankheitsbeginns lebte ihr Mann noch, der allerdings vor 5 Jahren an einer Krebserkrankung verstarb. Bis zu ihrem Einzug in eine Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz wurde Frau I. überwiegend von ihrer Tochter und ihrem Schwiegersohn betreut. Tochter und Schwiegersohn hatten nach Beginn der Erkrankung von Frau I. beschlossen, nicht wie ursprünglich geplant in eine andere Stadt zu ziehen, sondern sie haben gleich neben dem Haus der Eltern ein Haus gebaut, um im Bedarfsfall den Vater bei der Betreuung der Mutter unterstützen zu können. Als dieser verstarb, war das Krankheitsbild von Frau I. bereits so weit fortgeschritten, dass sie den Tod des Gatten kaum noch realisierte.

Beim Interview mit der Tochter von Frau I., die selbst einen pflegerischen Hintergrund hat, wurde sehr deutlich, wie der zunehmende Verlust an Fähigkeiten einen wachsenden Bedarf an Unterstützung erforderte. Trotz eigener Berufstätigkeit gelang es der Tochter gemeinsam mit ihrem Mann, die Betreuung der Mutter zu Hause ohne zusätzliche Hilfe ambulanter Pflegeanbieter sicher zu stellen. Ein stabiles Netzwerk, in dem auch die private Haushaltshilfe, deren Stundenumfang bis zu einer Vollzeitbeschäftigung erhöht wurde, und die Enkelkinder der Frau I. zur Versorgung beitrugen, konnte hierzu über einen Zeitraum von beinahe sechs Jahren beitragen. Der Sohn von Frau I. kam ebenfalls einmal in der Woche.

Im Frühjahr 2003 wurde dann die Situation zunehmend schwieriger, weil Frau I. selbst ihre Tochter nicht mehr erkannte und kaum noch alleine zuhause bleiben konnte. Auch den Schwiegersohn oder Nachbarn erkannte sie nicht mehr und fühlte sich zunehmend von Fremden umgeben, bzw. alleine gelassen.

Da die Tochter zu dieser Zeit auch beruflich sehr eingespannt und die Betreuung der Mutter zuhause kaum noch zu bewältigen war, hatte dann der Sohn von Frau I. angeregt, die Möglichkeiten einer stationären Versorgung zu eruieren. Daraufhin wurde zuerst eine Kurzzeitpflegeeinrichtung gesucht, in der Frau I. dann eine Woche betreut wurde. Schließlich wurde der Entschluss gefasst, dass Frau I. in eine Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz einziehen soll, an deren Konzeption die Tochter von Frau I. selbst beteiligt gewesen war.

Diese Wohngemeinschaft wurde im März 2004 eröffnet und besteht aus insgesamt acht Mitgliedern, die in unterschiedlichem, aber zumeist fortgeschrittenem Stadium an Demenz erkrankt sind. Das Prinzip dieser Wohngemeinschaften entspricht einer ambulanten Versorgung, die bei allen Gemeinschaftsmitgliedern vom gleichen Pflegedienst geleistet wird. Dieser stellt somit die tägliche und 24-stündige Betreuung und Pflege der gesamten Wohngemeinschaft, entsprechend dem jeweiligen Bedarf der einzelnen Mitglieder sicher. Die Angehörigen treffen sich regelmäßig, um die Zusammenarbeit mit dem Pflegedienst und die Lebens- und Freizeitgestaltung der Pflegebedürftigen zu diskutieren, zu planen und gemeinsam umzusetzen. In Zusammenarbeit mit dem Pflegedienst werden Absprachen zur Wohnungsgestaltung oder auch zur Aufnahme eines neuen Gemeinschaftsmitgliedes getroffen, wenn ein Mitbewohner oder eine Mitbewohnerin verstorben ist.

Da die Patientin in einer sogenannten Demenz-Wohngemeinschaft wohnt, findet in ihrem Fall die Leistungserbringung nicht in Form von Einsätzen statt, sondern quasi nach Bedarf und rund um die Uhr, da vom häuslichen Pflegedienst immer ein Mitarbeiter vor Ort ist. Grundsätzlich findet eine Versorgung statt, die sämtliche Lebensbereiche umfasst. Da der Orientierungszustand und damit die Selbstpflegefähigkeiten der Patientin Schwankungen unterworfen sind, sind auch ihr Versorgungsbedarf und die Art der Unterstützung sehr unterschiedlich. Die Pflegenden beschreiben in einem Gespräch, dass Frau I. zumeist von ihnen geweckt werden muss, da sie sonst den ganzen Tag über schlafen und dadurch zu wenig trinken würde. Der Umfang des Hilfebedarfs ist abhängig von der Tagesform und schwankt zwischen Anleitung und vollständiger Übernahme von Pflēgetätigkeiten. Da Frau I. zudem gangunsicher ist und ihre Seh- und Hörfähigkeiten stark eingeschränkt sind, benötigt sie über den ganzen Tag eine intensive Betreuung und Begleitung. So bestehe beispielsweise auf Grund eines *"taktiles Fehlbewusstseins"*, wie es die Pflegenden nennen, die Gefahr, dass Frau I. ihr Umfeld nicht mehr richtig einschätzen kann und beim Aufstehen vom Tisch sich nur an der Tischdecke festhält, mit der Folge eines Sturzes. Insofern ist eine permanente Beaufsichtigung der Patientin erforderlich. Auch bei den Mahlzeiten benötigt Frau I. Unterstützung, da sie auf Grund ihrer Sehschwäche und ihrer Verwirrtheit nicht mehr richtig einschätzen kann, was sie isst und ihre *"Brötchen trocken essen"* würde. Im Tagesverlauf verbringt sie zumeist viel Zeit mit der Mitbewohnerin Frau J., da die beiden eine freundschaftliche Beziehung zueinander entwickelt haben. Im Gegensatz zu Frau J. ist Frau I. jedoch kaum an Hausarbeit interessiert und verbringt ihre Zeit lieber damit, zu singen oder zu erzählen. Bei der Zubereitung von Mahlzeiten hilft sie zuweilen mit Kartoffelschalen oder ähnlichem.

Die Pflegenden berichten außerdem, dass Frau I. *"ganz viel in der Kriegszeit"* leben würde, was an manchen ihrer Äußerungen im Alltag deutlich würde. Insofern sei es sehr wichtig, möglichst viel über die Biographie ihrer Patienten zu wissen. Zudem beschreiben sie, wie wichtig gerade auch ihre

Unterstützung der Bewohnerinnen in Bezug das Krankheitsgeschehen sei, wenn beispielsweise das Realisieren der eigenen Vergesslichkeit Bestürzung und Trauer auslösen. Gerade diese emotionale Unterstützung sei *"harte Arbeit"*.

7.9.1 Zur Sicht auf das Vergütungssystem und den Projektverlauf

Die Patientin selbst kann hierzu nicht befragt werden. Die Tochter von Frau I. hatte im Gespräch betont, dass es für sie wichtig sei, dass ihre Mutter an dem Forschungsprojekt zu personenbezogenen Pflegebudgets teilnehme, weil sie es *"völlig blödsinnig"* finde, dass die Pflegenden jetzt für die Mutter *"alles aufschreiben müssen, jede Handlung die man abrechnen kann"*.

Dies habe außerdem für sie selbst zur Folge, dass sie Abrechnungen für die Mutter erhalte, in denen beispielsweise 271mal das Darreichen von Nahrung abgerechnet sei. Sie würde sich einfach wünschen, dass *"die diesen Stress nicht im Hintergrund haben, sondern einfach gucken können, dass die pflegerische Versorgung für Mutter so geregelt wird, was sie braucht, das können sie schaffen und sie beschreiben eben diesen allgemeinen, dass dafür Sorge getragen wird, dass sie vernünftig gegessen und getrunken hat und ihre Augentropfen und was weiß ich, aber sie brauchen nicht bei jeder Sache sofort wieder daran denken, das aber noch ein Kreuz gemacht wird."* Sie sieht hier durchaus die Notwendigkeit für den Pflegedienst, alle einzelnen Leistungen so zu dokumentieren, da sonst die Finanzierung nicht gesichert sei.

Ein weiterer Vorteil der Abrechnung im Rahmen von Zeiteinheiten, bzw. eines Budgets liegt für Sie darin, dass bei einer Abrechnung nach Leistungskomplexen die Höhe der Rechnung offenbar vom Pflegedienst nicht festgelegt werden kann, bzw. 'unkalkulierbar' sei. So sei ja entsprechend dem individuellen Bedarf des Pflegebedürftigen auch der Umfang der Leistungen unterschiedlich. Bei einem festen Stundensatz hingegen könne eine feste Vereinbarung zur sicheren Finanzierung der Pflegeleistungen getroffen werden, die sowohl auf Seiten des Pflegedienstes als auch für sie selbst eine bessere Kalkulation ermögliche. Der monatliche Eigenanteil für Frau I. beträgt etwa eintausend Euro.

Grundsätzlich stellten die Pflegenden der Wohngemeinschaft als Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes klar, dass sie insbesondere für Menschen mit Demenz das Modulsystem für vollkommen unzureichend betrachten. Ähnlich wie auch die Tochter von Frau J. äußerten sie, dass es sinnvoll sei, in der individuellen Situation zusammen mit dem Patienten entscheiden zu können, welche Unterstützung oder Tätigkeit jeweils Priorität haben sollte. Sie sahen ihre Aufgabe auch besonders darin, dies mit oder ggf. auch für den Patienten zu entscheiden und beklagten, dass der zeitliche Aufwand, solche Entscheidungsprozesse zu steuern und Entscheidungen herbeizuführen im Rahmen des Modulsystems nicht finanziert wird. Hier sahen sie besonders die Vorteile einer Budgetlösung, bei der die Finanzierung nicht anhand einzelner Tätigkeiten erfolgt, sondern entsprechend dem benötigten Zeitaufwand.

Gleichwohl hatten sie sich an die Dokumentation der Einzelleistungen jedoch so gewöhnt, dass sie eine Änderung der Vergütungsregelung im Rahmen der WG nicht zwingend für erforderlich hielten, da ohnehin eine permanente Anwesenheit von Pflegenden gewährleistet sei. Dadurch sei es unabhängig vom Vergütungssystem möglich, auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten einzugehen. Trotzdem

aber sei es schon *"sehr sinnig, dass der Pfleger einfach mehr Freiraum hat in dem, was er als sinnvoll erachtet und nicht nach Schema F arbeiten muss, was uns aufgetragen und delegiert von irgendwelchen Kassen von irgendwelchen schriftlichen Vorgaben"*.

7.10 Fallbeschreibung Frau J.

Frau J. ist eine 80-jährige Patientin, die seit ca. 8 Jahren an einer fortgeschrittenen Demenz vom Alzheimerstyp leidet. Frau J. hat zwei Kinder, von denen die Tochter im Ausland wohnt, der Sohn in der gleichen Stadt wie Frau J. selbst. Ihr Ehemann ist bereits vor vielen Jahren verstorben.

Bereits ihre Mutter war an einer Demenz erkrankt, wodurch Frau J. der Verlauf der Erkrankung bereits bekannt war. Hierdurch hatte sie große Angst davor, dass auch sie selbst von dieser Krankheit betroffen sein könnte. Als sie in 1997 allmählich merkte, dass sie zunehmend Gedächtnisprobleme bekam, wandte sie sich daher sofort an unterschiedliche Ärzte. Zudem versuchte sie durch Gedächtnistraining in Kombination mit verschiedenen medizinischen Behandlungen gegen einen weiteren Gedächtnisverlust anzugehen. Schließlich erhielt sie jedoch ca. in 1999 die Diagnose Alzheimer. Frau J. war nach Aussagen des Sohnes immer sehr aktiv gewesen. Sie hatte Sprach- und Volkshochschulkurse besucht, hatte viele Freundinnen und Bekannte, mit denen Sie oft verreiste und auch des öfteren ihre Tochter in Großbritannien besuchte. Ins Heim zu kommen war für sie immer eine *"Horrorvorstellung"* gewesen. Diesbezüglich hatte sie sehr schlechte Erfahrungen gemacht, als ihre eigene Mutter auf Grund einer Demenzerkrankung in einem Heim gelebt hatte. Frau J. hatte sich deswegen Vorwürfe gemacht und große Sorge, selbst irgendwann einmal in ein Heim zu müssen.

Ihr Sohn hatte ca. 1997 bemerkt, dass die Gedächtnisleistungen seiner Mutter zunehmend nachlassen. Da auch er den Verlauf der Demenzerkrankung seiner Großmutter miterlebt hatte, wusste er auch um die Sorge der Mutter um die möglichen Auswirkungen der Erkrankung und um ihre Angst, eines Tag in ein Heim zu müssen. Als 'aktiver Grenzregulierer' übernahm er die Unterstützung seiner Mutter, welche im Verlaufe der Erkrankung zunahm, sich veränderte und den Einbezug von Unterstützung durch entsprechende Dienstleistungsanbieter erforderte. War es zu Beginn vor allem die Hilfe, im Alltag nicht die Orientierung zu verlieren, sie hatte ihre Erinnerungszettelchen stenografiert und in der ganzen Wohnung verteilt, bekam seine Mutter zunehmend Probleme bei der Führung ihres Haushaltes, so dass er sie auch hier in wachsendem Umfang unterstützte. Zunächst ging er wöchentlich für sie einkaufen und half ihr bei einzelnen Tätigkeiten im Haushalt. Zudem begleitete er sie bei Arztbesuchen. Ihr Sohn berichtet, dass Freunde und Bekannte kein Verständnis für die Situation Frau J.'s aufgebracht hatten und sich zunehmend zurückzogen, vor allem weil der Haushalt immer chaotischer wurde: *"also da waren dann auch noch Freundinnen die sind gekommen, haben ein bisschen aufgepasst, nur je weiter so die Krankheit fortgeschritten war, desto mehr hat sie dann auch soziale Kontakte irgendwie verloren, ne, bis auf so zwei drei Leuten, haben sich dann viele auch abgeseilt"*.

Dies stellte für ihn in mehrfachem Sinne eine Belastung dar, da er einerseits die soziale Vereinsamung der Mutter vor Augen hatte, andererseits jedoch auch selbst der Unterstützung bedurft hätte: *"Haben mir*

zwar immer gute Ratschläge gegeben, was ich immer ganz toll fand, aber ansonsten haben sie sich halt nicht blicken lassen".

Als Frau J. ihre Mahlzeiten nicht mehr selbst zubereiten konnte, bestellte er ihr für die Hauptmahlzeit Essen auf Rädern. Den Einkauf tätigte er inzwischen mehrmals wöchentlich, da seine Mutter die neu gebrachten Lebensmittel oftmals innerhalb kürzester Zeit aufaß, da sie offenbar beim Essen kein Sättigungsgefühl mehr hatte. So leistete er eine vorausschauende und schützende Betreuung der Mutter, die in Häufigkeit und Intensität dem Krankheitsverlauf der Mutter angepasst werden musste: *"Und hab' dann also gesagt, ok, du kannst jetzt nicht einmal in der Woche einkaufen groß, du musst das in Steps machen, musst dann immer kleine Portiönchen machen, musst dann eben öfters laufen, fand ich dann auch nicht so schlimm".*

Schließlich zog er in 2001 einen ambulanten Pflegedienst hinzu, da Frau J. auch die Körperhygiene nicht mehr selbstständig bewältigte. Vor allem aber hatte er gehofft, durch den Einsatz eines Pflegedienstes der sozialen Vereinsamung der Mutter ein wenig entgegen wirken zu können: *"Ja, also da ging's halt ... mit Modulen ab oder so ... weil die Hygiene halt nicht mehr gegeben war, hab' ich gesagt mit bestimmten Sachen, wie Waschen und so, ... ich hab' auch immer gesagt vielleicht so ein bisschen sozialer Kontakt, die können sich ja einfach mal da hin setzen, wenn's bezahlt wird, ich weiß gar nicht, ob die's bezahlt kriegen auch, oder wusste ich damals nicht ob einfach nur so'n so, dass man zu dem, einfach nur so 'n sozialen Kontakt irgendwie aufbaut, ein bisschen was weiß ich erzählt, oder sich erzählen lässt, also wusste ich zu dem Zeitpunkt jedenfalls nicht, offensichtlich ist es schwierig, so was abzurechnen."*

Da die Pflegedienste also in der Leistungserbringung an das Leistungskomplexsystem gebunden waren, fand er in Ihnen sowohl für seine Mutter als auch für sich selbst nicht die Unterstützung, die er sich erhofft hatte. Er wechselte den Pflegedienst, jedoch auch die Mitarbeiter des anderen Pflegedienstes schienen mit der Pflege der dementen Mutter überfordert zu sein: *"Nee und der Pflegedienst der kriegt's einfach nicht gepackt und die sind auch, das Schlimme ist, die sind nicht geschult dafür, die sind geschult für, weiß ich nicht für Kranke, die ein, was weiß ich was nicht laufen können oder ,ne Arthrose haben oder weiß der Henker".*

Schließlich wurde dann in 2003 die Situation so schwierig, dass er seine Schwester hinzuzog um über eine Alternative zu beraten, da die Situation aus seiner Sicht zu Hause nicht mehr tragbar war. Die Pflegedienstmitarbeiter schienen hier keinen konstruktiven Beitrag leisten zu können: *"die sind dann auch nicht mehr klar gekommen, die Pflegedienste, ist mir auch irgendwo klar, nur hätten sie sich halt irgendwelche Strategien einfallen lassen müssen, aber dazu waren sie dann wohl nicht, irgendwie nicht flexibel, oder hatten wenig Zeit oder Module".*

Durch einen alten Schulfreund kam er mit den Betreibern einer Demenz-WG in Kontakt und fand für seine Mutter einen Platz in einer solchen WG, wo Frau J. dann im Frühjahr 2004 einziehen konnte. Bei einem Besuch der Mutter in der WG war diese sowohl zeitlich, als auch örtlich nicht mehr orientiert, auch biografische Angaben waren kaum möglich.

Frau I. lebt in einer Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz, die durch einen ambulanten Pflegedienst betreut wird. Diese Wohngemeinschaft wurde im März 2004 eröffnet und besteht aus

insgesamt acht Mitgliedern, die in unterschiedlichem aber zumeist fortgeschrittenem Stadium an Demenz erkrankt sind. Das Prinzip dieser Wohngemeinschaften entspricht einer ambulanten Versorgung, die bei allen Gemeinschaftsmitgliedern vom gleichen Pflegedienst geleistet wird. Dieser stellt somit die tägliche und 24-stündige Betreuung und Pflege der gesamten Wohngemeinschaft, entsprechend dem jeweiligen Bedarf der einzelnen Mitglieder sicher. Die Angehörigen treffen sich regelmäßig, um die Zusammenarbeit mit dem Pflegedienst und die Lebens- und Freizeitgestaltung der Pflegebedürftigen zu diskutieren, zu planen und gemeinsam umzusetzen. In Zusammenarbeit mit dem Pflegedienst werden Absprachen zur Wohnungsgestaltung oder auch zur Aufnahme eines neuen Gemeinschaftsmitgliedes getroffen, wenn ein Mitbewohner oder eine Mitbewohnerin verstorben ist.

Da die Patientin in einer sogenannten Demenz-Wohngemeinschaft wohnt, findet bei ihr wie im Fall von Frau I. die Leistungserbringung nicht in Form von Einsätzen statt, sondern quasi nach Bedarf und rund um die Uhr, da vom häuslichen Pflegedienst immer ein Mitarbeiter vor Ort ist. Grundsätzlich findet auch hier eine Versorgung statt, die sämtliche Lebensbereiche betrifft. Da der Orientierungszustand und damit die Selbstpflegefähigkeiten der Patientin Schwankungen unterworfen sind, sind auch ihr Versorgungsbedarf und die Art der Unterstützung sehr unterschiedlich. Die Pflegenden beschreiben in einem Gespräch über den Tagesablauf der Patientin, dass ihre Tagesform sehr davon anhängt, wie sie die Nacht verbracht hat. Hat Frau J. in der Nacht gut schlafen können, dann ist bei der Morgentoilette oftmals lediglich eine Teilübernahme und Anleitung erforderlich. Hat sie jedoch *"die Nacht zum Tag gemacht"*, war sie also in der Nacht unruhig und konnte nicht schlafen, ist hingegen eine vollständige Übernahme sämtlicher Tätigkeiten bei der morgendlichen Körperpflege erforderlich. Manchmal fällt es Frau J. sehr schwer, einfache Entscheidungen zu treffen, beispielsweise wenn es darum geht, Kleidungsstücke für den Tag auszusuchen. Die Pflegenden beschreiben die Prozesse, in denen sie bemüht sind, die Patientin darin zu unterstützen solche Entscheidungen selbst zu treffen, als zeitaufwändig. Grundsätzlich sehen sie aber genau darin das Ziel in ihrer Arbeit, ihr soweit wie möglich Entscheidungen selbst zu überlassen, bzw. die in der Entscheidungsfindung zu unterstützen.

Nach der Morgentoilette folgt das gemeinsame Frühstück mit den Mitbewohnern und Pflegenden. Manchmal schmiert sich Frau J. die Brötchen selbst, manchmal ist jedoch auch hier eine vollständige Übernahme erforderlich. Zudem achten die Pflegenden darauf, dass *"nicht von sämtlichen Tellern gegessen"* wird, dass also die Bewohner nicht das Frühstück des Tischnachbarn verspeisen. Frau J. beschreiben die Pflegenden außerdem als *"sehr aktiv"*, wenn sie gut geschlafen hat. Das bedeutet, dass sie dann *"ganz viel machen"* möchte, sich an der Hausarbeit beteiligen und eine Beschäftigung haben möchte. Unter Anleitung der Pflegenden hilft sie dann beim Spülen, Abtrocknen, Aufräumen, sie legt Wäsche zusammen und übernimmt andere Aufgaben im Haushalt. Auch dies sei jedoch auch zuweilen sehr zeitaufwändig, da Frau J. sehr unsicher sei in allen Dingen die sie macht und häufig sich durch Nachfrage vergewissern muss, ob sie auch alles richtig mache. So ein Pfleger: *"Beispielsweise wenn ich in fünf Minuten den Wäschekorb gefalten hätte, dauert's mit ihr halt zwanzig Minuten, weil sie halt fragt, ob das richtig ist, so rum zu falten, lieber so rum zu falten, also die Richtung zu falten ist halt auch für sie schon ein Problem, selbst die das zu entscheiden und wo leg' ich's hin, das ist auch noch so, soll*

ich jetzt da hinlegen, (...) bei minimalen Entscheidungen fängt das schon an, dass man da schon unterstützend, ja begleiten muss."

Auch bei der Zubereitung des Mittagessens hilft Frau J. beispielsweise mit Kartoffelschälen oder ähnlichem. Ähnlich sieht es auch beim nachmittäglichen Kaffee oder beim Abendbrot aus. Die Pflegenden betonen, dass es schwierig ist, einen typischen Tagesrhythmus zu beschreiben, weil der Tagesablauf immer sehr individuell gestaltet und sehr an den jeweiligen Interessen der Bewohner orientiert sei.

7.10.1 Zur Sicht auf das Vergütungssystem und den Projektverlauf

Die Patientin selbst kann hierzu nicht befragt werden. Der Sohn von Frau J. hatte im Gespräch mehrfach betont, dass es für ihn und seine Mutter vor allem wichtig gewesen wäre, regelmäßig eine soziale Betreuung zu erhalten. Eine Regelmäßigkeit, von der er sich für seine Mutter neben regelmäßigem Austausch mit anderen Menschen auch regelmäßige Mahlzeiten und die kontinuierliche Anleitung zum Toilettengang und zur Versorgung des Haushaltes oder auch eine regelmäßige Begleitung bei Arztbesuchen versprochen hatte. Dies sei aber so nicht möglich gewesen, da die Leistungserbringung entsprechender Module immer im Vordergrund gestanden hatte: *"Das wär' für mich wichtig gewesen und nicht der ganze Zinnober da mit, dann räumen sie dann hier irgendwas hin und da und dann machen sie was weiß ich, weil das ist alles völlig für die Katz."*

Zwar seien die Pflegenden der ambulanten Dienste, welche vor Einzug in die WG die ambulante Pflege leisteten, seiner Meinung nach nicht ausreichend geschult gewesen für den Umgang mit Menschen mit Demenz. Darüber hinaus seien deren Möglichkeiten aber durch das Modulsystem zusätzlich eingeschränkt worden: *"ich hatte immer so das Gefühl so, dass sie selber so'n bisschen hilflos sind, oder vielleicht auch ... eingeschränkt einfach in ihrem Handeln, vielleicht dadurch dass sie mit solchen Modulen abrechnen müssen oder ich weiß es nicht. Ich hab' am Anfang wirklich gedacht ok, es steht da ein bestimmter Pflegesatz zur Verfügung und dass der da also so eingeschränkt wird in irgendwelchen was weiß ich, man darf nur so und so oft und das und das, also dass der sich so dann zusammensetzt, ist ja auch eigentlich absurd, weil ja auch jeder Mensch oder jeder Kranke auch ganz andere Bedürfnisse hat. Von daher kann ich das nicht nachvollziehen ehrlich gesagt, ist eigentlich ziemlich absurd."*

7.11 Fallbeschreibung Frau K.

Fr. K. ist 95 Jahre alt und leidet seit längerem unter einer demenziellen Erkrankung die dazu führte, dass Fr. K. besonders im Bereich des Kurzzeitgedächtnisses große Erinnerungsprobleme hat. Fr. K. leidet zudem unter Appetitlosigkeit, was bei ihr in Verbindung mit der kognitiven Einschränkung zu einer Exsikkose geführt hat. Fr. K. ist verwitwet und lebt alleine in ihrer Wohnung. Sie kommt aus einer Familie mit 9 Kindern und ist in ländlicher Umgebung aufgewachsen. Fr. K. hat eine so genannte

"Ziehtochter" die allerdings in New York lebt und sich daher nicht um Fr. K. kümmern kann. Daher kümmert sich der Neffe von Fr. K. bei Einkäufen, Behördengängen und der Organisation der häuslichen Pflege um sie. Die Pflegebedürftigkeit wurde bei Fr. K. während eines Krankenhausaufenthaltes im September 2003 festgestellt. Der Krankenhausaufenthalt wurde wegen einer Radiusfraktur am rechten Unterarm notwendig. Schon im Krankenhaus hatte Fr. K. selbst die Einschätzung, nicht wieder nach Hause gehen zu können, da sie das Gefühl hatte, alleine nicht mehr zu Recht zu kommen. In dieser Zeit sprach sie häufiger davon, in ein Altenheim gehen zu wollen. In Absprache mit dem Neffen und einem ambulanten Pflegedienst wurde dann jedoch der Versuch unternommen, Fr. K. in ihre eigene Wohnung zu entlassen. Seitdem wird Fr. K. mit einer Unterbrechung aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes im August 2004 zuhause pflegerisch durch einen Pflegedienst versorgt.

Fr. K. wohnt alleine in ihrer eigenen Wohnung und findet sich in der Wohnung auch gut alleine zurecht. Sie kann die Wohnung mit Unterstützung (vor allem im Bereich der Orientierung) verlassen. Die langjährigen Nachbarn in ihrem Haus sind über die gesundheitliche Situation von Fr. K. informiert und achten nach Aussage der Pflegekräfte ein wenig auf sie. Fr. K. hat ansonsten nur noch selten Kontakt zu einem älteren Bekannten, der sie hin und wieder besuchen kommt. Der Neffe von Fr. K. besucht sie regelmäßig ca. 1-2mal pro Woche. Er erledigt die meisten Einkäufe für sie und ist auch für finanzielle und rechtliche Belange verantwortlich. Hierfür ist er im Besitz einer entsprechenden Vollmacht. Aufgrund ihrer Erkrankung ist es sehr schwer für Fr. K., soziale Kontakte außerhalb ihres direkten Umfelds zu knüpfen. Die einzigen regelmäßigen Kontakte kommen somit durch den Pflegedienst zustande, der Fr. K. zweimal täglich versorgt.

Fr. K. wird täglich vom Pflegedienst versorgt. Den Schwerpunkt bilden hierbei die Unterstützung bei der Körperpflege, sowie das Richten von Mahlzeiten. Zunächst fanden die Einsätze des Pflegedienstes einmal am Tag morgens statt. Hierbei erhielt Fr. K. Unterstützung bei der Körperpflege und das Frühstück wurde gerichtet. Fr. K. wäscht sich gerne mit Unterstützung der Pflegekraft am Waschbecken und lehnt es meistens ab, geduscht zu werden. Zunächst war die Gestaltung der Pflegesituation für die Pflegekräfte sehr schwierig, da Fr. K. morgens schlecht zu motivieren war. So konnte sie zwar für die Grundpflege aus dem Bett mobilisiert werden, legte sich aber nach dem Besuch der Pflegekraft oft wieder in das Bett ohne etwas gegessen zu haben. Insgesamt war die Motivation von Fr. K. als schlecht zu beurteilen, was dazu führte, dass die pflegerische Versorgung oftmals schwierig gestaltete. Die Pflegekräfte erkannten, dass Fr. K. bei entsprechender Aktivierung und einer an den Tagesrhythmus angepassten und gestalteten Pflege spürbar wacher und aktiver wurde. Nach dem zweiten Krankenhausaufenthalt in 2004 und der im November begonnenen Studienteilnahme von Fr. K. veränderten die Pflegekräfte die Planung und inhaltliche Gestaltung der Einsätze. Die durch das Pflegebudget zur Verfügung stehende Zeit wurde auf zwei Einsätze am morgen und gegen Mittag aufgeteilt. Während des morgendlichen Einsatzes wird Fr. K. seitdem aus dem Bett mobilisiert und erhält Unterstützung bei der Körperpflege und der Zubereitung des Frühstücks. Hierbei passen die Pflegekräfte ihre Versorgung und Unterstützung von Fr. K. sehr stark an die tägliche Befindlichkeit von Fr. K. an. So kann es sein, dass Fr. K. an einem Tag gut mobilisierbar und aktivierbar ist, während sie am nächsten Tag ein wenig mehr Zeit benötigt um *"in den Tag zu kommen"*. Durch die flexiblere

Gestaltungsmöglichkeit der Einsätze ist es für die Pflegekräfte nun möglich, auf diese Tagesschwankungen zu reagieren und eine angepasste Versorgung zu gewährleisten. Von den Pflegekräften wird beschrieben, dass Fr. K. oft eine gewisse Anlaufzeit benötigt, um aktiv zu werden. Daher werden die Einsätze jetzt so geplant, dass der erste Einsatz eher kurz gehalten wird. Je nach Tagesform wird Fr. K. geweckt und bekommt neben einer kurzen grundpflegerischen Versorgung das Frühstück gerichtet. Fr. K. hat dann Zeit, das Frühstück in ihrem Tempo zu sich zu nehmen. Im zweiten Einsatz steht dann meist die ausgiebigere pflegerische Versorgung von Fr. K. im Vordergrund. Die Pflegekräfte haben aber auch die Erfahrung gemacht, dass Fr. K. zu der späteren Zeit wacher und aufnahmefähiger ist als am Morgen. Daher ist es nun auch möglich geworden, mit Fr. K. wieder Tätigkeiten des Alltags einzuüben, die sie schon lange nicht mehr selbstständig durchführen konnte. So waschen die Pflegekräfte mit Fr. K. die Wäsche, gehen zusammen mit ihr einkaufen oder spielen Gesellschaftsspiele mit ihr, was zu einer erstaunlichen geistigen und körperlichen Mobilisation von Fr. K. geführt hat.

7.11.1 Zur Sicht auf das Vergütungssystem und den Projektverlauf

Die Möglichkeit einer flexibleren Leistungserbringung erweist sich für Fr. K. als sehr sinnvoll. Zum einen ist es durch die Anpassung der erbrachten Leistungen an den Tagesrhythmus und die jeweilige Befindlichkeit von Fr. K. möglich geworden, einen fördernden Tagesablauf durch die Pflegemaßnahmen zu etablieren. Zum anderen haben die Pflegekräfte die Möglichkeit, pflegerische Tätigkeiten in die Versorgungssituation mit einzubinden, die nach den Leistungskomplexen nicht vergütbar sind. Hierbei ist ein sehr wichtiger pflegerischer Aspekt in der Begleitung und dem Training von alltäglichen Handlungen zu sehen. Hierdurch erhält Fr. K. kognitive Herausforderungen, die sie an frühere Tätigkeiten und Gewohnheiten erinnern und somit wichtige Anknüpfungspunkte für die weitere Arbeit und Förderung der Patientin durch die Pflegekräfte bieten. Fr. K. entwickelt durch diese Förderung eine eigene Sicherheit, diese Tätigkeiten auch in Abwesenheit der Pflegekräfte wieder selbstständig durchzuführen (z.B. Zusammenlegen der Wäsche). Im Zusammenhang mit der dadurch entstandenen Aktivität und der Möglichkeit für die Pflegekräfte, kreativ, professionell und flexibel auf die Probleme und Möglichkeiten der Pflegesituation reagieren zu können, hat Fr. K. die Perspektive, noch eine längere Zeit in ihrer Wohnung bleiben zu können.

Im Gespräch mit den Pflegekräften wurde deutlich, dass die flexibleren Gestaltungsspielräume in der pflegerischen Versorgung insbesondere im Fall von Fr. K. zu einer deutlichen Veränderung in der Leistungserbringung seitens des ambulanten Dienstes führten. Besonders im Bereich der tagesstrukturierenden Ansätze, die für die Versorgung von demenziell erkrankten Menschen von großer Bedeutung sind, konnten die Möglichkeiten der Abrechnung von Pflegeleistungen nach dem Budgetansatz genutzt werden. Wie schon beschrieben waren hiervon sowohl die inhaltliche Ausgestaltung der Pflegesituationen als auch die strukturelle Anpassung der Einsatzzeiten betroffen. Sowohl die Aufteilung der Einsätze (2x/Tag) als auch das Einbinden von zusätzlichen, auf die persönliche Situation von Fr. K. abgestimmten Leistungsinhalten stellten für die Pflegekräfte wichtige

Aspekte einer umfassenden Versorgung dar. Hierbei wurde es als motivierend empfunden, eine Pflegesituation zu schaffen, in der es möglich war, die Ressourcen von Fr. K. aufzugreifen. Die Pflegenden konnten aus ihrer Sicht eine Verbesserung der Situation für Fr. K. durch ihr konkretes Handeln herbeiführen und bringen diese Möglichkeit mit den geänderten Rahmenbedingungen in Zusammenhang. Aus ihrer Sicht ermöglicht ihnen die neue Abrechnungspraxis ein pflegerisches Vorgehen, welches sich kurzfristig an die täglichen Begebenheiten in der Situation von Fr. K. anpassen lässt. Hierbei wurde auch positiv angemerkt, dass die Möglichkeit besteht, Leistungen zu erbringen, die nicht Bestandteil der bisherigen Vergütungsregelung waren (z.B. Training von Tätigkeiten), aber einen positiven Einfluss auf die Situation von Fr. K. hatten. Betrachtet man also den Projektverlauf und die Entwicklung der Pflegesituation aus Sicht der betreuenden Pflegekräfte wird deutlich, dass die hiermit herbeigeführten Veränderungen eine positive Auswirkung sowohl auf den Zustand von Fr. K. als auch auf die Motivation und das professionelle Verständnis der Pflegekräfte hatten. Der Spielraum für geplante sowie spontane Interventionen wurde aus Sicht der Pflegekräfte deutlich erweitert und dadurch eine adäquate und auf die Förderung der Ressourcen von Fr. K. ausgerichtete Pflege erst möglich. Anhand der Pflegedokumentation lässt sich nur bedingt ein Pflegeverlauf für die Projektlaufzeit nachzeichnen. Vielmehr verdeutlichen die Aufzeichnungen der Pflegekräfte von Beginn der Projektlaufzeit an, wie wichtig eine flexible Gestaltungsmöglichkeit im Bereich der Leistungserbringung ist. So wurden häufig Situationen geschildert, in denen die Tagesform von Fr. K. entscheidend für die weitere Planung der Pflege war. Insbesondere im Bereich der Tagesstruktur lässt sich anhand der Dokumentation die positive Auswirkung der geteilten Einsätze nachvollziehen. Durch die Möglichkeit, einen weiteren Besuch bei Fr. K. durchzuführen, konnte die 'aktive' Tageszeit von Fr. K. besser genutzt werden, um auch alltägliche Handlungen in das pflegerische Konzept einbinden zu können. Diese zusätzlichen Leistungen wie zum Beispiel das Waschen der Wäsche, das gemeinsame Einkaufen oder auch die Gesellschaftsspiele, die in diesem Zusammenhang als kognitives Training zu sehen sind, lassen sich mittels der Dokumentation nachzeichnen.

8 Ergebnisse

Die Ergebnisse des Projekts werden anhand der in Kapitel 5 dargelegten Fragestellungen dargestellt.

8.1 Auswirkung der zeitorientierten Vergütung

Die Auswirkungen der Leistungserbringung im Rahmen eines Pflegebudgets sind in den einzelnen Pflegediensten zum Teil sehr unterschiedlich. Nachfolgend erfolgt die Darstellung der Auswirkungen zunächst aus der Sicht der Mitarbeiter/innen und anschließend aus der Sicht der Pflegedienstleitungen der teilnehmenden Dienste.

8.1.1 Sicht der Mitarbeiter/innen

Die Mitarbeiter/innen der Pflegedienste wurden in den Gruppeninterviews aufgefordert, u.a. ihre Sicht auf das derzeitige Vergütungssystem der Leistungskomplexe und das im Rahmen des dargestellten Forschungsprojektes umgesetzte Vergütungssystem des Pflegebudgets darzulegen. Dabei wurden die folgenden Wahrnehmungen beschrieben.

Veränderter Handlungsraum

Nahezu einheitlich beschreiben die Pflegenden der verschiedenen Dienste, dass durch ein Pflegebudget, welches die Abrechnung der Leistungen in Zeiteinheiten vorsieht, mehr Handlungsraum 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. Dieser hatte sich offenbar auch auf die Pflegebeziehung ausgewirkt, eine Patientin mit Demenz war mitunter nicht dazu zu motivieren, sich zu waschen. Da aber im Rahmen des Budgets dieser Druck weggefallen sei, konnte der Tag mit der Patientin gelassener begonnen werden. Die Patientin war zunehmend leichter zu motivieren: "Da ist es auch wesentlich angenehmer, wenn man eben durch die Zeit jetzt erst Frühstück machen kann, und danach Körperpflege und das liegt ihr definitiv mehr."

Mehr Aushandlung nötig und möglich

Ebenso beschreibt die überwiegende Zahl der Pflegenden (und Pflegedienstleitungen), dass es mit der Möglichkeit der freien Leistungsvereinbarung erforderlich sei, den Pflegebedürftigen aktiv in die Gestaltung der Pflegeeinsätze einzubeziehen, wobei dies im Projektzeitraum durchaus unterschiedlich realisiert wurde. Einige Pflegenden sahen hierin eine aktive Rolle der Pflegenden, da die Patienten oftmals ihre Wünsche und Bedürfnisse nicht 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 insofern gesehen, als dass aus pflegerischer Perspektive Leistungen der Körperpflege Vorrang vor hauswirtschaftlicher Tätigkeit hatten. Die Patientinnen wollten aber überwiegend hauswirtschaftliche Tätigkeiten beanspruchen. Hier zeigte sich aber in einem Fall sehr deutlich, dass durch eine aktive und kreative Beziehungsgestaltung durch die Pflegenden der Konflikt sehr gut gelöst werden konnte. So boten die Pflegenden der Patientin einen "Wunschtag" an, den sie zu ihrer freien Verfügung nutzen könne. An den anderen Tagen stehe jedoch die Körperpflege im Vordergrund, welche infolge der Inkontinenz der Patientin unverzichtbar sei.

Mehr Handlungskompetenz und Fortbildung erforderlich

Alle Pflegedienstleitungen und ein Teil der Pflegenden sahen es als erforderlich an, dass Pflegekräfte vor Einführung eines budgetorientierten Vergütungssystems ausreichend durch Fortbildung und Schulung auf die freie Leistungsvereinbarung vorbereitet werden sollten. So sei es erforderlich, "die eigene Rolle immer wieder neu zu definieren und sich abzugrenzen".

Ebenfalls deutlich wurde, dass die Mehrheit der Pflegenden in Bezug auf Fragen der Finanzierung von Pflegeleistungen keine Beratungsleistungen für die Patienten erbringen konnte. Dies wurde in einigen wenigen Fällen jedoch als sinnvoll erachtet, da auch die Frage der Ausgestaltung des Budgets hiervon berührt ist. In einem Fall hatte die Patientin sogar einen geringeren Eigenanteil durch die Versorgung im Rahmen des Budgets zu leisten. Dadurch war sie geneigt, möglichst sparsam mit dem Einsatz der Pflegekräfte umzugehen und beispielsweise die Haarwäsche auf einmal wöchentlich zu beschränken. Welche Kosten allerdings mit einem weiteren Einsatz zum Bad verbunden gewesen wären, dazu hatten die Pflegenden keine Auskunft geben können.

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. Hier zeigt sich, dass im Gegensatz zu einem familienorientierten Pflegeansatz der Patient im Mittelpunkt des Handelns steht. Angehörige, und seien es pflegende Angehörige, spielten dabei in einigen Fällen eine eher untergeordnete Rolle.

Mehr Zeit

In einem Pflegedienst wird der individuell aushandelbare Leistungsrahmen von den Pflegenden als "mehr Zeit" empfunden, die für die Einsätze zur Verfügung steht. Von der Geschäftsleitung dieses Pflegedienstes wurde deutlich gemacht, dass eine Vergütung der Budgetleistung, wie sie im Stundensatz während der Projektlaufzeit von den Kostenträgern vorgegeben wurde, im Rahmen einer etwaigen Regelversorgung in der Höhe nicht tragbar, weil zu gering sei. Insofern ist zu konstatieren, dass für die Festbeträge der Leistungskomplexe in der Tat weniger Zeit zur Verfügung steht, als dies bei dem hier genannten Stundensatz der Fall ist.

Veränderung der Dokumentation

Die Einführung eines für alle Projektteilnehmer einheitlichen Dokumentationssystems erwies sich als mit zahlreichen Widerständen seitens der Pflegenden behaftet. Die im Rahmen einer pflegewissenschaftlichen Studie erarbeiteten Dokumentationsformulare unterscheiden sich von den meisten handelsüblichen Dokumentationssystemen vor allem dadurch, dass Problem-, Ziel- und Maßnahmenformulierung zunächst aus der Sicht des Pflegebedürftigen und – sofern vorhanden – dessen Angehörige erfolgt.

Kein schlechtes Gewissen

Somit müsse man aus Sicht einiger Pflegekräfte 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. Dies sei durchaus auch bei Tätigkeiten der Fall, die zwar im LK-System vorhanden sind, jedoch nur begrenzt abgerechnet werden können. So sei beispielsweise bei einem Patienten auf Grund seiner persönlichen Situation mehrmals in der Woche eine hauswirtschaftliche Versorgung erforderlich. Dies könne aber maximal zweimal pro Woche abgerechnet werden.

Planbarkeit der Touren

In zwei Pflegediensten wurde von einigen Pflegenden und deren jeweiliger Pflegedienstleitung 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 könnten.

Vorteile für bestimmte Patientengruppen

Die überwiegende Mehrheit der Pflegenden betrachtete 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 die Zielgruppe beschrieben, für die das Budget besonders sinnvoll wäre. In einem Pflegedienst allerdings waren die Pflegekräfte der Ansicht, dass sich ein Pflegebudget eher für mobile Patienten eigne, da ja beispielsweise bei bettlägerigen Menschen mit Pflegestufe drei der Pflegeumfang ohnehin so groß sei, dass auf Pflegeleistungen im Sinne der Leistungskomplexe nicht verzichtet werden könne.

8.1.2 Sicht der Pflegedienstleitungen

Die Pflegedienstleitungen wurden ebenfalls aufgefordert, im Rahmen der Gruppeninterviews, aber auch im Rahmen der Einzelinterviews ihre Sicht auf das Vergütungssystem darzulegen. Es können vier wesentliche Bereiche benannt werden, auf die das genannte Vergütungssystem Einfluss nimmt: Das Verständnis von Pflege, das Verständnis der Berufsrolle, die Pflegesituation vor Ort und die Organisation des Pflegedienstes.

Das Verständnis von Pflege

Die Pflege ist vom System der Leistungskomplexe bestimmt, so dass ein Umdenken erforderlich wurde. Einige Pflegedienste konnten jedoch bereits innerhalb des bestehenden Systems Freiräume entwickeln, die sie im Projektverlauf ungezwungener leben konnten. Es wird auch von weniger *"schlechtem Gewissen"* in Bezug auf das Spannungsfeld der tatsächlich erfolgten Leistung und ihrer Abrechenbarkeit gesprochen. In der Auswahl der teilnehmenden pflegebedürftigen Personen spiegelt sich zum einen das unzureichende Leistungskomplexsystem wider bzw. es wurden Situationen gewählt, die durch einen weiterführenden Bedarf gekennzeichnet sind:

- ein zu erwartender wechselnder Pflegebedarf
- ein typischer regelmäßiger Fall, um den Kontrast zu sehen
- die Komplexität der Pflegesituation *"weil wir da alles machen im Grunde genommen"*
- eine Pflegesituation mit schlechter Prognose des Betroffenen
- Pflegebedürftige, bei denen seitens der Pflegenden Schwierigkeiten mit den Leistungskomplexen bestanden, um der Situation gerecht zu werden

In den Pflegediensten zeigt sich, dass pflegebedürftige Personen, bei denen *"quasi immer dasselbe passiert"* weniger geeignet sind für ein Budget, vor allem dann, wenn sich Bedürfnis und Bedarf decken. Leistungskomplexe seien zum Beispiel sinnvoll bei jemandem, der zweimal die Woche geduscht werden will. Es gibt auch die Meinung, das Budget wäre für die meisten interessant, die Patienten *"kämen dann auch mit ganz anderen Sachen"*. Die Erfahrung eines Dienstes ist, dass männliche Pflegebedürftige konkreter nach Einzelleistungen verlangen, während Frauen eher *"bemuttert"* werden wollen, hier sei die Situation *"filigraner"*. Es kristallisieren sich drei Personengruppen heraus, bei denen das Budget als sinnvoll erachtet wird. Gemein ist allen, dass hier ein wechselnder bzw. umfassender Bedarf besteht:

- Einzelpersonen ohne soziales Netz bzw. Umfeld (vor allem Frauen)
- Psychisch veränderte Personen (Demenz, Depression, fehlende Krankheitseinsicht etc.)
- Schwerstkranke Menschen (chronisch oder akut, Menschen in der letzten Lebens- bzw. Sterbensphase, Menschen mit Schlaganfall, MS oder Körperbehinderung, onkologische Pat.)

Letztlich wird nicht eine bestimmte Gruppe genannt, sondern im Einzelfall müsse darauf geachtet werden, welches Krankheitsbild vorliegt, wie sich das Verhältnis gestaltet und inwieweit Unterstützung durch informelle Personen möglich ist.

Für neue Pflegesituationen wird das Budget als geeignet erachtet, da hier aufgrund der umfassenden Ersteinschätzung die Bedürfnisse berücksichtigt werden könnten. In neuen ambulanten Wohnformen wie Wohngemeinschaften für an Demenz erkrankte Menschen wird das Budgetprojekt anfangs als weniger geeignet wahrgenommen, was sich jedoch bei genauerer Auseinandersetzung mit der Definition von Pflege (allerdings nur innerhalb des Interviews) veränderte.

Das Verständnis der Berufsrolle

Die Fähigkeit zur Aushandlung wird bei den Mitarbeitern unterschiedlich eingeschätzt. Bisher würde die Pflege häufig eher von den Pflegenden bestimmt. Es gebe aber durchaus verantwortungsvolle Pflegenden mit einer hohen Sozialkompetenz, 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. Hier sei eine Art Kontrollmechanismus zu installieren, der bei einem Dienst an die Pflegekasse delegiert wird, im anderen Fall in einer eigenverantwortlichen Überwachung bzw. Achtsamkeit gesehen wird.

In Verbindung mit dem Aushandlungsprozess werden sozialarbeiterische Fähigkeiten benannt sowie eine umfassende Einschätzungskompetenz, 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, statt zu reden. 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 würden sie damit wegkommen von den "Strichlisten" zur Dokumentation der Einzeltätigkeiten. 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. Von den Modulen "wieder wegzukommen" wird in einem Dienst

als schwieriger erachtet als sie angenommen zu haben. Die Pflegenden "*müssen zu ihrem eigentlichen Beruf zurück finden*". Die Mitarbeiter hatten in einem Fall "*Spaß*" an der Pflege und waren durch den Verlauf motiviert und entwickelten neue Ideen. Die Rückmeldung seitens der Pflegekräfte in einem Dienst war positiv in Bezug auf den Entscheidungsfreiraum, was die Patientin benötigt.

Die Pflegesituation vor Ort

In der Regel wurden die Gespräche von den Leitungen selbst geführt und zwar je nach Situation mit den Betroffenen selbst oder aber mit ihren Angehörigen. Bei der Kontaktaufnahme geben die Pflegedienstleitungen an, dass eine gewisse Zurückhaltung und Verunsicherung vor Veränderungen und Neuerungen zu erkennen war. Sowohl Ängste vor höheren Kosten, vor einer Reduzierung der Zeitintervalle als auch das Festhalten an gewohnten Abläufen werden als hemmend genannt. Das Äußern von Bedürfnissen und Wünschen würde einigen Betroffenen schwer fallen. Dies wird u.a. damit begründet, dass in der Generation alter Menschen, die derzeit Pflege in Anspruch nimmt, mehrfach Personen seien, die geringe Ansprüche hätten und sich in ihre Situation fügen, sich anpassen würden. Die Zuzahlungen innerhalb des Gesundheitswesens sowie die Kürzungen bei der Rente bewirken ebenfalls eine Verunsicherung davor, dass "*es für sie schlechter*" werden könnte als bisher. Als schwierig kristallisierte sich weiterhin heraus, dass einige der angefragten Personen die Komplexität nicht verstanden, verunsichert waren und Befürchtungen davor hatten, ihre gewohnten Abläufe aufgeben zu müssen. Gerade der Faktor Zeit konnte jedoch von einigen pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen gut nachvollzogen werden, auch wenn die Kosten meist als zu hoch bewertet wurden. In einem Fall wird berichtet, dass der Faktor Zeit für Pflegebedürftige zu wenig konkret sei.

Manche Angehörige und pflegebedürftige Personen stellten keine Fragen, sondern willigten aufgrund der erhaltenen Informationen ein, ein Vertrauensverhältnis kann hierbei angenommen werden. Andere nutzten das Projekt, um direkt steuernd und gestaltend an der Situation teilzunehmen, was seitens der Pflegenden einerseits als Engagement aber auch als Kontrolle wahrgenommen wurde.

Die Veränderungen im Projektverlauf zeigen sich je nach Einzelsituation sehr unterschiedlich. Während in einer Situation eine positive Verbesserung zu verzeichnen ist, kommt es in anderen Situationen nur zu geringfügigen oder gar keinen Veränderungen. Dass positive Entwicklungen ausgeblieben seien, gibt ein Pflegedienst als enttäuschend an. In einem Fall ist eine pflegebedürftige Person wieder aus dem Projekt ausgeschieden, da sie "*nicht aus ihrem Trott raus wollte*". Absprachen konnten hier nicht eingehalten werden, so dass auch die Angehörige überfordert war. In der konkreten Aushandlung vor Ort kommt es immer wieder auch zu Konflikten, eine Pflegende hatte bei einer Patientin restriktiv angegeben, "*die Wohnung stinke und es müsse etwas passieren*". Nach einer Woche war es dann auch möglich, Veränderungen zu veranlassen. Eine andere Patientin habe sich so mit ihrer Situation arrangiert, dass an frühere Bedürfnisse wie das Verlassen der Wohnung nicht mehr angeknüpft werden konnte. In dieser Situation entspannte sich jedoch durch die Umverteilung der Zeit die finanzielle Situation für die Patientin, was diese als sehr positiv wahrnahm.

Die deutliche Verbesserung bei einer an Demenz erkrankten Frau wirkte sich folgendermaßen aus: sie ist wacher, aktiver, nimmt von sich aus Kontakt auf, ruft an, kann zwar keine Namen sagen, spürt aber

vertraute Personen, fühlt sich sicher und lässt etwas mit sich machen. Ihr Angehöriger fühlt sich eingebunden und übernimmt mehr Verantwortung, die persönlichen Kontakte und Absprachen gelingen gut, da alle Beteiligten das Ziel verfolgen, der Frau eine gute Lebensqualität zu ermöglichen. Die Mitarbeiter entwickelten Kreativität: sie aktivieren, führen Gedächtnistraining durch, machen Spiele und gestalten die Wohnung zur besseren Orientierung um. In einem anderen Fall sei die Patientin zufriedener und sie fühle sich *"besser aufgehoben"*. In den Pflegesituationen, in denen bereits vor Projektbeginn umfassend gearbeitet wurde, konnten keine Veränderungen für die Pflegesituation aufgezeigt werden, allerdings wirkte sich das *"legale"* Arbeiten entlastend auf die Mitarbeiter aus.

Die Organisation des Pflegedienstes

Die Umsetzung des Projekts erforderte zahlreiche Gespräche sowohl mit den (Bezugs-)Pflegerinnen als auch mit den pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen. In den meisten Fällen nahm die Pflegedienstleitung den Erstkontakt mit den Pflegebedürftigen auf und erstellte später, zum Teil mit den Pflegerinnen, die Pflegeplanung. Die Einarbeitung benötigte einige Energie und Zeit vor allem zu Beginn, was den Mitarbeiterinnen nicht leicht fiel. Mitarbeiterinnen seien zum Teil zurückhaltend, wenn Veränderungen anstehen, vor allem dann, wenn diese mit Mehrarbeit verbunden seien, es sei Aufgabe der Leitung auf Veränderungen hinzuwirken.

Die bisherigen Leistungen wurden in Zeit umgerechnet, um das zur Verfügung stehende Zeitkontingent berücksichtigen zu können. Zum Teil erfolgten daraufhin nach erneuter Anamnese und Absprache Umverteilungen der Zeiten in mehrere Einsätze oder die Dauer der Einsätze veränderte oder verschob sich. Die Gestaltung der Tourenpläne zeigt sich in den Pflegediensten unterschiedlich. Da in den meisten Fällen eine feste Zeitdauer vereinbart wurde, konnte der jeweilige Einsatz in der Tour belassen werden. In einem Fall wurde der Einsatz gezielt an das Ende der Tour gelegt, um den Mitarbeiterinnen den Druck nachfolgender Patienten zu nehmen und um das *"offene Zeitbudget"* nutzen zu können. Diese strukturelle Freiheit habe zum Erfolg der Umsetzung beigetragen. In einem anderen Fall wurde an zwei Tagen ein längerer Zeitraum vereinbart und in die Tour eingebunden. Durch die klaren Zeitvorgaben wurde in einem Dienst die Zusammenarbeit zwischen Früh- und Spätdienst intensiviert. Das Budget sei aufgrund der jeweiligen Pflegezeit planbar in der Tour, auf die Woche gleiche sich das aus, wenn *"mal mehr oder weniger benötigt"* würde.

Die neuen Abrechnungsmodalitäten im Projekt werden von den Pflegediensten kontrovers beurteilt. Während die einen keine Probleme in der organisatorischen Umsetzung angeben, scheint sie bei anderen vor allem in der Anfangsphase mit einem erheblichen Mehraufwand verbunden gewesen zu sein. Im Großen und Ganzen verlief der Kontakt mit der Abrechnung bei den Kassen ohne Probleme. In mehreren Fällen tauchten kleinere Schwierigkeiten, welche die Dienste aber gewohnt zu sein scheinen:

- Telefonisches Nachfragen nötig, Ansprechpartner unklar
- Telefonate seitens der Kassen zur Klärung
- Überschneidungen mit Höherstufungsantrag, was zu Verwirrung führte
- Auszahlen falscher Beträge aufgrund des veränderten Stundensatzes während der Laufzeit

Als wesentlichste Erleichterung wird angegeben: "*Der Kasse muss nichts mehr vorgegaukelt werden, was nicht gemacht wurde*".

8.2 Von Leistungskomplexen abweichende pflegerische Handlungen — erweiterte Kernleistungen

Dem Modellprojekt lag ein modifizierter Vertrag nach § 89 SGB XI zugrunde, in dem drei übergeordnete Leistungsbereiche als refinanzierbar vereinbart wurden: *Grundpflege*, *Hauswirtschaftliche Versorgung* und *erweiterte Kernleistungen*. Mit dem Bereich der *erweiterten Kernleistungen* bestand für die Pflegenden die Möglichkeit, bedarfsgerechte Handlungen, die nicht unmittelbar innerhalb des bestehenden Leistungskomplexsystems zur Geltung kommen, durchzuführen (vgl. Kap. 6.1.1). Als Vergleichsgrundlage dienten die für Bayern getroffenen Vereinbarungen zwischen den Vertragsparteien gemäß § 89 SGB XI vom Februar 2004. Die folgenden Ergebnisse beschreiben diejenigen pflegerischen Handlungen, die als *erweiterte Kernleistungen* innerhalb des Projektverlaufs analysiert wurden.

Übergreifend können die *erweiterten Kernleistungen* in zwei Bereiche unterteilt werden. Zum einen stehen sie in Zusammenhang mit den Einzeltätigkeiten bzw. Leistungskomplexen, indem sie maßgeblich dazu beitragen, die Durchführung von Tätigkeiten im Rahmen der Bereiche *Grundpflege* und *Hauswirtschaftliche Versorgung* zu ermöglichen. Zum anderen bilden sie einen von den Leistungskomplexen unabhängigen Bereich, der wesentlich zur Stabilität und Aufrechterhaltung der häuslichen Pflegesituation beiträgt.

Abbildung 1 zeigt eine Übersicht der *erweiterten Kernleistungen*. Die "Gestaltung von Aushandlungsprozessen" sowie die "Kontinuierliche Situationsevaluation" waren kennzeichnend für das pflegerische Gesamtgeschehen innerhalb des Budgetansatzes. Beide bilden zusammen eine Art Rahmen der *erweiterten Kernleistungen*. Die anderen vier Handlungsfelder traten je nach häuslicher Pflegesituation, also je nach "Fall" in unterschiedlicher Ausprägung auf. Immanent ist, dass die *erweiterten Kernleistungen* in wechselseitiger Beziehung zueinander stehen, eine trennscharfe Abgrenzung demnach nicht möglich ist und auch nicht wünschenswert erscheint, da sonst einer weiteren Fragmentierung des in sich zusammenhängenden Pflegegeschehens weiterer Vorschub geleistet würde, der den Pflegesituationen und dem Ansatz des personenbezogenen Budgets nicht gerecht wird.

Abbildung 1: Erweiterte Kernleistungen



8.2.1 Aushandlungsprozesse gestalten

In den Leistungskomplexen ist der Erstbesuch bei Neu- und Höherstufung der pflegebedürftigen Person sowie bei Übernahme eines neuen Patienten vorgesehen. Des Weiteren kann bei Änderung des Pflegebedarfs nach einem Krankenhausaufenthalt oder im Anschluss an Leistungen nach § 37.1 SGB V einmalig eine Änderung der Pflegeplanung erfolgen. Der Erstbesuch bildet sozusagen eine Art Startpunkt für die dann kontinuierlich stattfindenden Aushandlungsprozesse. Diese werden im Rahmen der Refinanzierung nicht vergütet, obwohl sie einen beträchtlichen Anteil pflegerischen Handelns darstellen.

In dieser Kategorie traten folgende Pflegehandlungen zutage:

- Gemeinsame Ausgangsbasis schaffen
- Vertrauensbildung
- Akzeptanz von Hilfen ermöglichen
- Kompromisse finden
- Entscheidungen herbeiführen
- Probleme versprachlichen
- Koordination, Steuerung

Gemeinsame Ausgangsbasis schaffen

Der freiere Ansatz innerhalb des personenbezogenen Budgets ermöglicht und fordert den Einbezug der pflegebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen in die Gestaltung der Einsätze, *"er erfordert viel mehr individuelle Absprache mit dem Patienten"*. Von einer Teilnehmerin wurde in Bezug auf das Pflegegeschehen der Wunsch geäußert, mehr an der Gestaltung und der Auswahl der Leistungen beteiligt zu werden: *"Ich mein, man könnte ja vielleicht, dass man mehr Einsicht hat vielleicht, dass man da ein bisschen mitreden kann"*. Diesem Wunsch konnte innerhalb des Projekts entsprochen werden, da es eine größere "Verhandlungsmasse" gab im Vergleich zu den Vorgaben der Leistungskomplexe. Damit wurde der Grundstein für eine gemeinsame Ausgangsbasis gelegt.

Vertrauensbildung, Akzeptanz von Hilfen ermöglichen, Kompromisse finden

Eine Teilnehmerin war aufgrund von Inkontinenz mit Beschwerden ihrer Nachbarn konfrontiert, da ihre Wohnung stark nach Urin roch, was sie selbst jedoch nicht als Problem wahrnahm. Aus pflegerischer Perspektive wurde eine regelmäßige Körperpflege als notwendig erachtet. Um in dieser sensiblen und schambesetzten Situation die Akzeptanz von Hilfen zu erreichen, war es offensichtlich wichtig, eine vertrauensvolle Beziehung zu entwickeln. Dies erfolgte hier, indem ein "Wunschtag" mit ihr vereinbart wurde, der als Kompromiss zwischen Pflegenden und pflegebedürftiger Person ausgehandelt werden konnte: *"Ich habe sie gefragt, ob ihr geholfen wäre mit einem Wunschtag, sozusagen. Also wo sie*

bestimmen kann was sie halt gern möchte, und das hat ihr gut gefallen und den Wunschttag hat sie dann auf eine Woche gelegt, und dann habe ich ihr halt mitgeteilt, dass das so nicht geht, dass es halt, ich hab gesagt wir kriegen da halt Probleme wir sind ja auch zur (Körper)Pfleger da, und nicht nur zum Einkaufen, und das hat sie dann auch verstanden". Im Verlauf konnte erreicht werden, dass sie sich auch für den Bereich der Körperpflege öffnete: "... sie hatte ja auch am Anfang so Probleme sich zu öffnen, also jetzt auch persönlich halt, das Ausziehen und so, das war ihr unangenehm, und jetzt sagt sie dann schon ob sie Probleme hat, oder was ihr aufgefallen an sich selbst oder so, also da ist sie offener geworden, und ja pflegerisch find ich, ist sie gepflegter...". Über das getroffene Arrangement war es also möglich, eine für beide Seiten zufrieden stellende Lösung zu erreichen. Es ließ sich nachvollziehen, dass die Teilnehmerin die Erfahrung machen konnte, dass auf ihre Wünsche eingegangen wurde und diese nicht aufgrund des Leistungskomplexsystems abgelehnt werden mussten. Da nicht nur ausschließlich eine bestimmte Tätigkeit fokussiert werden musste, entstand eine offenere und vertrauensvolle Beziehung: "ich denke, dadurch dass man Zeit hat und auf sie eingeht, also ist sie offener und merkt das".

Nicht immer ist es möglich, Kompromisse zu finden. In einem Fall konnte trotz der Vereinbarung wochenweiser Absprachen keine Einigung erzielt werden, so dass die pflegebedürftige Person letztlich die Teilnahme am Projekt zurückzog mit der Anmerkung, dass es ihr sowieso Keiner Recht machen könne. Das Spannungsfeld zwischen Autonomie der pflegebedürftigen Personen einerseits und geeigneter professioneller Intervention andererseits kommt hier zum Ausdruck und verweist auf die Grenzen auch innerhalb einer Budgetlösung. So kam es auch zu Konflikten bezüglich des professionellen Verständnisses. Ob beispielsweise durch die Pflegenden einmal jährlich ein Frühjahrsputz erfolgen sollte, gab Anlass zu kontroverser Diskussion.

Entscheidungen herbeiführen

Entscheidungsprozesse zu steuern und Entscheidungen herbeizuführen wurde von den Pflegenden als kontinuierlich notwendig und teils sehr zeitaufwändig beschrieben. Die morgendliche Auswahl von Kleidungsstücken benötigte beispielsweise bei Menschen mit demenziellen Veränderungen mehrere Anläufe bis seitens der Pflegebedürftigen eine Entscheidung erfolgen konnte: "...gut, die sucht sie sich teilweise auch allein heraus, weil sie kann sich sehr schlecht entscheiden, weil dann sagt sie immer vielleicht, weiß ich nicht, was sagst du, und dann sag ich immer, sie soll das allein entscheiden, möchtest du das anziehen, möchtest du das nicht anziehen, das äh wiederum fällt ihr sehr schwer selber zu entscheiden....". Zum Erhalt der Selbstständigkeit seien diese Entscheidungsprozesse für Menschen mit Demenz unerlässlich. Oft bräuchte es auch eine gewisse "Anlaufzeit", um überhaupt einen gemeinsamen Kontakt herzustellen.

Da mehr Flexibilität in der jeweils aktuellen Situation möglich und gewünscht war, erfolgten je nach Befinden der pflegebedürftigen Person immer wieder neue Entscheidungen: "Ja aber gerade bei Leuten, die allein leben da ist halt immer irgendwo ein Problem mit dem sie allein net klar kommen, wo man dann helfen kann, wo es ihm gut tut, wenn man sagt na ja dann machen wir waschen heut nur das

wichtigste und dann kümmer ich mich auch noch drum und helf ihnen da". Die gemeinsame Entscheidung, welche Unterstützung oder Tätigkeit aktuell Priorität haben sollte, wurde als wesentlicher Handlungsbereich sichtbar (vgl. Kap. 8.2.2 "Kontinuierliche Situationsevaluation").

Probleme versprachlichen

Im Rahmen des Projektes zeigte sich, dass Pflegenden eine zentrale Aufgabe zuteil wurde, pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen darin zu unterstützen, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu erkennen und auszudrücken sowie ihre Probleme zu versprachlichen: *"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. Die hier analysierten Pflegesituationen bestanden bereits in unterschiedlich langer Dauer (vgl. Kap. 6.3.2). Sich von eingespielten Gewohnheiten und Abläufen wieder zu lösen, andere Vorstellungen zu entwickeln, schien manchen Pflegebedürftigen schwer zu fallen: *"ach Gott mir sind schon die Flügel so beschnitten, ich hab schon keine Phantasie mehr".* Aus Sicht der Pflegenden wurde zu dieser Pflegebedürftigen geäußert: *"Aber sie besteht auf die Pflege, die sie immer hatte, das ist für sie so selbstverständlich".*

Ein Angehöriger brachte sich in einem Fall vermehrt ins Geschehen ein, was vor Projektbeginn nach Angaben der Pflegenden nicht erfolgt war: *"also ich find schon, dass der engagierter ist, weil der hat, das hat der ja früher nie gemacht (...) der hat immer rumgemacht und wollte nicht (...) und mit einem mal hat sich das geändert und da hat es sich auch gleich um 180 Grad gewendet. Auf einmal hat er dann gesagt, dann will ich auch die Bezugsperson kennen lernen und hat uns so eine Liste geschickt, was alles zu tun wäre, was er da so für Forderungen hat und so und dann haben wir das ausgehandelt und letztendlich hat sich da so ein Gleichgewicht rausgestellt. Erst war das ein harter Brocken".* Wie die Aushandlung konkret erfolgt war, war aus den Daten nicht ersichtlich. Es war jedoch auch hier gelungen, eine für alle Beteiligten zufrieden stellende Lösung zu erreichen.

Koordination, Steuerung

Aushandlungsprozesse verliefen auf unterschiedlichen Ebenen mit verschiedenen Aushandlungspartnern. Sie erfolgten wie dargestellt mit den pflegebedürftigen Personen und/oder ihren Angehörigen aber auch im Team, sowie mit anderen an der Pflegesituation Beteiligten, seien es informelle Helfer oder Mitglieder anderer Berufsgruppen. *"Der Hausarzt ist ja auch mein Kunde (...) wir müssen vielen verschiedenen Stellen gerecht werden, um dann ein vernünftiges und einigermaßen tragbares Ergebnis raus zu kriegen, das ist halt das womit wir uns viel mit beschäftigen...".* In einem Fall kam es zu Differenzen zwischen den Pflegenden und informellen Helfern bezüglich der Versorgung einer Teilnehmerin. Aushandlungen trugen hier zur Sicherung des informellen Netzes bei. Den

Pflegenden kam dabei eine anspruchsvolle Rolle zu, da sie am Konflikt selbst beteiligt waren und gleichermaßen eine Koordinationsfunktion einnahmen.

Die Initiative von Aushandlungsprozessen obliegt den Pflegenden, die Gestaltung liegt in deren Verantwortungsbereich. Gelang es Pflegenden nicht, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen an der Gestaltung zu beteiligen, stagnierte unter Umständen die Pflegesituation. Dies zeigte sich in zwei Fällen. Die Notwendigkeit von Aushandlung, Austausch und Absprachen wurde zwar zum Teil erkannt, die Umsetzung erfolgte jedoch nicht. Deutlich wurde in diesen Fällen, dass die beteiligten Pflegenden eher reagierend und kaum antizipierend tätig wurden.

8.2.2 Kontinuierliche Situationsevaluation

Die kontinuierliche Situationsevaluation steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der im Projekt verlangten Flexibilität. Sie ist immer wieder Ausgangspunkt für konkrete an der Situation orientierte Interventionen. Hierzu zählen beispielsweise Beobachtung und Beurteilung des aktuellen Befindens der pflegebedürftigen Person oder auch ihrer Angehörigen sowie die Überprüfung vereinbarter Absprachen. Zu dieser Kategorie zählen folgende Pflegehandlungen:

- Erkennen der Tagesform
- Aktuelle Schwankungen wahrnehmen
- "Gute Beobachtungsgabe"
- Beachtung von Über- und Unterversorgung
- Wissensdefizite erkennen und Informationen vermitteln

Erkennen der Tagesform

Bei an Demenz erkrankten Menschen können starke Schwankungen der Motivation und Stimmung im Verlauf des Tages und der Nacht auftreten, denen jeweils aktuell und kurzfristig begegnet wurde. Pflegenden sprachen hier vermehrt von der "Tagesform", auf die sie eingehen und angemessene Interventionen wählen, um eine Über- oder Unterforderung zu vermeiden: *"...also manchmal ist sie auch müd' oder sie hat nen schlechten Tag also manchmal hat die Frau X nen schlechten Tag (...) dann mag sie des net und des net, manchmal ist es schwer... also meistens ist es ganz nett und dann erzählt sie und manchmal singt sie und eigentlich ist es ganz lustig, es gibt immer wieder mal so nen schlechten Tag"*. Das Realisieren der eigenen Vergesslichkeit löste manchmal bei den Betroffenen Bestürzung und Trauer aus. Solche Befindlichkeiten seien oftmals nicht vorhersehbar und verlangten eine entsprechend emotionale Reaktionen der Pflegenden, sobald sie dies erkannt hatten. Eine ständige Aufmerksamkeit wurde seitens der Pflegenden als unabdingbar beschrieben. In der Wohngemeinschaft für an Demenz erkrankte Menschen zeigte sich der Tages- und Nachtrhythmus der pflegebedürftigen Teilnehmerinnen als zentral: *"... letzte Nacht hat sie wieder die Nacht zum Tag gemacht, ist dann immer schwieriger das*

handzuhaben, wie sie dann ihre Körperpflege durchführt, dann meistens muss man das bei Vollübernahme, weil dann kriegt sie das überhaupt nicht geregelt (...) ansonsten kann man Teilübernahme machen, dann begleitet man sie unten in die Küche". Eine "gute Beobachtungsgabe" sei hier generell vonnöten.

Die Flexibilität, jeweils in der Situation neu zu entscheiden, was geschehen soll, stößt jedoch auch an Grenzen. Manche Pflegende betrachteten es als Erleichterung, wenn feste Absprachen hinsichtlich der zu leistenden Versorgung getroffen wurden. Einen "roten Faden" müsse es schon geben. Für manche Pflegende 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..."*.

Aktuelle Schwankungen wahrnehmen

Schwankungen des Befindens traten auch bei anderen Erkrankungen wie Parkinson oder einer Krebserkrankung auf, eine kontinuierliche Einschätzung und im Verlauf abgleichende Evaluation war auch hier dringend geboten. Bei einer an Parkinson erkrankten Teilnehmerin wurde von den Pflegenden bereits einkalkuliert, dass es zu einem Sturz gekommen sein kann, dem dann jeweils aktuell begegnet 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 vorauszusehen, wann die ist (...) deswegen, also mal ist es bloß 10 Minuten, das nächste Mal kann's ne halbe Stunde sein".* Die Unvorhersehbarkeit zeigt sich im Kontrast in der folgenden Schilderung zur selben Pflegesituation: *"...also einmal bin ich rein gekommen da hat sie im Wohnzimmer getanzt für sich alleine, da will sie wahnsinnig viel erledigen, weil sie ... dann bald wieder vorbei, will sie sehr viel machen, läuft dann rum will putzen und ... ist auch verständlich".* Auf derartige Schwankungen wurde auch bereits vor Durchführung des Projektes reagiert, nun gab es den Freiraum die notwendigen Interventionen durchzuführen.

"Gute Beobachtungsgabe"

Bei zwei Teilnehmerinnen erkannten die Pflegenden wiederkehrende tageszeitabhängige Unterschiede in der Motivierbarkeit. So wurden in beiden Fällen die Zeiten bzw. die jeweils erbrachten Leistungen verändert und an den Rhythmus der pflegebedürftigen Personen angepasst, die Unterstützung zur Körperpflege wurde auf einen späteren Zeitpunkt des Tages verlegt: *"Da ist es auch wesentlich angenehmer, wenn man eben durch die Zeit jetzt erst das Frühstück machen kann und danach Körperpflege und das liegt ihr definitiv mehr, weil wenn man kommt zur Haustür rein und sagt: so wir*

müssen jetzt waschen, dann blockt sie nämlich total ab". Diese Form der Umverteilung hätte auch im Rahmen der vorherigen Leistungssystematik erfolgen können, im Projekt wurde jedoch vermutlich mehr kreativer Spielraum für derartige Neuerungen frei. Auch das Erkennen von Feinheiten im Umgang zwischen einzelnen Personen erfordert ein feines Gespür und eine gute Beobachtungsgabe: "...aber vielleicht weil die beiden (zwei Bewohnerinnen der Wohngemeinschaft) einen sehr intensiven Bezug zueinander haben, was auch sehr schön zu beobachten ist. Wenn die eine traurig ist, geht die andere hin und streichelt und dann tröstet die und wir halten uns erst mal komplett da raus, weil das hilft meistens schon mehr als ob wir uns da immer da einmischen".

Beachtung von Über- und Unterversorgung

Es kann auch zu Über- oder Unterversorgung kommen, je nach Krankheitsphase, familiärer Situation oder aktuellem Befinden. In Bezug darauf ist die Aussage einer pflegebedürftigen Teilnehmerin zu sehen: *"Es ist halt so schwer, die Mitte zu finden zwischen diesem sozialen Trip und mich in so eine Watte zu packen".* Genau um diese "Mitte" finden zu können, war eine kontinuierliche Evaluation und Anpassung professioneller Angebote auch in Absprache mit dem informellen Hilfenetz notwendig. Eine schwere Krankheit, die zum Tod führen wird, ist von wechselnden Phasen gekennzeichnet, die wahrgenommen werden mussten, um mit der pflegebedürftigen Person in Abstimmung handeln zu können. Dies konnte zumindest eine Zeit lang innerhalb des Projekts bei einer Teilnehmerin erfolgen. Bei einer an Demenz erkrankten Teilnehmerin entschieden die Pflegenden in Abwägung von Bedürfnis und professionellem Bedarf eine bestimmte Vorgehensweise der Tagesstrukturierung, 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 verwirrt, weil sie exsikiert dann auch dabei".* Auch schleichende Veränderungen galt es zu beachten. So wurde bei einer anderen Teilnehmerin der Einstieg in die Badewanne als immer beschwerlicher beschrieben. Welche Konsequenzen hier gezogen wurden, ist aus den Daten nicht ersichtlich.

Wissensdefizite erkennen und Informationen vermitteln

Wiederum im Fall der an Parkinson erkrankten Teilnehmerin zeigte sich, dass der Lebensgefährte großen Wert auf eine regelmäßige Medikamentengabe legte, über Wirkung und Dosierung jedoch wenig Informationen zu haben schien. Die medikamentöse Therapie bei Parkinson kann als Dreh- und Angelpunkt für die Symptomkontrolle erachtet werden, was wiederum direkte Auswirkungen auf den jeweils aktuellen Zustand und das Befinden der Erkrankten hat. Der Angehörige besaß offenbar zum Krankheitsbild und seinen Auswirkungen kaum Kenntnisse, was von den Pflegenden nur unzureichend wahrgenommen wurde. Da er am Wochenende die Versorgung selbst übernahm und unter der Woche außer Haus war, gab es kaum Berührungspunkte zwischen ihm und den Pflegenden. Entsprechende Einschätzungen, Aushandlungen und Interventionen blieben aus. Der Kontakt entstand eher zufällig, wurde jedoch nicht seitens der Pflegenden initiiert bzw. bewusst gesucht. Im Rahmen des Budgets wäre

es aus Sicht des Forscherteams möglich gewesen, genau hierauf einzuwirken, um eine Verbesserung der Situation zu erreichen. Die Versuche, die im Rahmen des Projekts seitens der Pflegenden unternommen wurden, mit dem Angehörigen Kontakt aufzunehmen, resultierten in der Meinung, dass er "kein Problemdenken erkennen ließe", man sich mit ihm schon gut unterhalten könne, er das aber "verdränge", dass es seiner Angehörigen schlechter ginge. Hier wären entsprechende kommunikative Fähigkeiten erforderlich, um eine Veränderung anbahnen zu können. Die Pflegenden erkannten zwar, dass er sich Gedanken macht und sich der Stürze wegen sorgt, ein beratendes oder informierendes Gespräch in Bezug auf Alternativen oder Veränderungsmöglichkeiten in der Pflegesituation fand jedoch nicht statt.

8.2.3 Alltag organisieren

Bei den allein lebenden Teilnehmerinnen trat an Pflegende die Anforderung zutage, regelmäßig anfallende sowie unvorhersehbare Tätigkeiten im Haushalt zu erledigen. Es mussten Reparaturen veranlasst werden, Glühbirnen wurden gewechselt, der Briefkasten wurde geleert oder die Wohnung aufgeräumt. Derartige Arbeiten im Haushalt waren an der Tagesordnung. Wo in anderen Pflegesituationen Angehörige oder informelle Helfer diese Tätigkeiten übernehmen, kommt in diesen Fällen den Pflegenden eine koordinierende und alltagspraktische Funktion zu. Im Überblick wurden folgende pflegerische Handlungen erbracht:

- Geschäftliche Angelegenheiten regeln/übernehmen
- Koffer packen und ins Krankenhaus bringen
- Haustier versorgen
- Medikamentenmanagement
- Sich um Alltagsbelange kümmern
- "Herumräumen"

Geschäftliche Angelegenheiten regeln/übernehmen

Die Pflegenden begegneten dem Bedarf, geschäftliche Angelegenheiten zu regeln in unterschiedlicher Art und Weise. In einem Fall stellte die Teilnehmerin einzelnen Pflegenden Vollmachten aus. Damit konnten Bankgeschäfte für die Teilnehmerin getätigt werden, die zur Aufrechterhaltung der Situation nötig waren: *"... wir gehen zur Bank für sie, wir ich gehe zu den Ärzten, ich bin dann wieder hier und Rezepte holen und Apotheken, all diese Dinge, das sind ja alles Dinge, die man nicht abrechnen kann mit der Krankenkasse, eigentlich, die die Kasse nicht bezahlt"*. Eine Pflegende wurde damit betraut, den Schriftverkehr zu erledigen. Im vorliegenden Fall wurde eine vertrauensvolle Beziehung beschrieben, die generelle Gefahr von Abhängigkeit und Missbrauch wurde aber gleichermaßen kritisch gesehen. Pflegende eines anderen Pflegedienstes schilderten, dass sie für derartige Tätigkeiten im Einverständnis mit der pflegebedürftigen Person eine Betreuung einrichten.

Koffer packen und ins Krankenhaus bringen

Wird ein Krankenhausaufenthalt notwendig, kommt den Pflegenden auch hier die Rolle zu, die Verbindung zwischen Wohnung und Klinik aufrecht zu erhalten: *"Wenn ich einer Frau X. ihren Koffer ins Krankenhaus bringe, weil sie dann auf Kur geht, weil sie niemand anderen hat, ist das 'ne Leistung, die ich nicht abrechnen kann. Damit ich die Patientin in die Lage versetzen kann, diese Kur anzutreten, braucht sie Kleidung, so profan das ist, aber irgendeiner muss in die Wohnung gehen, sie packen und ihr hintragen."* In diesem Fall zeigte sich die direkte Überschneidung zur Kernleistung "Soziale Kontaktperson sein" (siehe Kap. 8.2.4), indem hier Tätigkeiten übernommen wurden, die sonst von Angehörigen oder informellen Helfern getätigt werden, es lässt sich auch davon sprechen, dass Pflegende hier Angehörige ersetzen (müssen).

Haustier versorgen

In zwei Fällen spielte das jeweilige Haustier eine tragende Rolle. So stand die Versorgung des Tieres in beiden Fällen vor der Versorgung der pflegebedürftigen Person, einmal handelte sich um einen Kater, im anderen Fall um einen Papagei: *"die Frau X hat diesen Käfig und diesen Papagei. Das ist nicht in Leistungskomplexen enthalten...das kann man auch von keiner Pflegekraft so verlangen, nur man muss bedenken, ja was hat das, was hat das für Konsequenzen, wenn wir das nicht mehr machen. Ein anderer ist nicht da, der es macht irgendwie ähm, dieser Papagei ist für die Frau X ne Bezugsperson, einfach die unterhält sich mit dem, das ist ihr Leben, das ist das hängt da alles zusammen, man kann dieser alten Frau diesen Vogel nicht wegnehmen"*. Ohne dem Bedürfnis der Pflegebedürftigen der Versorgung des Tieres nachzukommen, konnte die eigentliche Pflege nicht durchgeführt werden können. Eine Trennung der Leistungen wäre in diesen Fällen nicht möglich gewesen.

Medikamentenmanagement

Die Organisation rund um die Medikamentengabe nahm immer wieder einen großen Zeitraum ein. Das Richten der Medikamente schien hierbei den geringsten Anteil auszumachen. Vielmehr war es regelmäßig notwendig, Telefonate mit verschiedenen behandelnden Ärzten zu führen, Rezepte abzuholen, Medikamente in der Apotheke zu besorgen, nach Arztbesuchen die Veränderungen aufzugreifen und neu zu organisieren. In drei Fällen zeigte sich eine umfassende Übernahme, die als Medikamentenmanagement bezeichnet werden kann. Auch hier waren die Personen allein lebend und ohne informelle Helfer bzw. ohne zeitlich ausreichende Hilfen: *"wir haben jetzt noch mit aufgenommen die Fahrten zum Hausarzt wenn wir da was abholen oder auch Telefonate mit der Apotheke, also es ist wirklich sehr differenziert geworden, denn das sind Minuten, das sind wirklich Minuten, wenn man nur telefoniert und verbunden wird und was nicht alles, das dauert und hinterher kann ich nichts anderes mehr machen..."*.

Sich um Alltagsbelange kümmern

Ähnliches galt, wenn Pflegende "mal eben im vorbeigehen" eine Semmel besorgt haben oder regelmäßig den Müll entsorgten oder die Rollläden rauf- und runterließen. Pflegende sprachen auch hier davon, dass dies im Einzelfall zwar stets nur ein paar Minuten ausmache, sich dies aber entsprechend summieren würde, wenn es hochgerechnet würde. Im Rahmen des Budgets gab es mehr Freiheiten, Dinge zu tun, die zur Aufrechterhaltung des Haushalts und damit der Lebenssituation notwendig waren: *"Gut ich hab morgens für die Frau X eine Stunde Zeit, ich kann mit ihr vereinbaren, ich kümmere mich um ihr Telefon, ich kümmere mich darum, dass sie einen Klempner kriegen, ich kümmere mich darum, dass der Hausmeister alles mögliche macht, dass ich das regeln kann..."*. Es zeigte sich hier einerseits, dass es Phasen gibt, in denen derartige Tätigkeiten nötig sind, es wurde jedoch gleichermaßen auf die Grenzen derartiger Interventionen verwiesen: *"... das natürlich nicht unser Hauptfokus sein kann, ihren Alltag immer zu regeln, Papierkram, all diese Sachen. Dass dann noch ne andere Hilfe, aber auch das organisieren muss ich irgendwie abrechnen können"*. Der jeweilige Zeitaufwand konnte innerhalb der Leistungskomplexe nicht vergütet werden, im Rahmen des Projekts standen hierfür mehr Freiräume zur Verfügung.

"Herumräumen"

In einem anderen Fall lag der Bedarf der Teilnehmerin im "Herumräumen von Dingen". Diesem Bedürfnis konnte seitens der Pflegenden auch innerhalb des Projekts nur in begrenztem Maße entsprochen werden. Ihre eigenen Vorstellungen sah sie trotz der Suche nach einem Kompromiss als nicht erfüllt und sie lehnte daraufhin die weitere Hilfe ab (vgl. Kap. 8.2.1 "Aushandlungsprozesse gestalten").

8.2.4 Soziale Kontaktperson sein

Einige der vorliegenden Pflegesituationen waren dadurch gekennzeichnet, dass kaum soziale Kontakte bestanden. Damit stellten die Pflegenden zum Teil den einzigen regelmäßigen sozialen Kontakt dar.

In diesem Bereich fanden sich folgende pflegerischen Handlungen:

- Sich unterhalten
- "Begleiten"
- Menschliche Wärme, Trost und Zuwendung geben
- "Angehörige ersetzen"
- Soziale Kontakte ermöglichen

Sich unterhalten

Sich zu unterhalten war für beinahe alle Teilnehmerinnen besonders wichtig. Dabei zeigten Anlässe und Inhalte ein breites Spektrum hinsichtlich der Bedeutung des Erzählens und der Gesprächsthemen. Eine Teilnehmerin gab an *"ohne erzählen bin ich kein Mensch"*. Das Erzählen trage nach Ansicht der Pflegenden dazu bei, sich als Person mit eigener Geschichte darstellen und die eigenen Lebenserinnerungen erzählen zu können. Das aktuelle Tagesgeschehen spielt hierbei ebenso eine Rolle wie der Austausch über eigene Lebenserfahrungen. Pflegende der Wohngemeinschaft für Demenz gaben an, dass es besonders wichtig sei, Informationen zur Biografie zu erhalten, um Zusammenhänge der Lebensgeschichte mit aktuellen Verhaltensweisen zu verstehen und angemessen darauf eingehen zu können. Die ständige Anwesenheit innerhalb der Wohngemeinschaft ermögliche ein intensiveres Zusammenleben als dies in anderen Wohnformen der Fall sei.

Es wurde von Teilnehmerinnen weiterhin angegeben, dass es gut sei, mit den Pflegenden über alles reden zu können. Im Rahmen des Budgets scheint sich hierfür ein größerer Spielraum abzuzeichnen: *"ja dadurch, dass ich mehr Zeit hab, kann ich auch mal, wenn sie mir was erzählen mag, will, was sie jetzt beschäftigt, mit ihr auch mal was bereden, also zum Beispiel mit der Krankenkasse und ihr vielleicht, wenn ich es selber weiß, was man machen könnte ihr halt mal nen Tipp geben oder so, also ich finde das hilft schon oder halt auch, weil ihre Tochter ist halt gestorben und damals, das halt zu verarbeiten, also da ihr dann entsprechend das hilft hier"*. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit bestimmte ebenfalls die Inhalte der Gespräche, besonders deutlich wurde dies bei einer Teilnehmerin, die an einer zum Tode führenden Krankheit litt und je nach aktuellem Befinden Gesprächsbedarf hatte.

"Begleiten"

In drei Pflegesituationen waren die Teilnehmerinnen an Demenz erkrankt, zwei von ihnen leben in einer speziellen betreuten Wohngemeinschaft, eine alleine in ihrer eigenen Wohnung. Um zuhause den Alltag aufrecht zu erhalten und Gesundheitsrisiken zu verringern gaben die Pflegenden an, dass eine kontinuierliche Begleitung nötig sei. Das regelmäßige Dabeibleiben und Einlassen ermöglichte eine intensivere Beziehung zu einer an Demenz erkrankten Teilnehmerin: *"Ich denke bei ihr also da war halt auch net viel (...) der Angehörige geht einkaufen, tut das Zeug in Kühlschranks und wieder weg. Weil er muss ja arbeiten, und dann, also so kommen da auch net viele Leute und Bekannte, und wir waren halt auch nur kurz da, und dadurch, dass man sich jetzt so intensiv mit ihr beschäftigt, merkt sie so, da ist jemand und kriegt irgendwie mehr Auftrieb (...)"...das ist manchmal anstrengend, aber sie weiß, glaub ich nicht, dass ich jeden Tag komme, aber irgendwie erkennt sie mich schon..."*. Dass Kontinuität zum Aufbau einer konstruktiven Beziehung unerlässlich ist, stellt keine neue Erkenntnis dar, die freiere Ausgestaltung der Einsätze hatte hier jedoch offenbar eine stabilisierende Funktion.

Menschliche Wärme, Trost und Zuwendung geben

Menschliche Wärme, Trost und Zuwendung, Offenheit und ein menschliches Wort wurden von einigen Teilnehmerinnen als wichtige pflegerische Tätigkeiten beschrieben. In manchen Situationen erkannten die an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen die Auswirkung ihrer Erkrankung, worauf Pflegende mit Feingefühl reagierten. Am Beispiel einer an Demenz erkrankten Teilnehmerin, die nicht mehr wusste, was sie mit ihrer Wasserflasche wollte und zu weinen begann wurde erzählt: *"...das sind so Situationen halt wo die Leute selber feststellen, oh jetzt ist aber schon arg, dass sie das auch ansprechen und sagen ich werd immer bekloppter ich weiß gar nicht was los ist, das auszusprechen, ich bin dement oder ich bin verwirrt nicht, aber zu wissen da stimmt was nicht, das wird eindeutig schon beklagt und darum wird getrauert ganz stark"*. Hier bei der Verarbeitung emotional unterstützend tätig zu sein wurde als "harte Arbeit" bezeichnet.

"Angehörige ersetzen"

Ein Pfleger beschreibt die begleitende Funktion innerhalb der Wohngemeinschaft als "never ending story", die einem familiären Zusammenleben nahe komme: *"ja, sie hält uns auch sehr viel für Leute aus ihrer Familie, teilweise"*. So würde z.B. auch am Abend ferngesehen und darauf geachtet, zu welchem Zeitpunkt eine Teilnehmerin müde wurde, um ihr beim Zubettgehen zu helfen. Kontakte, die innerhalb der Wohngemeinschaft zwischen den Bewohnern entstehen, wurden gefördert und wohlwollend wahrgenommen (vgl. Kap. 8.2.2 "Kontinuierliche Situationsevaluation"). Pflegende der Wohngemeinschaft gingen situativ auf einzelne Teilnehmerinnen ein, indem gespielt, gesungen, Spaziergänge gemacht wurden oder miteinander geredet wurde, was sonst eher Angehörigen zukommt.

Soziale Kontakte ermöglichen

Neben der Funktion persönliche Kontaktperson zu sein, wurden auch andere soziale Kontakte vermittelt, z.B. eine ehrenamtliche Betreuerin. In einem anderen Fall wurde angestrebt, einen Besuchsdienst einzubinden, was jedoch während des Projektverlaufs nicht zustande kam. Auch der Austausch mit informellen Helfern diente der Aufrechterhaltung stabiler Kontakte. Je weniger informelle Helfer zur Verfügung standen, um so eher wurden "ersetzende" und koordinierende Funktionen notwendig (vgl. Kap. 8.2.3 "Alltag organisieren").

In Bezug auf die Budgets im Allgemeinen wurde geäußert, dass zum Teil eine Art Sozialarbeiterfunktion übernommen werden musste, es bestanden mehr Möglichkeiten für Gespräche, Betreuungsleistungen und das Knüpfen von Kontakten zu anderen Personen. In diesem Zusammenhang ist auch die folgende Aussage zu sehen, die nicht auf die analysierten Fälle direkt bezogen ist, die Möglichkeiten des Budgets jedoch unterstreicht: *"Am Sonntag hatte eine Patientin Geburtstag, dann ist die Pflegende dann eine Stunde länger dort und die hat der Frau die Haare noch, weil das möchte sie gerne bevor die Freundinnen kommen. Das würden wir dann bezahlt kriegen wenigstens. Das ist dann ein Geburtstagsgeschenk dann, solche Sachen. Solche Wünsche würden die Leute öfter kriegen als einmal"*

im Jahr zum Geburtstag". In diesem Beispiel ließe sich die Leistung zwar prinzipiell über bestehende Leistungskomplexe abrechnen, der dafür vorgesehene Zeitrahmen würde aber gesprengt. Eine Budgetvergütung wurde hier als hilfreich eingeschätzt, da die Flexibilität der Gestaltung der Einsätze ermöglicht wird.

8.2.5 Ressourcen und Fähigkeiten fördern

In den drei vorliegenden Pflegesituationen, in denen Personen mit Demenz teilnahmen, zeigte sich die Notwendigkeit einer ständigen Einschätzung und angepassten Förderung als herausragend. Der Bereich Mobilität nahm in anderen Situationen einen hohen Stellenwert ein. Diese Kategorie setzt sich aus folgenden pflegerischen Handlungen zusammen:

- Alltagshandlungen üben/lenken
- Tagesstrukturierung
- Kognitives Training
- Mobilität unterstützen

Tagesstrukturierung, Alltagshandlungen üben/lenken, Kognitives Training

In der Wohngemeinschaft für an Demenz erkrankte Menschen lag ein Schwerpunkt der Pflege in einer stabilisierenden Tagesstrukturierung. Um Alltagshandlungen aufrecht erhalten zu können, fand eine beinahe ständige Förderung von Ressourcen und Fähigkeiten statt, die unmittelbar mit den Leistungen "Alltag organisieren", "Soziale Kontaktperson sein" und "Sicherheit vermitteln" in Zusammenhang stehen. Dies musste stets in Abwägung einer Über- oder Unterforderung geschehen. So schilderten Pflegenden, dass sie die Pflegebedürftigen in der Früh wecken, ihnen Zeit geben, wach zu werden, um sie zu motivieren die Mahlzeiten mit vorzubereiten, indem sie z.B. Kartoffeln schälten oder den Tisch deckten. Je nach aktuellem Befinden konnten die beiden Teilnehmerinnen nach Aufforderung ihre Brötchen zum Frühstück selbst schmieren, manchmal war ihnen das nicht möglich und wurde dann von den Pflegenden übernommen. Bei einer Teilnehmerin achteten die Pflegenden auf ein bestimmtes Maß an Sozialverhalten während den Mahlzeiten, dass "*nicht von sämtlichen Tellern gegessen*" wird, dass also die Bewohnerin nicht das Frühstück der Tischnachbarn zu sich nahm. Die Teilnehmerinnen wurden an der Hausarbeit beteiligt, indem sie zum spülen, abtrocknen, aufräumen oder Wäsche zusammenlegen angeleitet wurden.

Indem immer wieder Alltagshandlungen geübt wurden, gelang es der allein lebenden Teilnehmerin, auch bei Nichtanwesenheit anderer Personen, einige Tätigkeiten wie z.B. die Wäsche zusammenlegen selbstständig auszuführen. Dass solche Alltagshandlungen im Einzelfall für die Pflegebedürftige mit großen Schwierigkeiten verbunden sein können und immer wieder neu erlernt werden müssen, schildert ein Pfleger der Wohngemeinschaft: "*Beispielsweise wenn ich in fünf Minuten Wäschekorb gefalten*

hätte, dauert's mit ihr halt zwanzig Minuten, weil sie halt fragt ob das richtig ist so rum zu falten, lieber so rum zu falten, also die Richtung zu falten ist halt auch für sie schon ein Problem, selbst die das zu entscheiden und wo leg' ich's hin, das ist auch noch so, soll ich jetzt da hinlegen, (...) bei minimalen Entscheidungen fängt das schon an, das man da schon unterstützend, ja begleiten muss".

Wie bereits erwähnt konnte eine andere Teilnehmerin durch das Üben von Alltagshandlungen mehr Eigenständigkeit erreichen. Es zeigten sich jedoch auch Grenzen: *"...aber es kommt nicht so, dass sie selber sagt, ich möchte jetzt das und das machen, das kommt nicht, also dafür reicht es noch nicht, aber sie beteiligt sich daran und macht schon alleine mit".* Nach einer Aufwach- und Frühstücksphase war es leichter möglich, die Teilnehmerin zur Körperpflege anzuleiten. Die Verteilung der Einsätze auf einen früheren und späteren Zeitraum entsprach dem Tagesrhythmus der allein lebenden Teilnehmerin. Zusätzlich wurden vielfältige Aktivitäten durchgeführt wie Spiele zur Konzentration und Aufmerksamkeit, zum Gedächtnistraining. Das Wohnumfeld wurde so gestaltet, dass sich die Pflegebedürftige leichter orientieren konnte. Das Einkaufen wurde gemeinsam geübt, Fotos regten zum Erzählen an. Die Pflegenden konnten hier kreativ sein und sich an den Tagesrhythmus der Teilnehmerin anpassen. Auch die immer wieder erforderliche Hilfe zur Entscheidungsfindung fand hier ihren Niederschlag. Es gelang, dass Tätigkeiten wieder von ihr durchgeführt wurden, die sie schon lange nicht mehr selbstständig ausgeübt hatte. Insgesamt war zu verzeichnen, dass die Pflegebedürftige geistig und körperlich beweglicher wurde: *"ja die ist auch viel lebendiger, die erzählt jetzt mal von sich, früher hat sie ja nie von sich was erzählt, also man musste immer fragen, dann kam da so eine einsilbige ja oder nein Antwort und jetzt babbelt die da..."*.

Mobilität unterstützen

In zwei Fällen wurde ein deutlicher Bedarf zur Erweiterung des Bewegungsradius außerhalb der Wohnung sichtbar. So wollte in einem Fall eine Teilnehmerin im Rollstuhl spazieren gefahren werden, im anderen Fall wurde das Leeren des Briefkastens und ein paar Schritte außerhalb der Wohnung als mögliche Mobilitätsmöglichkeit seitens der Pflegenden vorgeschlagen: *"na und deswegen müssten wir jetzt genauso (wie der Angehörige) einführen und sagen ok, vielleicht probieren wir mal wenn's ihr Mittag gut geht, vielleicht dass man einen kurzen Spaziergang macht, vielleicht nur Liftfahrt".* Es gelang den Pflegenden jedoch aus unterschiedlichen Gründen in beiden Situationen nicht, diesen Bedürfnissen nachzukommen. Der inhaltliche Freiraum reichte offensichtlich nicht aus, die strukturellen und organisatorischen Begrenzungen zu überwinden. In einem Pflegedienst wurde die Begrenzung der Leistungskomplexe im Zusammenhang mit Bewegungsmöglichkeiten thematisiert, sie bezog sich allerdings auf keinen der analysierten Fälle: *"ich kann nicht mal Begleitung mit Aktivitäten abrechnen, wenn ich im Grunde nur zum Arzt gehe, aber ich wollte mit der nicht zum Arzt gehen, sondern ich wollte mit der einmal um den Block gehen, das kann ich nicht abrechnen".* Als positiv innerhalb des Projekts wurde dies in einem anderen Pflegedienst beschrieben: *"...also spazieren gehen, da kriegt man sie immer raus, und wenn man nur sagt wir müssen den Müll runter bringen, das leuchtet ihr ein und dann bringt die Müll runter und dreht gleich noch ne Runde um den Block".*

8.2.6 Sicherheit vermitteln

Diese Kategorie findet sich implizit auch als Effekt in den anderen Kategorien. In einigen Fällen jedoch trat dieser Aspekt mit den folgenden Pflegehandlungen in den Vordergrund.

- Sturzprophylaxe
- Unfälle vermeiden
- Selbstständigkeit unterstützen

Sturzprophylaxe, Unfälle vermeiden

Eine Teilnehmerin war infolge ihrer Grunderkrankung Parkinson gefährdet immer wieder zu stürzen, was vor allem in Abwesenheit der Pflegenden auch mehrfach geschah. Im Rahmen der Leistungskomplexe können aktivierende, mobilisierende Tätigkeiten in Zusammenhang mit bestimmten Handlungen erbracht werden. Im vorliegenden Fall jedoch bedurfte es einer eigenständigen Leistung zur Unterstützung der Bewegungsfähigkeit und dem eigenen körperlichen Zutrauen. Hierzu zählen Bewegungskonzepte, die darauf abzielen, das Körperempfinden zu schärfen und die Kondition zu stärken. Diese Eigenleistung kann und muss natürlich auch begleitend bei anderen Alltagshandlungen weiter geführt werden, das Training als solches müsste jedoch separat erfolgen. Dass ein Qualitätsniveau derartiger Konzepte definiert werden müsste, steht außer Frage. Es ist innerhalb des Projekts nicht erfolgt, derartige Konzepte umzusetzen, worin sich ein entsprechender Qualifizierungsbedarf zeigt. Auch fand der bestehende nationale Standard zur Sturzprophylaxe noch keine Anwendung.

In einem anderen Fall verwiesen die Pflegenden darauf, dass das taktile Bewusstsein einer Teilnehmerin verändert sei, so dass sie darauf achten mussten, dass z.B. beim Aufstehen vom Tisch, nicht die Tischdecke als Halt diene, um einen Sturz zu vermeiden: *"...also es ist egal, sobald sie was in der Hand hält, hält sie´s fest und, beste Beispiel also gestern war´s, wo sie dreimal halt was vom Tisch gezogen hat, weil sie sich halt an der Tischdecke im Wohnzimmer aus dem Sessel ziehen wollte und das ist natürlich nicht möglich, beim also so schlecht ist es halt doch schon beim Umsetzen von, also es hat schon auch mit taktilem Fehlbewusstsein zu tun, dass ich sage, aha, das ist es jetzt nichts woran ich mich festhalten kann, das ist halt gänzlich zu übernehmen dann halt oder zumindest dass man unterstützt"*.

Selbstständigkeit unterstützen

Eine andere Form der Sicherheitsvermittlung lag im Üben von Alltagshandlungen bei den Teilnehmerinnen mit Demenz (vgl. Kap. 8.2.5 "Ressourcen/Fähigkeiten fördern"). In einem Fall wurde bereits geschildert, dass auch ohne Anwesenheit bestimmte Tätigkeiten wieder selbstständig durchgeführt werden konnten, was zur Sicherheit im Alltag und Zuhause beitrug: *"...die holt auch die Zeitung rein (...) also das hat früher nie geklappt und jetzt kriegt sie das hin..."*. Die Wirkung für das eigene Selbstwertgefühl darf dabei nicht außer Acht gelassen werden, wie die Pflegenden der Wohngemeinschaft schilderten: *"...weil sie sich sehr unsicher ist, in allen Sachen, die sie tut fragt sie lieber noch mal nach, ob sie das wirklich richtig macht. Sie hat ein sehr schlechtes Selbstbewusstsein"*. Diese unterstützenden Leistungen dienen gleichermaßen der Vertrauensbildung zu den Pflegenden wie auch in die eigene Person. Derartige Prozesse dauern ein gewisse Zeit: *"...es hat ein ganzes Stück gedauert, halt immer so Schritt für Schritt, sie ist immer offener geworden und die hat halt gemerkt, da kommt jemand regelmäßig, auf den kann ich mich verlassen, der macht, dass ich mich selbst wohl fühle und ich glaub, dass ihr das selber gefällt einfach..."*. In diesem Fall ist zu verzeichnen, dass das Projekt direkten positiven Einfluss auf die Gesamtsituation genommen hatte, was jedoch als ideal bewertet werden muss.

8.3 Erwartungen aus Sicht der Teilnehmer

8.3.1 Erwartungen aus Sicht der Pflegebedürftigen / Angehörigen

Stabilität der Versorgungssituation

Im Verlauf der Interviews mit Pflegebedürftigen und/oder ihren Angehörigen war oftmals die Stabilität der Versorgungssituation von vordringlicher Bedeutung. Dies zeigte sich insbesondere auch im Hinblick auf die Erwartungen bezüglich der Teilnahme am Projekt. So war diese beispielsweise für den Lebensgefährten der Frau A. in erster Linie, dass die Versorgungssituation seiner Lebensgefährtin stabil ist und er sich auf die professionellen Helfer verlassen kann. Auch bei Frau D., die ihre Erwartungen an das Leistungsgeschehen sehr klar zu formulieren wusste, war die Stabilität ihrer Situation, bzw. die Wiedererlangung von Fähigkeiten, hier Mobilität und Gangsicherheit, von oberster Priorität. Im Fall der Tochter von Frau I. hatte diese in Verbindung mit der im Rahmen des Projektes veränderten Abrechnungssystematik den Wunsch geäußert, dass die Pflegenden ihre Aufmerksamkeit auf die pflegerische Versorgung richten konnten, um damit zu einem stabilen Versorgungsgeschehen beitragen zu können und nicht durch die Dokumentation einzelner Leistungen (*"...das aber noch ein Kreuz gemacht wird."*) abgelenkt zu werden.

Gefühl von Sicherheit

Das Bedürfnis nach Sicherheit äußerte sich ebenfalls auf unterschiedliche Weise bei den Pflegebedürftigen oder ihren Angehörigen. Oftmals wurde dies mit Bezug auf die Leistungsabrechnung geäußert. So verlässt sich beispielsweise Frau B. darauf, dass der Pflegedienst schon korrekt abrechnen werde. Auch die Tochter von Frau I. äußerte mit Blick auf die Abrechnung beispielsweise die Erwartung, mit dem Pflegedienst eine Vereinbarung bezüglich der monatlich anfallenden Kosten treffen zu können. Diese seien im Rahmen der Leistungskomplexabrechnung sehr unterschiedlich gewesen. Die Tochter einer anderen Patientin wollte wissen, welche Kosten entstehen, dafür müssten Kostenvoranschläge in Bezug zu den Zeitkontingenten erstellt werden.

Das Bedürfnis nach Sicherheit wurde jedoch auch bezüglich der Versorgungssituation geäußert. In einem Interview äußerte dieselbe Angehörige, dass das Budget vor allem für unvorhergesehene Situationen genutzt werden könne. So ereignete es sich, dass ihre Mutter stürzte und sie von den Pflegenden telefonisch darum gebeten wurde, kurzfristig mit der Mutter bei einem diensthabenden Arzt vorstellig zu werden. Sie hatte erwartet, dass solche 'Zusatzleistungen' aus dem Budget finanziert werden und dass dadurch seitens der Pflegenden adäquat auf unvorhergesehene Situationen reagiert werden kann. Dem Sohn der Frau J. war es hingegen besonders wichtig, dass seine Mutter beispielsweise bei Arztbesuchen begleitet worden wäre, da er hier bereits die Erfahrung machen musste, dass seine Mutter sich auf dem Weg von der Arztpraxis nach Hause verlaufen hatte.

Verhinderung einer Heimeinweisung

Im Zusammenhang mit dem Bedürfnis nach Sicherheit ist auch das Bedürfnis zu sehen, so lange wie möglich in der eigenen Wohnung verbleiben zu können. So gibt Frau E. an, dass die Pflege dahingehend ein "Gewinn" sei, als sie damit ihrem vordringlichsten Wunsch, nicht in ein Altenheim umziehen zu müssen, entgegen kommt: *"Ich wüsste ja gar nicht fertig zu werden und in ein Heim möchte ich nicht ... das könnt ich nicht."* Der Wechsel wäre nach ihrer Angabe der "Horror". Auch für Frau A. war dies der vordringlichste Grund, einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch zu nehmen: *"Ja, ich wollt' halt nicht in ein Heim"*.

Anpassung an die tatsächlichen Bedürfnisse, Beteiligung an der Gestaltung der Pflegeprozesse

Bezüglich der zeitorientierten Vergütung erwartete Frau B., dass diese "realistischer" sei und wünschte sich, *"dass man mehr Einsicht hat vielleicht, dass man da ein bisschen mitreden kann"*.

Auch Frau C. hielt die Budgetlösung für einen guten Ansatz, brachte jedoch auch ihre Erwartung zum Ausdruck, dass die Pflegenden – da sie ja auch nicht jeden Tag das Gleiche erwarte – auf ihre Wechselhaftigkeit und damit ihre jeweiligen Bedürfnisse reagieren können. Auch Frau D. wäre es wichtig gewesen, entsprechend ihren Bedürfnissen von Pflegenden bei Aktivitäten außerhalb der Wohnung begleitet zu werden, nicht zuletzt auch, um ihre Tochter zu entlasten.

Das die Pflegenden sich an die jeweilige Situation ihrer Mutter anpassen könnten, erwartetet auch die Tochter von Frau I. und wünschte *"dass die pflegerische Versorgung für Mutter so geregelt wird was sie*

braucht, das können sie schaffen und sie beschreiben eben diesen allgemeinen, dass dafür Sorge getragen wird, dass sie vernünftig gegessen und getrunken hat und ihre Augentropfen und was weiß ich, aber sie brauchen nicht bei jeder Sache sofort wieder daran denken, das aber noch ein Kreuz gemacht wird." Besonders deutlich wurde dies vom Sohn der Frau J. zum Ausdruck gebracht, der bereits die Erfahrung gemacht hatte, dass ein ambulanter Pflegedienst sich bei der Betreuung der Mutter nicht als so flexibel erwiesen hatte: *"Ich hab' am Anfang wirklich gedacht okay, es steht da ein bestimmter Pflegesatz zur Verfügung und dass der da also so eingeschränkt wird in irgendwelchen was weiß ich, man darf nur so und so oft und das und das, also dass der sich so dann zusammensetzt, ist ja auch eigentlich absurd, weil ja auch jeder Mensch oder jeder Kranke auch ganz andere Bedürfnisse hat. Von daher kann ich das nicht nachvollziehen ehrlich gesagt, ist eigentlich ziemlich absurd."*

Zuverlässigkeit, Vertrauen und Kompetenz bei gleichzeitiger Zuwendung

In den Interviews wurde mehrfach die Erwartung zum Ausdruck gebracht, sich auf die Pflegenden verlassen und darauf vertrauen zu können, durch die Pflegenden eine kompetente Begleitung zu erfahren, auch wenn es sich 'nur' um eine Begleitung bei Alltagstätigkeiten handelt: *"dass da jemand dabei ist, das wäre das richtige, so eine Zwischenstufe zwischen reiner Pflege und, wie kann man das ausdrücken, so das Andere."* Gerade auch in Bezug auf gewohnte Pflegekräfte, zu denen sich bereits eine Beziehung entwickeln konnte: *"der eine war in Urlaub, ich bin froh, dass er wieder da ist"*. Dabei wurde neben der Fachkompetenz ebenso auch die menschliche Zuwendung als wesentlich erachtet, die auch in dem Bedürfnis nach Gesprächen mit den Pflegenden zum Ausdruck kam. Frau H. sprach sogar davon, *"ohne Erzählen kein Mensch mehr zu sein"*. Dabei bewegen sich die Pflegenden oftmals in dem Spannungsfeld, kompetente Fachkraft und sozialer Gesprächspartner gleichzeitig sein zu müssen.

Vereinsamung entgegenwirken

Vielfach wurde auch seitens der Pflegebedürftigen und/oder ihrer Angehörigen die Erwartung geäußert, soziale Vereinsamung mithilfe der Pflegeeinsätze vermeiden zu wollen. Insbesondere bei den Teilnehmern mit demenziellen Erkrankungen wurde dieser Aspekt seitens der Angehörigen vereinzelt höherwertig eingeschätzt, als beispielsweise die Verrichtung von Tätigkeiten, wie sie im Rahmen des Leistungskomplexsystems möglich sind.

8.3.2 Erwartungen aus Sicht der Pflegekräfte

Pflegeverständnis und Beziehungsgestaltung

Bei den Pflegenden kann übereinstimmend festgestellt werden, dass sie ihren Pflegeberuf in der Erwartung ausüben, sich individuell auf jeden Patienten einstellen zu können und damit angepasst an die jeweiligen Bedürfnisse ihre pflegerischen Handlungen auszurichten. So sehen sie in der Möglichkeit der Leistungsgestaltung im Rahmen von Pflegebudgets einen größeren Handlungsfreiraum, der es

ihnen ermöglicht, "von Tag zu Tag" und damit in Abhängigkeit von der aktuellen Situation des Pflegebedürftigen zu entscheiden, wie der jeweilige Pflegeeinsatz gestaltet werden kann, bzw. soll.

Von einigen Pflegenden wird dabei jedoch ein hohes Maß an Eigeninitiative seitens der Patienten erwartet, was die Formulierung aktueller Bedürfnisse und der entsprechenden Leistungsplanung und - Leistungsgestaltung betrifft.

Hier werden jedoch auch Unterschiede zwischen den Mitarbeitern der einzelnen Pflegedienste deutlich. So zeigte sich bei anderen Pflegenden hingegen, dass sie sich ihrer Rolle bewusst sind, Patienten dabei zu unterstützen und ihnen den entsprechenden Rahmen zu schaffen, ihre Bedürfnisse für eine gemeinsame Problembewältigung zum Ausdruck zu bringen. So erfordere das Leistungsgeschehen im Rahmen von Pflegebudgets viel *mehr individuelle Absprachen* mit den Patienten und sie damit aktiv in die Gestaltung der Einsätze einzubeziehen, da diese oftmals ihre Bedürfnisse und Wünsche nicht äußerten. Hier wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass mehr Kompetenzen seitens der Pflege in Bezug auf das Aushandlungsgeschehen erforderlich seien.

Mit der Erwartung, das pflegerische Handeln auf den Patienten ausrichten zu können, ist auch die Erwartung verbunden, pflegerisches Handeln im Rahmen der häuslichen Pflege insofern sichtbar zu machen, als dass die tatsächlich erbrachten Leistungen dokumentiert und abgerechnet werden. So seien sie mitunter gezwungen zu lügen, wenn die aktuelle Situation des Patienten Hilfeleistungen erfordere, die im Rahmen des Leistungskomplexsystems nicht aufgeführt oder nur in begrenztem Umfang abrechenbar sind: " ...so werde ich nicht mehr gezwungen zu lügen, sondern kann ganz klar sagen, ich habe mich darum gekümmert, darum gekümmert, darum gekümmert, ähm, und halte das für gleichwertig wichtig ...". Eine Pflegedienstleitung bewertete es als einen Vorteil des Budgets, somit "aus dieser Grauzone herauszukommen."

Zudem kommt damit die Erwartung zum Ausdruck, eigenständig auf Basis der professionellen Kompetenz und im Rahmen der Aushandlungsprozesse entscheiden zu können, welche Leistungen in der jeweiligen Situation prioritär sind. So zeigte es sich auch, dass in einigen Fällen seit der Einführung des Budgets auch Leistungen dokumentiert wurden, die zwar auch zuvor schon durchgeführt wurden, jedoch nicht Gegenstand des Leistungskatalogs waren: Fahrten zum Hausarzt, Telefonate, Besorgungen, u.a. Damit seien solcherlei Tätigkeiten des "Haushaltsmanagements" als gleichwertig zu betrachten, da sie sowohl im praktischen Sinne wie auch im Sinne der Beziehungsgestaltung die Voraussetzungen für pflegerisches Handeln schaffen.

Grundsätzlich wird hier von den Pflegenden nicht nach pflegerischen und nicht-pflegerischen Leistungen unterschieden. So seien alle Handlungen, die dem Wohlbefinden der Patienten dienen, auch Leistungen der Pflege. Diese bestehen zwar überwiegend aus den 'klassischen' Tätigkeiten wie Körperpflege, Mobilitätshilfen, etc. Da sei aber "auch ganz viel Management, dass du anrufst und sagst, das Klo ist kaputt, da muss das gemacht werden, ein Telefon muss angemeldet werden, all diese Dinge kann ich nicht abrechnen mit der Kasse, aber die sind notwendig, damit ich überhaupt zu meiner eigentlichen Tätigkeit der Pflege komme."

Patient als Kunde

In einem der teilnehmenden Pflegedienste wurde im Rahmen der Gruppendiskussion deutlich, dass insbesondere die Pflegedienstleitung erwartete, dass die Patienten durch die Möglichkeit der freien Leistungsvereinbarung ihr Verhalten im Sinne eines Kundenverhaltens ändern könnten. Auffällig ist hierbei, dass der Kundenbegriff ausschließlich im Zusammenhang mit der Aushandlung und Gestaltung formaler Vereinbarungen verwendet wurde, insbesondere dann, wenn Patienten offenbar andere Vorstellungen zur Gestaltung der Einsätze hatten, als die Pflegenden oder die Pflegedienstleitung. So äußerte die Pflegedienstleitung, dass gerade der hauswirtschaftliche Bereich *"den Leuten oft ganz wichtig"* sei und dass sie sich als Pflegenden da *"gut durchsetzen"* müssten. So könne sich der Patient als Kunde auf den Standpunkt stellen, dass er als Kunde zu bestimmen habe, welche Leistungen durchzuführen seien. Eine der im Rahmen des Budgets versorgten Patientinnen sei so auch *"massiv als Kundin aufgetreten"* und habe die Pflegenden nur noch zum Einkaufen geschickt. Dadurch erwartete sie Konfliktpotential im Hinblick auf die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen einerseits und das fachliche Verständnis von Pflege andererseits: *"halt wirklich, äh, das abwägen was ist der jetzt als Kunde, weil der tritt ja als Kunde auf, und was ist jetzt so meine fachliche Kompetenz wo ich sage, so geht's nicht, äh, Sie verwarlosen, oder was weiß ich, und die Wohnung ist sauber. Also das wäre sicher bei manchen eine harte Diskussion."* Sie äußerte zudem die Befürchtung, dass die ohnehin schon bestehenden Konflikte mit den Patienten verstärken, welche sich daraus ergäben, dass Patienten immer wieder erwarteten, dass die Pflegenden während ihres Einsatzes andere Tätigkeiten außer den vereinbarten Leistungskomplexen *"doch schnell mal machen"* könnten.

Tourenorganisation

Bezüglich der Organisation der Touren im Rahmen von Pflegebudgets wurde von einigen Gesprächsteilnehmern, insbesondere von Pflegedienstleitungen, die Befürchtung geäußert, mit der Tourenplanung heillos durcheinander zu kommen. In diesem Pflegedienst wurde sowohl bei den Pflegenden, als auch bei der Pflegedienstleitung das Angebot eines Budgets offenbar mit einer unbestimmten Einsatzdauer assoziiert. Da aber die *"Kunden sehr viel Wert darauf legen, dass man zu einer bestimmten Zeit kommt"*, wurde damit gerechnet, dass dies bei den Pflegebedürftigen zu Unzufriedenheit führen könnte. Eine andere Pflegedienstleitung sah hingegen *"klare Vorteile"* darin, den Pflegebedürftigen feste Zeiträume einräumen zu können, welche dann auch immer gleich blieben.

Ein Pfleger war der Meinung, dass sich die Einführung eines Budgets nur dann positiv auswirke, wenn mit einem Budget auch mehr Zeit zur Verfügung stehe, als dies bisher schon bei den Leistungskomplexen der Fall gewesen sei. Dafür würde jedoch auch mehr Geld benötigt, womit angesichts der Finanzlage der öffentlichen Kassen aber nicht zu rechnen sei. Hier wurde auch die Befürchtung geäußert, dass es sich auf die Tourengestaltung negativ auswirken könnte, wenn erst zu Beginn des Einsatzes festgelegt werde, welche Leistungen erbracht werden sollen.

Problematik der Einstufung

In zwei Pflegediensten wurde die Befürchtung geäußert, dass sich die Leistungserbringung im Rahmen eines Budgets negativ auf das Einstufungsverfahren zur Feststellung der Pflegestufe auswirken könnte. So werde in den Fällen, in denen der Pflegedienst bereits vor Einstufung mit der Pflege eines Patienten begonnen hatte, von den Gutachtern des MDK die Pflegedokumentation als Grundlage zur Einschätzung des Pflegebedarfs anhand der tatsächlich stattfindenden Verrichtungen herangezogen. Wenn in diesen Fällen die geplante und stattfindenden Pflege beispielsweise bezüglich des Verhältnisses von hauswirtschaftlicher Versorgung und grundpflegerischer Leistung nicht den Begutachtungsrichtlinien entspräche, so sei zu erwarten, dass - unabhängig vom Bedarf - auch keine Einstufung erfolgen werde.

Auch ohne die Möglichkeit der Leistungserbringung im Rahmen eines Budgets würden beispielsweise bei vorhandenem Dauerkatheter oder im Falle einer Ernährung über eine Magensonde die erforderlichen Leistungsminuten im Bereich der Ausscheidungen, bzw. der Nahrungsaufnahme nicht berücksichtigt.

8.3.3 Erwartungen aus Sicht der Pflegedienstleitungen

... an die Umsetzung des Budgets

Um die Umsetzung des Budgets zu gewährleisten wird ein umfassender Fortbildungsbedarf genannt, der auf die Entwicklung des Pflegeverständnisses, der Berufsrolle und die praktischen Anforderungen abzielt. Die Vertiefung bestehender Kompetenzen in Bezug auf kommunikative Kompetenzen im Bereich der Aushandlung bilden dabei den Schwerpunkt, gleichermaßen wird ein großer Bedarf an Prioritätensetzung bzw. Einschätzung der Gesamtsituation geäußert.

Die Aspekte Verantwortungsübernahme, Führungs- und Begleitungsfunktion der Leitung im Prozess, Bewusstmachen der Zeitkontingente, Verteilung von Aufgaben und immer wieder das Aushandlungsgeschehen werden als unerlässlich betrachtet, um den hohen Anforderungen dieser Einzelsituationen begegnen zu können. Mehrere Dienste verweisen hier auf die Notwendigkeit einer hohen Fachlichkeit, die nur über entsprechend aus- und fortgebildete Pflegefachkräfte erfolgen könne: *"Es ist eine anspruchsvolle Geschichte, wo man nicht jeden hinschicken kann"*. Hier spricht ein Dienst die politische Diskussion um Arbeitslose an, die *"einen Crashkurs machen sollen und dann als Pfleger losgeschickt werden"*, was er ablehnt.

Auch werden Ängste bei den Pflegenden angesprochen, denen es innerhalb von Fortbildungen zum Budget direkt zu begegnen gilt. Das Lösen von den Leistungskomplexen wird als eine nicht zu unterschätzende Aufgabe erachtet. Den Leitungen kommt hier eine besondere Führungsaufgabe zu, da sie einen Rahmen vorgeben, an dem sich alle an der Pflege beteiligten Pflegenden orientieren können, der z.B. auch vorgibt, was nicht getan werden soll.

Die Möglichkeit, Zeiten zu sammeln, wird als wertvoll gesehen, um diese dann zu nutzen, um *"mal raus in den Park zu gehen und jemanden kennen lernen oder ins Sozialzentrum, das ist etwas ganz besonders"*. Dies lasse mehr Freiraum als täglich 15 Minuten dafür zur Verfügung zu haben wie es bei

den Leistungen des Sozialamts vorgegeben werde. Auch könnte das Wohnumfeld mehr Berücksichtigung erfahren, z.B. um Schränke aufzuräumen, wobei hier die Schwierigkeit zur Abgrenzung hauswirtschaftlicher Versorgung thematisiert wird.

Unklar seien noch die Bedingungen für das Budget, also wer es beanspruchen kann und welche Begrenzungen oder Einstufungen vorgegeben werden. Hier wird Klärungsbedarf geäußert, da bislang das gewohnte Verfahren der Begutachtung des MDK zugrunde gelegt ist.

... an die Organisation innerhalb des Pflegedienstes

Bei einigen wenigen Budgetnehmern sei es möglich, dies zu organisieren, mit zunehmender Anzahl werden jedoch organisatorische Schwierigkeiten gesehen. Die Möglichkeit, eigene "Budget-Touren" zusammenzustellen wird vor allem für die abendliche Versorgung als schwierig erachtet. Teils wird eine umfassende Organisationsveränderung bestehender Strukturen vorhergesehen. Bei ständig wechselnden Wünschen der Patienten sei die Organisation schwierig. Den immer wieder auftretenden Ausfall von Mitarbeitern sieht ein Pflegedienst im Zusammenhang mit der Umsetzung des Budgets als Problem, womit vermutlich die Sorge eines Kontinuitätsmangels verbunden ist. Bei Einführungsbeginn wäre mehr Aufwand vonnöten, um die Umsetzung "zu managen und auf die Reihe zu kriegen".

Der Stundensatz sei innerhalb des Projekts gering, allerdings gebe es die Flexibilität je nach Einzelsituation Mitarbeiter mit unterschiedlichen Qualifikationen einzusetzen, wodurch ein Ausgleich stattfinden könnte. Aus sozialpolitischer Perspektive sei nicht mit einer Erhöhung des Stundensatzes zu rechnen. Der Vergütungskorridor der Barmer in NRW wurde als realisierbar eingeschätzt.

Der 'Verkauf' von konkreten Einzelleistungen wird zum Teil als einfacher eingeschätzt als Stunden zu verkaufen. Dies wird allerdings kontrovers gesehen. Gerade in neuen Pflegesituationen wäre eine gewisse Struktur für beide Seiten hilfreich, um die generelle Unsicherheit bei den Betroffenen zu reduzieren.

Prinzipiell haben sich die Pflegedienste mit dem Verfahren der Vertragsgestaltung arrangiert. Die Verträge werden gesamt als zu detailliert und für die pflegebedürftigen Personen unverständlich beschrieben. Es gebe Freiheiten innerhalb der Verträge, die auch für eine Budgetlösung genutzt werden könnten. Dass mit den Verträgen der Verbraucher geschützt werden soll sei verständlich, in der realen Umsetzung spiele dieser Aspekt nur eine marginale Rolle. Es müsse die Vorgabe eines Kostenvoranschlags integriert werden. Eine Anlaufphase, in der sich allmählich die relevanten Leistungen herauskristalisieren wird mehrfach erwähnt.

Als unzureichend wird gerade für die Budgets der Pflegebedürftigkeitsbegriff für Menschen mit Demenz erachtet. Als problematisch wird die Begutachtung des MDKs eingeschätzt, da hier die Module ausschlaggebend seien und nicht der tatsächliche Bedarf bzw. die Bedürftigkeit.

... in Bezug auf die Pflegesituation vor Ort

Ein Problemfeld zeige sich im Spannungsfeld zwischen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen einerseits und professionellem Bedarf andererseits. Ein Dienst äußert, dass innerhalb einer Solidargemeinschaft die Steuerungsfreiheit des Patienten nicht unbegrenzt sein könne, da damit auch ein Qualitätsverlust

einhergehen kann. Andererseits dürfe nicht zu viel Restriktion erfolgen, da sonst keine gemeinsame Arbeitsebene gefunden wird. Dem Aushandlungsgeschehen komme hier ein zentraler Stellenwert zu. Pflegebedürftige Menschen könnten derzeit nur in geringem Maße ihre Wünsche äußern, innerhalb des Budgets vor allem in der Anfangsphase einer Pflegesituation könnte hier positiv darauf hingewirkt werden.

... in Bezug auf das Pflegeverständnis

Zum einen wird auf ein im Budget anzustrebendes ganzheitliches Pflegeverständnis verwiesen, das durch die Leistungskomplexe unterbunden wird. Zum anderen würde eine umfassende, an der Lebenssituation des Menschen orientierte Pflege sowieso bereits erbracht, die im Budget "legal" erfolgen könne. Man würde zwar mit den refinanzierbaren Leistungen den Menschen nie gerecht, im Budget sei jedoch etwas mehr Spielraum dafür. Pflegende würden bisher zu wenig nach den Bedürfnissen der Patienten fragen, da die Einzeltätigkeiten festgelegt seien, was durch die Institution MDK verfestigt wird. Eine Definition von Pflege über das 'Waschen' sei jedoch zu wenig.

Es werden Entwicklungen angesprochen, die zu einem anderen Pflegeverständnis beitragen können:

- frühzeitige Anleitung von Angehörigen im Krankenhaus
- Hinführung eines umfassenden Verständnisses in der Ausbildung
- Befähigung zur Aushandlung und Gesprächsführung für die Pflegenden
- Umsetzung von Bezugspflege, Beziehungsarbeit
- Erfassen der Gesamtsituation
- psychologische Kenntnisse zum Beispiel im Umgang mit Beschwerden
- Fähigkeit zur Grenzsetzung
- Befähigung des Patienten zur Mitverantwortung
- bereits vorhandene Kenntnisse und Fähigkeiten bei den Mitarbeitern vertiefen wie z.B. Beratung

... an das ambulante Pflegegeschehen allgemein

Darüber hinaus regen die Pflegedienste diverse Entwicklungen an, die der Erleichterung im alltäglichen Umgang mit den Pflegekassen dienen sollen. Hierbei werden Wünsche genannt wie:

- Ermöglichung des kurzen Dienstwegs für Gelder in bestimmten Situationen (für Patienten, bei denen noch keine Einstufung erfolgt ist, die aber bereits versorgt werden und im Sterben zuhause begleitet werden; für Angehörige, die z.B. ein Wochenende entlastet werden wollen und dafür ein Antragsverfahren stellen müssen, das als hinderlich empfunden wird)
- Fundament in der Ausbildung legen, ähnlich wie es im psychiatrischen Bereich bereits erfolgt
- Das Zusammenspiel aller beteiligten Akteure wird gewünscht, vor allem auch in Bezug auf das Begutachtungsverfahren des MDK

Zwei Dienste verweisen darauf, dass eine adäquate ambulante pflegerische Versorgung zur Kostenersparnis beitragen könne, indem Krankenhauseinweisungen vermieden werden könnten, wenn medizinische Belange von zuhause aus geregelt würden. Durch eine verstärkte Anwesenheit in der Pflegesituation könne dies eher gelingen. Die Begleitung zum Arzt könnte ebenfalls durch Pflegende erfolgen, anstatt einen Krankentransport zu beauftragen. Zudem wird ein erweiterter Erstbesuch angestrebt, in dem z.B. *"die Wohnung auf Vordermann"* gebracht werden kann, um überhaupt eine pflegerische Versorgung zu gewährleisten.

Die Pflege schwerkranker Menschen, die umfangreiche medizinische Versorgung benötigen, sei bisher zu wenig berücksichtigt. Bei einer Zusammenlegung von SGB V und SGB XI sieht ein Dienst das Problem des Rückzugs der Krankenkassen, wodurch diesen Situationen nicht ausreichend begegnet werden könne.

9 Diskussion und Empfehlungen

Der Anspruch dieses Projekts war es, die existierenden Rahmenbedingungen ambulanter Pflege zu verändern und die Auswirkungen dieser Veränderungen zu evaluieren. Wie in der Darstellung des Forschungsansatzes und Projektverlaufs deutlich wurde, hat die Vorbereitung und Planung dieser Veränderung sehr lange gedauert und war von diversen Schwierigkeiten begleitet. Jede einzelne Schwierigkeit im Rahmen des Projektes ist im Nachhinein zu erklären und hatte ihre Berechtigung. Ein Projekt, das die Perspektiven der verschiedensten Akteure einbezieht, wird mit solchen Schwierigkeiten leben müssen und es ist wichtig, diese als wertvolle Erfahrungen zu begreifen und im Projektverlauf entsprechend zu reagieren. Schwierigkeiten bei der Erprobung neuer Ansätze sind nicht nur in diesem Projekt aufgetreten, sondern werden auch von anderer Stelle berichtet. Im Sachstandsbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellprojekt 'Persönliches Budget für Menschen mit Behinderung in Baden-Württemberg' (Ministerium für Arbeit und Soziales Baden Württemberg 2004) wird darauf hingewiesen, dass hoch gesteckte Erwartungen bei bestimmten Projekten zwangsläufig enttäuscht werden müssen. Diese Aussage lässt sich auf dieses Projekt übertragen. Dennoch sind die Ergebnisse als wichtig und wertvoll in verschiedener Hinsicht anzusehen.

Die Ergebnisse dieses Projekts werden nachfolgend anhand der folgenden Aspekte diskutiert: Vergütung ambulanter Pflege, Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegesituationen, Voraussetzungen und Möglichkeiten der Leistungserbringer, Beitrag zur Diskussion zu personenbezogenes Budgets und sich ergebende Reformoptionen für die häusliche Pflege im Rahmen bestehender gesetzlicher Grundlagen.

9.1 Vergütung häuslicher 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 dieser Studie war es in diesem Projekt 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. Dementsprechend lassen sich folgende positive Aspekte herausarbeiten:

9.1.1 Legalisierung der Realität

Bei der Umsetzung der im Rahmen dieser Studie veränderten Vergütungssystematik zeigte sich, dass das Leistungsgeschehen und mithin das professionelle Verständnis sehr vom System der Leistungskomplexe bestimmt sind.

In der überwiegenden Mehrheit der Pflegenden sowie der Pflegedienstleitungen wurde die Möglichkeit der Leistungserbringung im Rahmen eines Budgets als sinnvoll erachtet in dem Sinne, dass dabei die Orientierung am Vergütungsrahmen in den Hintergrund rückt zugunsten einer an der aktuellen Situation und den Bedürfnissen des Pflegebedürftigen orientierten Leistungserbringung. Dabei kam es zu unterschiedlichen Veränderungen in den Pflegesituationen, wobei deutlich wurde, dass in einigen Fällen eine Veränderung des Leistungsgeschehens bis hin zu veränderten Einsatzzeiten mit positiv zu bewertenden Auswirkungen auf Motivation und Befinden der Pflegebedürftigen erfolgte. In anderen hingegen veränderte sich lediglich das Abrechnungsgeschehen, oder die Abrechnung nach Stundensätzen führte zu einer 'Legalisierung der Realität' insofern, dass keine anderen Leistungskomplexe abgerechnet werden mussten, als tatsächlich erbracht wurden. Dies war vor allem dann der Fall, wenn bereits vor Einführung des Budgets nicht der Leistungskatalog als Handlungsrahmen galt, sondern die aktuelle Situation und Bedürfnislage die Auswahl der jeweils zu erbringenden Unterstützungsleistungen bestimmte. Zwar handelte es sich hierbei um Pflegebedürftige, die einen z. T. erheblichen Eigenanteil zu ihren Pflegekosten zu leisten hatten und insofern ist davon auszugehen, dass auch eine Beschränkung auf abrechnungsfähige Leistungen zu einem Ausschöpfen des Maximalbetrags der jeweiligen Pflegestufe geführt hätte. In einem Fall führte dies jedoch zu einem geringeren Eigenanteil für die Pflegebedürftige und bei den meisten Pflegenden führte es dazu, dass sie sich *"nicht so strikt unter Druck gesetzt fühlen, man muss wirklich sich an die Leistungskomplexe halten"*. Dies und die Freiheit der Aushandlung der jeweiligen Unterstützung mit den Pflegebedürftigen und/oder Angehörigen eröffneten den Pflegenden einen Handlungsspielraum, der jedoch in unterschiedlichem Ausmaß genutzt wurde.

Die neue Finanzierungsform eröffnet Pflegenden einen Handlungsspielraum, tatsächlich durchgeführte Interventionen, die nicht im Rahmen des Leistungskomplexsystems abgebildet sind, ohne schlechtes Gewissen erbringen zu können. Douma (1999a) stellte in diesem Zusammenhang bereits 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 haushaltserhaltenden 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. Als wesentliche Erleichterung wurde seitens der Pflegekräfte angegeben: *"Der Kasse muss nichts mehr vorgegaukelt werden, was nicht gemacht wurde."*

9.1.2 Erweiterte Kernleistungen

Die erweiterten Kernleistungen sind keine neuen pflegerischen 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 derartige Aufgaben im Mittelpunkt stehen, um eine stabile häusliche Pflegesituation sicherzustellen. Hierzu zählen vor allem Menschen mit Demenz und andere chronisch Erkrankte sowie sterbende Menschen, allein lebende Menschen oder onkologisch erkrankte Menschen. Diese 'weichen' nicht direkt operationalisierbaren Handlungen bilden manchmal den Hauptanteil der pflegerischen Versorgung, treten phasenweise unterschiedlich in den Vordergrund und werden kontinuierlich neben den Leistungskomplexen erbracht. Hierzu zählen: Aushandlungsprozesse gestalten, kontinuierliche Situationsevaluation, Alltag organisieren, soziale Kontaktperson sein, Ressourcen und Fähigkeiten fördern, Sicherheit vermitteln. Lange (2000) beschreibt die zu schaffenden Voraussetzungen, um eine gelingende Pflege Demenzkranker überhaupt zu ermöglichen. Hierbei spielt es eine große Rolle, das Vertrauen der meist ängstlichen und misstrauischen Personen zu gewinnen, was nur mittels langfristig angelegter therapeutischer, kommunikativer Interventionen zu erreichen ist. Letztendlich handelt es sich dabei um Kennzeichen professioneller Pflege, deren Stellenwert für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen einerseits und professionelle Pflegekräfte andererseits in diesem Projekt dargelegt werden konnte.

9.1.3 Empfehlung

Bei entsprechender Ausgestaltung und Eignung der individuellen Pflegesituation und des betreuenden Pflegedienstes stellt die erprobte Finanzierungssystematik eine geeignete Form der Vergütung hinsichtlich der Umsetzung komplexer Pflegesituationen dar. Insbesondere bestimmten Gruppen von Pflegebedürftigen erscheint die Finanzierungsoption des personenbezogenen Budgets 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.

9.2 Aushandlungsprozesse

Übereinstimmend gaben die Pflegekräfte an, dass durch den erweiterten Handlungsspielraum und eine entsprechend variable 'Verhandlungsmasse' dem Aushandlungsgeschehen eine zentrale Bedeutung bei der Gestaltung häuslicher Pflegesituationen zukommt. Aushandlungsprozesse erfolgten nicht ausschließlich in der konkreten Pflegesituation vor Ort, sondern sie richteten sich an verschiedene Aushandlungspartner, die direkt oder indirekt an der Pflegesituation beteiligt waren. Es traten darin Spannungsfelder zutage, die sich um den Patienten in seiner Rolle als 'Kunden' rankten, um die Befähigung zur Äußerung von Wünschen der Pflegebedürftigen, um die Balance zwischen Autonomie der Betroffenen und professionellem Bedarf und um das Berufs- und Pflegeverständnis. Es ist zu konstatieren, dass das pflegerische Handeln innerhalb des Projekts tendenziell eher reaktiv ausgerichtet war, jedoch auch Ansätze einer antizipierenden und prognostizierenden Orientierung identifiziert werden konnten.

Die Bedeutung von Aushandlungsprozessen und Vereinbarungen für die häusliche Pflege und die häusliche Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit ist in der Literatur als konsensfähig anzusehen. Zeman (1997, S.109) verweist z.B. darauf, dass den professionellen Helfern ausreichend Zeit für Interaktionsprozesse eingeräumt werden muss. Hierbei differenziert er ausdrücklich, dass diese Handlungen: "(...) über die Instrumentalität reiner Verrichtungen hinausgehen."

Die damit verbundenen Prozesse sind von Corbin und Strauss (Corbin und Strauss 1990) beschrieben worden. Trotz der relativ einheitlichen Erkenntnisse in diesem Bereich scheint die Gestaltung von Aushandlungsprozessen in der Praxis der ambulanten Pflege zwar allgegenwärtig zu sein, jedoch nicht als wichtiger und unabdingbarer Bereich pflegerischen Handelns angesehen zu werden. Hier besteht ein großer Bedarf, die Gestaltung von Aushandlungsprozessen zum Bestandteil der Pflegeausbildung zu machen und berufsbegleitende Fortbildungsangebote bereit zu stellen, die es Pflegekräften ermöglichen, ihren Kenntnisstand fortlaufend zu erweitern und zu vertiefen.

9.3 Voraussetzungen und Möglichkeiten der Leistungserbringer

Betrachtet man die Einschätzung der neuen Vergütungsoption durch die Pflegedienstleitungen der beteiligten Pflegedienste, so wird deutlich, dass bestimmte Voraussetzungen auf der professionellen und organisatorischen Seite notwendig sind, um die Vorteile des personenbezogenen Budgets für die Pflegebedürftigen, ihre Angehörigen und die Pflegekräfte nutzbar zu machen. Hierbei ist es notwendig, die Ausprägung eines geänderten, umfassenderen Pflegeverständnisses auf Seiten der Pflegekräfte zu fördern, um die Möglichkeiten zur Ausgestaltung von Pflegesituationen unter der flexibleren Finanzierungssystematik zielführend zu unterstützen. Diese notwendige Erweiterung des eigenen Aufgabenfeldes und somit auch des professionellen Selbstverständnisses der Pflegekräfte wird insbesondere in der Betrachtung der einzelnen Pflegesituationen vor Ort deutlich. Ein umfassender Blick auf die Pflegesituation durch die Pflegekraft, sowie eine Einschätzung der Probleme stellen hierbei die Basis für die Entwicklung eines Versorgungssettings dar, welches von der professionellen

Pflegekraft in der Aushandlung mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen entwickelt werden muss. Dieses Vorgehen verlangt eine Neuorientierung und Ausdehnung der Berufsrolle der professionell Pflegenden, um diese erweiterten Optionen in die Gestaltung der Pflegesituationen einbringen zu können.

Auf organisatorischer Seite kann davon ausgegangen werden, dass aufgrund der flexibleren und kurzfristigeren Planung der Einsatzzeiten eine entsprechende Anpassung der Tourenpläne durch die Pflegedienstleitungen notwendig wird. Diese Anpassung wurde im Rahmen des Projektes durch die befragten Pflegedienstleitungen aber als realisierbar eingeschätzt.

9.3.1 Steuerung der Pflegesituation

Ein entscheidendes Element in der Gestaltung einer Pflegesituation unter den Rahmenbedingungen des personenbezogenen Budgets stellt die Planung und Steuerung der Pflegesituation durch die leitende Pflegefachkraft und die durchführende Pflegekraft dar. Aufgrund der erhöhten Flexibilität im Bereich der Leistungserbringung kommt dem Leistungsanbieter die verantwortungsvolle Rolle zu, ein auf die jeweilige Pflegesituation abgestimmtes Hilfeangebot gemeinsam mit den Leistungsempfängern zu planen. Diese Aufgabe erfordert eine hohe Kompetenz und Sachkenntnis hinsichtlich der Besonderheiten häuslicher Pflegesituationen und den möglichen Interventionsoptionen seitens der leitenden Pflegekräfte. Sie übernehmen in diesem Zusammenhang eine steuernde Funktion in der jeweiligen Pflegesituation, und können durch ihre Anregungen und Vorschläge maßgeblich zum Gelingen einer Pflegesituation beitragen.

Um diese Funktion im Sinne der Pflegebedürftigen übernehmen zu können, muss eine entsprechende Ausbildung der jeweiligen Mitarbeiter sichergestellt werden, die in diesem Zusammenhang auch ein Qualitätskriterium darstellen sollte. Die fach- und sachgerechte Planung und Evaluation einer Pflegesituation erfordert zudem einen gewissen zeitlichen Raum, der von den Leistungserbringern im Zusammenhang mit der Erbringung von Pflegeleistungen in Form eines personenbezogenen Budgets eingeplant werden sollte.

Durch die Möglichkeit der flexibleren Leistungserbringung ergeben sich für die Anbieter häuslicher Pflege neue Möglichkeiten und Formen im Angebot und Leistungsspektrum des jeweiligen Dienstes. Die individuelle Planung und Umsetzung von Pflegesituationen kann hierbei unter Absprache mit dem Pflegebedürftigen und dessen Angehörigen verschiedene, vorher nicht planbare Interventionen notwendig oder wünschenswert machen, die dann von den Leistungserbringern erbracht werden sollen. Diese Möglichkeit der schnellen Reaktion auf bestimmte Ereignisse oder Veränderungen erfordert eine möglichst große Freiheit der Leistungserbringer. Im Mittelpunkt häuslicher Pflegesituationen stehen nach Nolan (2001) die Prozesshaftigkeit und damit ein möglicher zeitlich wechselnder Pflegebedarf. Dies bedeutet, dass sich der Pflegebedarf auch an der Zeit orientiert. Neben Zeiten intensiver Betreuungsnotwendigkeiten kann es in häuslichen Pflegesituationen auch Zeiten geben, wo dieser nicht notwendig ist. Ebenso gibt es täglich sich verändernde Situationen, die ein unterschiedliches Ausmaß an Zeit benötigen.

Dieser größeren Freiheit steht die Notwendigkeit gegenüber, die Qualität der erbrachten Leistungen nachvollziehbar und darstellbar zu machen. Inwieweit das derzeitige System der Kontrolle durch den Medizinischen Dienst der Kassen (MDK) für eine kontinuierliche Evaluierung von komplexen Pflegesituationen geeignet ist, kann in diesem Zusammenhang nicht diskutiert werden. Wichtig erscheint es jedoch, eine Möglichkeit zu schaffen, die erbrachte Leistung objektiv nachvollziehbar zu machen und somit den Leistungsempfängern und den Leistungsanbietern eine Basis ihrer pflegerischen und geschäftlichen Beziehung zu ermöglichen.

9.3.2 Finanzielle Voraussetzung und Stundensatz

Der für die Projektphase zu Grunde gelegte Stundensatz, der im Rahmen des persönlichen Budgets abrechnungsfähig wurde, wurde von Beginn des Projektes an sehr kontrovers diskutiert. Wie schon im Projektverlauf beschrieben, gab es große Vorbehalte seitens der Pflegedienste sich auf den von den Pflegekassen vorgeschlagenen Stundensatz einzulassen. Die Gründe für diese kritische Grundhaltung wurden an anderer Stelle bereits diskutiert.

Der Stundensatz, der für den Projektverlauf mit den teilnehmenden Pflegediensten und den Pflegekassen vereinbart wurde, ist demnach als ein auf die Projektdauer und den Projektumfang begrenzter Ansatz zu betrachten, der aus der Sicht der Leistungsanbieter keine Grundlage für weitere Verhandlungen in diesem Bereich darstellen kann. Im Rahmen des Projektes sei darauf verwiesen, dass mit der Einigung auf den Stundensatz zunächst überhaupt die Möglichkeit geschaffen wurde, eine Finanzierung in Form eines persönlichen Budgets durchführbar zu machen. Eine Diskussion über die angemessene Höhe eines Stundensatzes kann in diesem Rahmen nicht Teil eines wissenschaftlichen Projektes sein. Grundsätzlich lässt sich jedoch festhalten, dass die Diskussion um eine angemessene Stundenvergütung der Leistungsanbieter in Zukunft auch vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller Ressourcen geführt werden muss, gleichzeitig aber zur Kenntnis genommen werden muss, dass der Vorrang der ambulanten Versorgung nur dann zu realisieren sein wird, wenn entsprechende Mittel zur Verfügung stehen.

9.4 Beitrag zur Budgetdiskussion

Die drei großen Kommissionen, die sich in den letzten Jahren mit den Problemen der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung befasst haben, empfehlen allesamt die Prüfung und Einführung von Pflegebudgets als eine neue Form sozialversicherungsrechtlicher Leistungen. Im Einzelnen haben sich die Enquête-Kommission "Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik" (Deutscher Bundestag 2002) die Rürup-Kommission (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003) und die Herzog-Kommission (Kommission "Soziale Sicherheit" 2003) zu den Chancen personenbezogener Budgets geäußert. Der Kontext der Budgetdiskussion besteht einerseits in der zunehmenden Anzahl älterer Menschen in

unserer Gesellschaft und andererseits in der zunehmenden Komplexität der Bedarfslagen pflegebedürftiger und behinderter Menschen. Einigkeit besteht darin, dass die jetzigen Gegebenheiten unserer sozialen Sicherungssysteme nur bedingt geeignet sind, darauf eine adäquate Antwort zu geben. Dies gilt sowohl für die nachhaltige Finanzierung als auch für die inhaltliche Ausgestaltung des Pflegegeschehens.

Es gibt zum einen das trägerübergreifende persönliche Budget nach §17 des SGB IX. Zum zweiten gibt es das persönliche Pflegebudget, das derzeit in einem Bundesmodellprojekt unter Federführung der Evangelischen Fachhochschule Freiburg und im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung erprobt wird.

Das trägerübergreifende persönliche Budget nach §17 SGB IX kann als Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach SGB IX bewilligt werden. In diesem Rahmen sind budgetfähige Leistungen diejenigen Leistungen, die sich auf alltägliche, regelmäßig wiederkehrende und regiefähige Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können. Die Gutscheinregelung bezieht sich auf Leistungen der Pflegeversicherung. Leistungsträger sind die gesetzlichen Krankenkassen, die Pflegekassen, die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Träger der Alterssicherung der Landwirte, die Träger der Kriegsopferversorge, die Träger der Sozialhilfe und die Integrationsämter. Beauftragt für das Budget ist die Stelle, bei der der Antrag gestellt wird, sofern diese Stelle am Budget beteiligt ist. Der Beauftragte hat mit dem Budgetnehmer eine Zielvereinbarung abzuschließen über die Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele, die Erforderlichkeit eines Nachweises für die Deckung des festgestellten Hilfebedarfs und die Qualitätssicherung. In diesem Zusammenhang lässt sich aus diesem Projekt lernen, dass die Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung als Gutscheine zwar aus sozialpolitischen Steuerungserwägungen heraus nachvollziehbar ist, dadurch aber das Verständnis pflegerischer Handlungen im Sinne eines zusammenstellbaren Baukastenprinzips manifestiert wird. Es lassen sich bislang keine Aussagen dazu finden, welche Leistungen als Gutschein gewährt werden können. Die bestehenden Leistungskomplexe sind in diesem Zusammenhang wenig hilfreich, da sie eine nicht nachvollziehbare und gerechtfertigt erscheinende Eingrenzung verfügbarer Leistungen für die Betroffenen implizieren würden. Alternativ dazu bietet sich an, die Gutscheinsystematik zu überdenken und Leistungen der Pflegeversicherung analog der Leistungen anderer Träger in das Budget einfließen zu lassen oder aber Gutscheine mit Zeitkontingenten anstelle vordefinierter Leistungen in das trägerübergreifende Budget einfließen zu lassen.

Im Modellversuch im Rahmen des § 8 Abs. 3 SGB XI wird ein Budget in Höhe der Sachleistung in der Pflegeversicherung gezahlt. Den Budgetnehmern wird in den Projektregionen eine Case Managerin an die Seite gestellt, wodurch sichergestellt werden soll, dass die Betroffenen die notwendigen Hilfen in angemessener Art und Weise erhalten.

Ein wesentlicher Hintergrund zum personenbezogenen Pflegebudget, egal in welcher Form, ist der, 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. Die dadurch ausgelöste Problematik besteht darin, dass sich die Probleme und Bedarfslagen pflegebedürftiger und behinderter Menschen nicht an den Systemgrenzen des Sozialversicherungssystems orientieren. Für die tatsächliche Leistungserbringung gilt es aber, sich an den je eigenen Regelungen der Sozialgesetzbücher und der jeweiligen Kostenträger zu orientieren. Dies führt einerseits zu einem großen bürokratischen Aufwand aller Beteiligten und andererseits dazu, dass Hilfen und Leistungen sich nicht an Bedarfslagen und Problemen, sondern an Refinanzierungsgrundsätzen orientieren. Die Enquête-Kommission 'Demographischer Wandel' (Deutscher Bundestag 2002) drückt das folgendermaßen aus: "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." Der Budgetgedanke reflektiert die Tatsache, dass in individuellen Situationen nicht mit stereotypen Leistungserbringungsoptionen agiert werden sollte. Darüber hinaus bedeuten feststehende Leistungen auch immer, dass das Leistungsgeschehen durch Angebote und nicht durch Nachfrage bestimmt wird. Die Ergebnisse dieses Projekts verdeutlichen, dass die Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen tatsächlich vielseitiger sind als die Palette verfügbarer Leistungen. Die Logik von Angebot und Nachfrage konnte allerdings nicht bestätigt werden. Die Schwierigkeit auf Seiten der Betroffenen zur Benennung konkreter Vorstellungen in ihrer jeweiligen Pflegesituation ist durchaus ernst zu nehmen. Veränderungen in den Rahmenbedingungen lösen nicht das Grundproblem der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit, sie können höchstens einen Beitrag dazu leisten. Diesen Beitrag gilt es allerdings zuerst einmal zu vermitteln. Ähnlich wie im Modellprojekt 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, durch die das labile Gleichgewicht in vielen häuslichen Pflegesituationen gestört werden könnte. Es hat sich in diesem Projekt gezeigt, dass eine vertrauensvolle Beziehung der Pflegebedürftigen zu ihrem Pflegedienst dazu beitragen kann, diese Verunsicherung aufzufangen. Eine Gleichsetzung pflegebedürftiger Menschen mit autonomen Kunden mag wünschenswert erscheinen, geht aber in vielen Fällen an der tatsächlichen Situation vorbei (vgl. Lange 2000).

Aus der Perspektive der Betroffenen sollen Budgets dazu beitragen, mehr Autonomie und Selbstbestimmung zu erlangen. Der Geldbetrag versetzt dazu in die Lage, selbst entscheiden zu können, welche Hilfen in einer gegebenen Situation als sinnvoll und hilfreich erachtet werden.

Zwei Fragen sind dabei bislang noch ungeklärt: Zum einen die Frage, ob es verpflichtend notwendig sein wird, dass den Betroffenen ein Case Manager an die Seite gestellt wird und zum anderen, ob die Dienstleistungserbringer in der Lage sind, auf die neu entstehende Flexibilität entsprechend zu reagieren. Zum Case Management ist zu sagen, dass der derzeit laufende Modellversuch sicher wertvolle Erkenntnisse liefern wird, ob und wenn ja, in welcher Form ein Case Management erforderlich und sinnvoll ist. In den Niederlanden, wo bereits seit mehreren Jahren Erfahrungen mit dem personenbezogenen Budget bestehen, gibt es kein verpflichtendes Case Management. Den Betroffenen

steht es frei, das Budget auch für einen Case Manager zu verwenden. Die Ersatzkassen haben sich in einem Positionspapier (Verband der Angestelltenkrankenkassen und Arbeiter-Ersatzkassen-Verband 2005) dafür ausgesprochen, Case Management als Leistungselement in der Pflegeversicherung zu etablieren.

Inhaltlich ist im Zusammenhang mit dem Case Management die Frage interessant, auf welcher Grundlage eine individuelle Bedarfsfeststellung erfolgt. Ein Konsens zu Assessmentverfahren für die häusliche Pflege konnte bislang noch nicht hergestellt werden und auch in diesem Zusammenhang müssen die Ergebnisse des Modellversuchs abgewartet werden. Weitere Fragen, die es zu klären gilt, sind die Verortung der Case Manager (Kommune, Kasse, unabhängig), die Frage ihrer Finanzierung und die Frage, in welcher Art und Weise und für welche Problemlagen wie viele Menschen als Case Manager zu qualifizieren sind.

Auf Seiten der Leistungserbringer ist ein Umdenken erforderlich und dieses Projekt hat gezeigt, dass die Bereitschaft dazu vorhanden ist. Ging es in der Vergangenheit vorwiegend darum, den Betroffenen aus einem definierten Katalog an Leistungskomplexen und Einzelverrichtungen ein Angebot zu machen, ist nun ein flexibles Aushandeln gefragt. Hinzu kommt, dass im Rahmen des persönlichen Pflegebudgets nicht nur zugelassene Pflegeeinrichtungen Leistungen erbringen können, sondern die Betroffenen auch entscheiden können, andere Anbieter einzuschalten. Auch hier ist derzeit noch nicht abzuschätzen, wie sich die Situation entwickeln wird. Von Pflegediensten und ihren Verbänden gibt es ein gewisses Unbehagen über die Entwicklung. Problematisch könnte sich gestalten, dass die Pflegedienste klar definierten Regeln unterworfen sind, wie den Bestimmungen zur Qualitätssicherung, der Pflegebuchführungsverordnung u.a., die für andere Anbieter nicht gelten. Es ist nicht unmittelbar einsichtig, warum die derzeit am Markt befindlichen Pflegedienste einen sehr engen Rahmen zur Leistungserbringung verordnet bekommen und gleichzeitig versucht wird, über die Budgets eine Flexibilisierung der Leistungsangebote zu schaffen. Es scheint hier immer noch ein sehr verengtes Verständnis der Möglichkeiten professioneller Pflege zu bestehen und es ist dringend geboten, sich außerhalb sozialrechtlicher Konstrukte wie der "Grundpflege" mit den Realitäten häuslicher Pflegesituationen zu befassen.

Auf Seiten der Pflegedienste ist es ebenso notwendig, bestimmte Realitäten anzuerkennen. Die reflexhafte Kritik an Leistungserbringern, die nicht aus dem Bereich der professionellen Pflege kommen, ist wenig zielführend und negiert, dass die professionelle Pflege in den meisten häuslichen Pflegesituationen in Deutschland tatsächlich keine, bzw. eine nachgeordnete Rolle spielt.

Budgets bieten aber auch die Möglichkeit, die Angebotspalette zu erweitern oder neue Kooperationen einzugehen. Der Verlauf dieses Projektes hat zum einen gezeigt, dass Pflegedienste bereits heute flexible, bedarfsorientierte Leistungen erbringen (Legalisierung der Realität). Die Vorbereitungsphase hat aber auch gezeigt, dass es eines klaren Rahmens für die ambulanten Pflegedienste bedarf, in dem sie agieren können, da ansonsten erhebliche Widerstände zu erwarten sind.

9.5 Weitere Reformimpulse

Die Diskussion um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ist im Wesentlichen geprägt von Überlegungen zu ihrer Finanzierung. Neben diesen bislang ungelösten Fragen einer nachhaltigen Finanzierung stellen sich aber auch Fragen nach der inhaltlichen Ausgestaltung. Für diese Diskussion gibt dieses Projekt einige Anhaltspunkte.

Ein entscheidender Aspekt ist die Möglichkeit zu einer größeren Flexibilität in der Leistungserbringung. Letztendlich bedeutet das eine Entkopplung des konkreten Leistungsgeschehens vom Begriff der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI. Unabhängig davon, ob eine Neudefinition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit in absehbarer Zeit gelingt oder nicht, ist die Definition der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung oder auch anderer Sozialgesetze immer als sozialrechtliches Konstrukt zur Bestimmung einer Leistungsberechtigung anzusehen. Eine Definition der Pflegebedürftigkeit ist somit auch immer ein Steuerungsinstrument. Die im Rahmen der Pflegeversicherung bestehende Deckelung der zur Verfügung stehenden Gelder ist ein weiterer Faktor, durch den ein Ausufern von Leistungsansprüchen wirksam verhindert wird.

Warum aber die Leistungserbringung, die in der Realität anderen als sozialrechtlichen Gesetzmäßigkeiten folgt, künstlich eingeschränkt werden muss, ist letztendlich nicht nachvollziehbar. Warum soll es einer Pflegefachkraft in einem ambulanten Dienst nicht möglich sein, in einer häuslichen Pflegesituation die Leistungen zu erbringen, die sie für richtig hält und die sie mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen vereinbart hat und diese auch bezahlt zu bekommen?

Die Ergebnisse dieses Projektes zeigen sehr deutlich die Vielfältigkeit pflegerischen Handelns. Sie zeigen aber auch, dass es oft sehr basale und alltagsnahe Aspekte sind, die eine häusliche Pflegesituation ausmachen und für ihr Gelingen entscheidend sein können. Was für die zukünftigen Herausforderungen in der ambulanten Pflege notwendig ist, ist ein Refinanzierungsrahmen, der Kreativität und Flexibilität ermöglicht. Darin haben Leistungskomplexe, Stundenvergütungen und Budgets alle einen Platz und es ist wenig hilfreich, ideologisierte Diskussionen über einen Königsweg zu führen, der dann doch wieder nur einen Teil der Realität abbildet.

Literaturverzeichnis

- Aldridge, David (1999). Einzelfallstudien als Forschungsdesign für die Musiktherapie, in: Musiktherapie in der Medizin. Aldridge, David. Bern, Verlag Hans Huber.
- Arntz, Melanie und Spermann, Alexander (2004). Nationale und internationale Konzepte in der Praxis, in: Persönliche Budgets - Aufruch oder Irrweg? Klie, Thomas und Spermann, Alexander. Hannover, Vincentz-Verlag. 1: 16-39.
- Bartholomeyczik, Sabine (2001). "Professionelle Kompetenz in der Pflege Teil I." PFLEGE AKTUELL 55(5): 284-287.
- Bartholomeyczik, Sabine, Hunstein, Dirk, Koch, Veronica und Zegelin, Angelika (2001). Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs. Frankfurt a.M., Mabuse Verlag.
- Bergen, Ann (2000). "A case for case studies: exploring the use of case study design in community nursing research." Journal of Advanced Nursing 31(4): 926-934.
- Beuchel, Bodo (1998). "Auf den Punkt gebracht. Die Kalkulation des individuellen Punktwertes im SGB XI für Pflegedienste." Häusliche Pflege(5): 23-26.
- Blom, Marco und Duijnste, Mia (1996). Handleiding Zorgkompas, Vragen naar de belasting van familieleden van dementerenden. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. Utrecht.
- Bohnsack, Ralph (2002). Gruppendiskussionsverfahren und dokumentarische Methode, in: Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Schaeffer, Doris und Müller-Mundt, Gabriele. Bern, Verlag Hans Huber. 1: 305-325.
- Bowers, Barbara J. (1987). "Intergenerational caregiving: adult caregivers and their aging parents." Advances in Nursing Science 9(2): 20-31.
- Braun, Hans (1995). "Die Pflege hilfsbedürftiger alter Menschen durch den Ehepartner - ein Beitrag zur "Wohlfahrtsproduktion" im Privathaushalt." Medizin, Mensch, Gesellschaft 10(3): 201-207.
- Brown, M.A. und Powell-Cope, G.M. (1991). "AIDS family caregiving: Transitions through uncertainty." Nursing Research 40(6): 338-345.
- 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 selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten, Ergebnisse der Studie MuG III, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2001). Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Bundesministerium für Gesundheit,
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003). Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004). Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin
- Büscher, Andreas und Schnepf, Wilfried (2001). Die politische Umsetzung des Family Health Nurse Konzeptes der WHO, in: Familienbezogene Pflege. Gehring, Michaela, Kean, Susanne, Hackmann, Mathilde und Büscher, Andreas. Bern, Verlag Hans Huber. 1.
- Coffmann, Sherrilyn (1997). "Home-care nurses as strangers in the family." Western Journal of Nursing Research 19(1): 82-96.
- Corbin, Juliet und Strauss, Anselm L. (1990). Making arrangements. The key to homecare, in: The Home Care Experience. Ethnography and Policy. Gubrium, Jaber F. und Sankar, Andrea. Newbury Park, London, Sage Publications: 59-74.
- Dane, Thomas (1998). Betriebswirtschaftliche Fundierung pflegerischen Handelns, in: Neue Steuerungen in Pflege und sozialer Altenarbeit. Regensburg, Transfer Verlag: 83-88.
- Department of Health (2005). Community care statistics 2003-04: Referrals, Assessments and Packages of Care, England - national summary, Department of Health, letzter Zugriff: 11.07.2005,

www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Statistics/StatisticalWorkAreas/StatisticalSocialCare/StatisticalSocialCareArticle

- Deutscher Bundestag, 13. Wahlperiode (1997). Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn
- Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode (2002). Schlussbericht der Enquete- Kommission "Demographischer Wandel- Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik", Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Berlin
- Douma, Eva (1999a). "Das Spiel gewinnen. SGB XI Einzelverhandlung mit den Kostenträgern ambulanter Leistungen (Teil II)." Forum Sozialstation(100): 36-39.
- Douma, Eva (1999b). "Das Spiel gewinnen. SGB XI Einzelverhandlung mit den Kostenträgern ambulanter Leistungen." Forum Sozialstation(99): 20-27.
- Eisen, Roland und Mager, Hans-Christian (1999). Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern. Opladen, Leske+budrich.
- Elsbernd, Astrid und Glane, Ansgar (1996). Ich bin doch nicht aus Holz - Wie Patienten verletzende und schädigende Pflege erleben. Berlin/Wiesbaden, Ullstein Mosby.
- Entzian, Hildegard (1999). Die Pflege alter Menschen und die professionelle Pflege: Pflegewissenschaft und Lebensweltorientierung, in: Die neue Pflege alter Menschen. Klie, Thomas und Schmidt, Roland. Bern, Verlag Hans Huber. 1: 93-120.
- Europäische Union (2001). MITTEILUNG DER KOMMISSION AN DEN RAT, DAS EUROPÄISCHE PARLAMENT, DEN WIRTSCHAFTS- UND SOZIALAUSSCHUSS UND DEN AUSSCHUSS DER REGIONEN, Kommission der Europäischen Union, letzter Zugriff: 11.07.2005, http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/jan/com2001_723_de.pdf
- Europäische Union (2002). Fragebogen zur Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege älterer Menschen, Europäische Union, Ausschuss für Sozialschutz, letzter Zugriff: 11.07.2005, http://europa.eu.int/comm/employment_social/social_protection/docs/questionnaire1_de.pdf
- Europäische Union (2003). Gemeinsamer Bericht der Kommission und des Rates über die Unterstützung nationaler Strategien für die Zukunft der Gesundheitsversorgung und der Altenpflege, Rat der Europäischen Union, letzter Zugriff: 11.07.2005, http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/healthcare/elderly_de.pdf
- Europäische Union (2005). MISSOC - Soziale Sicherheit in den Mitgliedsstaaten der EU, im EWR und in der Schweiz, Europäische Union, Generaldirektion Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit, letzter Zugriff: 11.07.2005, <http://europa.eu.int>
- Evers, Adalbert (1998). Zwischen Versorgung und Aktivierung. Das Pflegegesetz ermöglicht eine neue Kultur der Pflege - seine Umsetzung droht sie zu verbauen., in: Konturen der neuen Pflegelandschaft. Positionen, Widersprüche, Konsequenzen. Schmidt, R. und Thiele, A. Regensburg, Transfer- Verlag: 7-22.
- Ferry, R. und Elias, J. (2001). "Why Caregiver Depression, and Self-Care Abilities should be part of the PPS Case Mix Methodology." Home Healthcare Nurse 19(1): 23-30.
- Flick, Uwe (2002). Qualitative Sozialforschung, Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Frühauf, Theo, Beier, Marianne, Kräling, Klaus, Niehoff, Ulrike und Wagner-Stolp, Wilfried (2000). Persönliches Budget - Empowerment für Betroffene oder Etikettenschwindel zugunsten von Sparmaßnahmen, Fachdienst der Lebenshilfe, letzter Zugriff: 22.10.2003, http://www.lebenshilfe.de/fachfragen/fachd/fd1_00/schwerpb.htm
- Gaertner, Frank L. und Mauer, Manfred (2000). "Die Vergütungsfindung im SGB XI." Pflegen ambulant 11(4): 55-57.
- Giercke, Klaus Ingo (1998). Ökonomisierung der Pflege und ihre Folgen für die Personalbemessung, in: Konturen der neuen Pflegelandschaft. Positionen, Widersprüche, Konsequenzen. Schmidt, R. und Thiele, A. Regensburg, Transfer Verlag: 133-156.

- Glendinning, Caroline, Halliwell, Shirley, Jacobs, Sally, Rummery, Kirstein und Tyrer, Jane (2000). "New kinds of care, new kinds of relationship: how purchasing services affects relationships in giving and receiving personal assistance." *Health and Social Care in the Community* 8(3): 201-211.
- Goldberg, Henry B. und Delargy, Deborah (2000). "Developing a Case-mix Model for PPS." *CARING Magazine* Jan.: 16-19.
- Grimaldi, PL. (2000). "Medicar's new home health prospective payment system explained." *Healthcare Financial Management* 54(11): 46-56.
- Großmann, Ralf und Schäfauer, Gerd- Achim (2000). "Man kann etwas unternehmen". Ermittlung von leistungsgerechten Vergütungen nach Analyse eines ambulanten Pflegedienstes." *Häusliche Pflege*(5): 20-23.
- Gunzelmann, T. (1991). Die Versorgung dementiell erkrankter älterer Menschen durch die Familie - Stand der Forschung und Entwicklung eines psychosozialen Beratungskonzeptes. Dissertation. Erlangen, Nürnberg.
- Hackmann, Mathilde (2001). Zur Geschichte der Gesundheitsförderung in der ambulanten Pflege, in: Familienbezogene Pflege. Gehring, Michaela, Kean, Susanne, Hackmann, Mathilde und Büscher, Andreas. Bern, Verlag Hans Huber. 1: 209 - 219.
- Hart, Elisabeth und Bond, Meg (1995). *Action Research for Health and Social Care. A Guide to Practice*. Buckingham, Philadelphia, Open University Press.
- Hart, Elisabeth und Bond, Meg (1996). "Making sense of action research through the use of a typology." *Journal of Advanced Nursing* 23(1): 152-159.
- Hart, Elisabeth und Bond, Meg (2001). *Aktionsforschung - Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern, Verlag Hans Huber.
- Herd, Jürgen, Rudolph, Britta, Stegmüller, Klaus und Gerlinger, Thomas (2000). Wissenschaftliche Untersuchung der unterschiedlichen Vergütungssystematiken in der ambulanten Pflege, Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft Hessen mbH (FEH), FEH- Report Nr.: 608, Wiesbaden
- Höhmann, Ulrike, Weinrich, Heidi und Gätschenberger, Gudrun (1996). Die Bedeutung des Pflegeplans für die Qualitätssicherung in der Pflege (Forschungsbericht Sozialforschung, 261), BMAS, Bonn
- Holle, Bernhard (2001). Die Auswirkungen eines outcomeorientierten Healthcare Finanzierungssystems auf die häusliche Pflege. Eine Literaturstudie. Institut für Pflegewissenschaft. Witten, Private Universität Witten/ Herdecke.
- Hölscher, Petra, Wacker, Elisabeth und Wansing, Gudrun (2004). Maß nehmen und Maß halten - in einer Gesellschaft für alle (II), in: *Persönliche Budgets - Aufbruch oder Irrweg?* Klie, Thomas und Spermann, Alexander. Hannover, Verlag Hans Huber. 1: 144-164.
- Hoogwerf, L.J.R. (2002). *Innovation and change in a rehabilitation unit for the elderly through Action Research*. GENT, Wetenschappelijke uitgeverij Academia Press.
- Jansen, Birgit (1997). Lebensweltorientierung und Häuslichkeit, in: *Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur*. Regensburg, Transfer Verlag: 77-96.
- Jansen, Birgit (1998). Lebensweltorientierung und ambulante Pflege aus sozialgerontologischer Perspektive, in: *Neue Steuerungen in Pflege und sozialer Altenarbeit*. Regensburg, Transfer Verlag: 99-114.
- Kettler, Gisela und Berger, Silke (1996). "Erst rechnen, dann pflegen. Vergütungssystem in Nordrhein-Westfalen." *Forum Sozialstation*(80): 20-23.
- Klie, Thomas (2001). *Pflegeversicherung*. Hannover, Vincentz Verlag.
- Klie, Thomas und Spermann, Alexander (2001). "Attraktiver als Pflegegeld." *Forum Sozialstation August*(111): 12-15.
- Kommission "Soziale Sicherheit" (2003). Bericht der Kommission "Soziale Sicherheit" zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, Berlin
- Lange, Simone (2000). "Das entscheidende Modul fehlt. Eine Untersuchung in Stuttgart bestätigt: Spezielle Angebote zur ambulanten Betreuung Demenzkranker scheitern am starren Modulsystem des SGB XI." *Pflegen ambulant* 11(5): 20-24.

- Lindgren, Carolyn L. (1993). "The caregiver career." *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship* 25(3): 214-219.
- Loos, Peter und Schäffer, Burkhard (2001). *Das Gruppendiskussionsverfahren. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendung*. Opladen, Leske & Budrich.
- Mager, Hans-Christian (1999a). Pflegebedürftigkeit im Alter: Dimensionen und Determinanten, in: *Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern*. Eisen, Roland und Mager, Hans-Christian. Opladen, Leske & Budrich. 1: 29-77.
- Mager, Hans-Christian (1999b). Synopse alternativer Pflegesicherungssysteme, in: *Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern*. Eisen, Roland und Mager, Hans-Christian. Opladen, Leske & Budrich. 1: 133-169.
- Mayring, Philipp (1996). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. Weinheim, Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Meyer, Jörg Alexander (1996). *Der Weg zur Pflegeversicherung: Positionen - Akteure - Politikprozesse*. Frankfurt, Mabuse Verlag.
- Meyer, Jörg Alexander (1997). "Probleme der Pflegeleistungsbemessung in der ambulanten Pflege. Alternativen zum Leistungskomplexsystem." *Pflege und Gesellschaft* 2(2): 13-18.
- Michalke, Cornelia (1998). "Perspektiven der Verankerung eines reformulierten Pflegebegriffs im Sozialversicherungssystem." *Pflege und Gesellschaft* 3(2): 15-23.
- 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*, Ministerium für Arbeit und Soziales Baden Württemberg, letzter Zugriff: 08.07.2005, <http://www.sozialministerium-bw.de/sixcms/media/php/1442/Sachstandsbericht.356964.pdf>
- Moers, Martin (1997). "Ambulante Pflege in Deutschland - auf dem Weg zur Gemeinwesenorientierung?" *Pflege* 10: 102-112.
- Moers, Martin (1998). "Die Entwicklung professioneller Pflegepraxis als Aufgabe der Pflegewissenschaft." *Pflege und Gesellschaft* 3(4): 1-5.
- Nolan, Mike, Davies, S und Grant, G (2001). *Working with older people and their families - Key issues in policy and practice*. Buckingham, Philadelphia, Open University Press.
- Paquet, R. (1999). "Risikozuweisung und Risikoverlagerung im Bereich der Pflegeversicherung." *Sozialer Fortschritt*(1-2): 33-38.
- Radebold, H., Ed. (1995). *Die Bedeutung der Beziehung in der ambulanten Betreuung alter Menschen. "Neue Wege in der Betreuung älterer und behinderter Menschen"*. Bonn, empirica Selbstverlag.
- Sauer, Regina (2005). *Die in der Literatur beschriebenen Auswirkungen des "Prospective Payment System for Home Health Care" in den USA*. Institut für Pflegewissenschaft. Witten, Universität Witten/ Herdecke.
- Schaeffer, Doris (2002). *Ambulante Schwerkrankenpflege: Entwicklungen und Herausforderungen in Deutschland*, in: *Ambulant vor Stationär*. Schaeffer, Doris und Ewers, Michael. Bern, Verlag Hans Huber. 1: 17-44.
- Schaeffer, Doris und Ewers, Michael (2001). "Ambulantisierung - Konsequenzen für die Pflege." *Gesundheit und Gesellschaft - Wissenschaft* 1(1): 13-20.
- Schaeffer, Doris und Ewers, Michael (2002). *Alltägliche Herausforderungen bei der häuslichen Pflege Schwerkranker*, in: *Ambulant vor Stationär*. Schaeffer, Doris und Ewers, Michael. Bern, Verlag Hans Huber. 1: 179-198.
- Schmidt, Roland (1997). *Die Modernisierung der Pflege: Der Umgang mit Selektivität und normativer Vagheit*, in: *Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur*. Braun, Ute und Schmidt, R. Regensburg, Transfer Verlag: 23-52.
- Schröck, Ruth (1995). *Ein neues Nachdenken über die Pflege*, in: *Pflegemanagement im Wandel: Perspektiven und Kontroversen*. Borsi, Gabriele M und Schröck, Ruth. Berlin, Springer Verlag: 1-15.
- Sießegger, T. (1999). "Am Ende muss die Summe stimmen." *Pflegen Ambulant* 10(4): 24-28.

- Sießegger, Thomas (1997). "Wieviel Zeit ist möglich? Vergütungsorientierte Einsatzplanung in ambulanten Diensten." *Häusliche Pflege*(9): 29-33.
- Skuban, R. (2004). *Pflegesicherung in Europa. Sozialpolitik im Binnenmarkt*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Steiner-Hummel, Irene und Zellhuber, B (1991). *Beratungsstelle für pflegende Angehörige und Gerontopsychiatrie in der Stadt Augsburg - Gesamtbericht des dreijährigen Modellprojekts "Leben und Pflegen"*, Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln
- Steppe, Hilde (1996). *Krankenpflege ab 1933*, in: *Krankenpflege im Nationalsozialismus*. Steppe, Hilde. Frankfurt, Mabuse-Verlag. 8: 61-85.
- Stratmeyer, Peter (2005). "Gegenseitig inspirieren - Systembedingungen pflegerischen Handelns in der ambulanten Pflege." *Nightingale*(1): 22-32.
- Tews, B. (1996). "Leistungskomplexe und Vergütung." *Häusliche Pflege*(4): 256-257.
- Tews, Bernd (1997). "An der Praxis vorbei! Pflegekassen legen neue Bundesempfehlung zu den Leistungskomplexen und deren Vergütung nach dem SGB XI vor." *Häusliche Pflege* 6(2): 20-22.
- Titchen, Angie und Binnie, Allison (1994). "Action Research: a strategy for theory generation and testing." *International Journal of Nursing Studies* 31(1): 1-12.
- Verband der Angestelltenkrankenkassen und Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (2005). *Wesentliche Positionen der Ersatzkassen zur Reform und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*, Verband der Angestelltenkrankenkassen, Arbeiter-Ersatzkassen-Verband,, letzter Zugriff: 21.07.2005, http://www.vdak-aev.de/pe/positionspapier_langfassung_20050707.pdf
- Verband der Angestelltenkrankenkassen, (VdAK) (2002). *Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen für ein System zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Pflege nach SGB XI*, letzter Zugriff: 26.08.2002, http://www.vdak.de/pflege/beratungskonzept_teil%201ac.pdf
- Vitt, Gabi (1999). "Auswirkungen der Konkurrenz in der ambulanten Pflege." *Pflege Aktuell*(3): 136-139.
- Waterman, H, Webb, C und Williams, A (1995). "Parallels and contradictions in the theory and practice of action research and nursing." *Journal of Advanced Nursing* 22(4): 779-784.
- Weidner, Frank (1995). *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung - Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege*. Frankfurt, Mabuse Verlag.
- Westecker, Mathias (1999). *Die Selbstbestimmung finanzieren* (erschieden in: *impulse* Nr.12, 1999), letzter Zugriff: 26.07.2002, <http://www.bidok.ac.at/texte/imp12-99-finanzieren.html>
- WHO (2000). *Die Familiengesundheitsschwester - Kontext, Rahmenkonzept und Curriculum*, WHO, letzter Zugriff: 11.07.2005, http://www.familiengesundheitspflege.de/download/WHO_Curriculum_deutsch.pdf
- Widmer, Thomas (2000). *Qualität der Evaluation - Wenn Wissenschaft zur praktischen Kunst wird*, in: *Evaluationsforschung - Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder*. Stockmann, Reinhard. Opladen, Leske + Budrich. 1: 77-102.
- Wiese, Ursula Eva (2004). *Pflegeversicherung und Pflegepraxis*. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft.
- Winters, Stephan (1999). *Pflegesicherung in den Niederlanden*, in: *Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern*. Eisen, R. und Mager, Hans-Christian. Opladen, Leske & Budrich.
- Yin, Robert K (1994). *Case study research. Design and methods*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Zeman, Peter (1996). *Häusliche Pflegearrangements. Zum Aushandlungsgeschehen zwischen lebensweltlichen und professionellen Helfersystemen*, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
- Zeman, Peter (1997). *Häusliche Pflegearrangements. Interaktionsprobleme und Kooperationsperspektiven von lebensweltlichen und professionellen Hilfesystemen.*, in: *Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur*. Regensburg, Transfer Verlag: 97-112.

Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.	am angegebenen Ort
Abs.	Absatz
AEV	Arbeiter Ersatzkassen Verband
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AVK	Arterielle Verschlusskrankheit
BAT	Bundesangestellten Tarifvertrag
BEK	Barmer Ersatzkasse
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
CA	Carcinom
CHF	schweizerische Franken
COPD	chronisch obstruktive Lungenwegserkrankung
CSSSR	Councils for Social Services Responsibilities (Großbritannien)
CVI	Chronisch venöse Insuffizienz
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DOH	Department of Health (Großbritannien)
DRG	Diagnosis Related Groups
ebd.	ebenda
ELG	Ergänzungsleistungssystem (Schweiz)
GBP	Britisches Pfund (Großbritannien)
HPPPS	Home Health Prospective Payment System
IVG	Invalidenversicherungsgesetz (Schweiz)
KVG	Krankenversicherungsgesetz (Schweiz)
LK	Leistungskomplex
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MS	Multiple Sklerose
OASIS	Outcome and Assessment Information Set
OP	Operation
PA	Personal Assistants
Pat.	Patient/in
PB	Pflegebedürftige/r
PGB	Persoonsgebonden Budget (Niederlande)
RGU	Referat für Gesundheit und Umwelt (München)
SGB V	Sozialgesetzbuch V (Krankenversicherungsgesetz)
SGB IX	Sozialgesetzbuch IX (Gesetz zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)
SGB XI	Sozialgesetzbuch XI (Pflegeversicherungsgesetz)
SGB XII	Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfegesetz)
TN	Teilnehmer/innen
UVG	Unfallversicherungsgesetz (Schweiz)
VdAK	Verband der Angestellten Krankenkassen
WG	Wohngemeinschaft
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Anhang

Zeitschiene

November 2001	Erstkontakt Institut für Pflegewissenschaft UWH und Referat Gesundheit und Umwelt (RGU) der Landeshauptstadt (LH) München
April 2002	Finanzierungszusage durch die Software AG Stiftung, Darmstadt
Juli 2002	Bildung des Wittener Forschungsteams durch Einstellung von Frau Boes (50%) und Herrn Holle (25%) als wissenschaftliche Mitarbeiter sowie Herrn Budroni als studentische Hilfskraft, Grundlagenarbeit für das Projekt
Oktober 2002	Gespräch UWH und Referat Gesundheit und Umwelt der Stadt München über Möglichkeiten der Durchführung des Projekts in München.
November/Dezember 2002	Entwicklung des Forschungsdesigns, Auswahl des Dokumentationssystems
Januar 2003	21.01. Stadtratsantrag SPD, StR P. Rupp 27.01. Informationsgespräch mit AOK, VdAK, BKK, S-R (Altenhilfe u. Sozialamt), UWH, RGU in München; geplante Einsetzung eines Projektbeirats
Februar 2003	03.02. Schreiben an AOK, VdAK, BKK wegen Prüfung SGB V/XI 25.02. Informationsgespräch mit ambulanten Pflegediensten im KMN 25.02. Gespräch AOK München, vereinbart wird vorerst Trennung von SGB V und XI, Prüfung durch AOK Landesverband Antrag an die Ethik-Kommission des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke
März 2003	10.03. Gespräch VdAK, BKK - Prüfung SGB V/XI durch Landesverbände 19.03. Gespräch mit Sozialreferat
April 2003	Artikel in Forum Sozialstation
Mai 2003	07.05. Gespräch AOK, vereinbart wird Teilnahme der AOK am Projekt
Juni 2003	03.06. Gespräch ambulante Pflegedienste im KMN 24.06. Beschluss der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen in Bayern zur Teilnahme an dem Projekt
Juli 2003	02.07. Gespräch mit der Hauptverwalt. BEK zum Modellprogramm §8 Abs. SGB XI 03.07. Vorstellung des Projektes im AK Versorgungskette der LH München 18.07. Vorstellung des Projekts beim AOK-Bundesverband in Bonn 22. und 29.07. interne Klausurtagung des Wittener Forschungsteams Ethisches Clearing durch die Ethik-Kommission des Instituts für Pflegewissenschaft
August 2003	06.08. kurzfristig einberufenes Gespräch bei der AOK über den konkreten Projektablauf, hierbei erstmals Erwähnung eines bestehenden Versorgungsvertrages in Bayern, der eine Stundenvergütung von 27,66 Euro bei Härtefällen in der Pflegestufe III ermöglicht. Anschließend Gespräch mit Sozialreferat und Amt für Soziale Sicherung über

	<p>Verfahrensweisen bei BSHG-Empfängern. 07.08. Einladung zur Schulung an potentiell teilnehmende Pflegedienste</p>
September 2003	<p>18.09. Vortrag zum Projekt beim Caritas Fachforum Sozialstation in Frankfurt/Main 22.09. Besuch eines interessierten Pflegedienstes in München, Gespräch mit Pflegekassen über die Verträge 23./24.09. Zweitägige Schulung der teilnehmenden Pflegedienste im Krankenhaus München Neuperlach, Diskussion des Vertragsentwurfs der Pflegekassen und Vorschläge zur Veränderung des bestehenden Vertrages (höherer Stundensatz wird von Kassenseite abgelehnt, ‚Erweiterte Kernleistungen‘ werden als Form der Leistungserbringung in die Anlage 1 des Vertrages aufgenommen.) 25./26.09. Besuch weiterer interessierter Pflegedienste Artikel in Krankenhaus-Management Aktuell</p>
Oktober 2003	<p>Drei Pflegedienste ziehen ihre Teilnahme zurück 27.10. Besuch eines weiteren Pflegedienstes 28.10. Klärung von Verfahrensfragen bei der Stabsstellenkonferenz im KMN 29.10. Gespräch zwischen Projektleitung, Pflegekassen und MDK zu Fragen der Qualitätssicherung</p>
November 2003	<p>Absage eines weiteren Pflegedienstes Überlegungen zur Gewinnung weiterer Pflegedienste</p>
Dezember 2003	<p>15.12. Planungsabsprachen in München 16.12. Planung zur Gewinnung von Projektteilnehmern nach Entlassung aus dem KH</p>
Januar 2004	<p>22.01. Bekanntgabe des Beschlusses des Gesundheits- und Krankenhausausschusses der Landeshauptstadt München 26.01. Entscheidung über Ausdehnung des Projekts auf Gesamtregion Stadt München und Strategien zur Gewinnung von Pflegediensten 27.01. Informationsgespräch mit interessiertem Pflegedienst, Projektabsprachen mit Pflegedienst Gespräch beim BRK-Landesverband zu Möglichkeiten der Teilnahme des Roten Kreuzes an dem Projekt (Landesverband hat Interesse, Kreisverband München lehnt aus innerverbandlichen Gründen die Teilnahme an dem Projekt ab) 28.01. Gespräch mit Pflegedienst, der seine Teilnahme abgesagt hat über die Gründe</p>
Februar 2004	<p>Wechsel im Wittener Projektteam, Einstellung Hr. Budroni als wissenschaftlicher Mitarbeiter für Frau Boes (Mutterschutz) und Frau Hartenstein als studentische Hilfskraft 17.02. weiteres Gespräch mit Pflegedienst, der seine Teilnahme abgesagt hat über die Gründe 18.02. Schulungsveranstaltung in teilnehmendem Pflegedienst 19.02. Informationsgespräch mit interessiertem Pflegedienst (sagt im März ab)</p>
März 2004	<p>29.03. Schulungsveranstaltung in teilnehmendem Pflegedienst 30.03. 1. Projektbeiratssitzung 30.03. Informationsgespräche mit zwei interessierten Pflegediensten</p>
April 2004	<p>Zusage des dritten teilnehmenden Pflegedienstes</p>

	28.04. Informationsgespräch für interessierten Pflegedienst 29.04. Schulungsveranstaltung in teilnehmendem Pflegedienst
Mai 2004	13.05. Vortrag bei der Konferenz der Pflegesatzreferenten des Deutschen Caritasverbandes in Münster Aufnahme der ersten beiden Pflegesituationen in das Projekt 25.05. Gesprächstermin mit Dachverband zur weiteren Aufnahme von Pflegediensten Begrenzung der BSHG-Leistungen auf die Sozialregionen 14, 15, 16 in München durch das Amt für Soziale Sicherung
Juni 2004	28.-30.06. Informationsgespräche mit drei weiteren Pflegediensten in München, von denen einer seine Teilnahme zusagt Interviews in häuslichen Pflegesituationen
Juli 2004	20.07. Gespräch mit BEK in Wuppertal und Entscheidung zur Aufnahme von Pflegediensten in NRW 26.07. 2. Projektbeiratssitzung Artikel in Häusliche Pflege
August 2004	Kontaktaufnahme zu 6 Pflegediensten in NRW, von denen drei ihre Teilnahme zusagen
Oktober 2004	12. und 19.10. Schulungsveranstaltungen in teilnehmendem Pflegedienst 14.10. Präsentation zum Projekt beim Münchner Pflegekongress Interviews mit Projektteilnehmern
November 2004	Interviews mit Pflegebedürftigen und Pflegediensten 22.11. 3. Projektbeiratssitzung (Ausweitung des Projektzeitraums bis 30.06.05) 26.11. Schulungsveranstaltung in teilnehmendem Pflegedienst zur Dokumentation
Dezember 2004	Interviews mit Pflegebedürftigen und Pflegediensten Buchbeitrag in ‚Persönliche Budgets – Aufbruch oder Irrweg‘
Januar 2005	Interviews mit Pflegebedürftigen und Pflegediensten 28.01. Präsentation beim Symposium Pflegebudget in München
Februar 2005	Interviews mit Pflegebedürftigen und Pflegediensten Artikel in bpa-Magazin
März 2005	Interviews mit Pflegebedürftigen und Pflegediensten
April 2005	Interviews mit Pflegebedürftigen und Pflegediensten und Pflegedienstleitungen 19.04. Podiumsdiskussion der ASG zum Thema Pflegebudgets
Mai 2005	Interviews mit Pflegebedürftigen und Pflegediensten und Pflegedienstleitungen
Juni 2005	06.06., vierte und letzte Projektbeiratssitzung (Diskussion des ersten Entwurfs der Ergebnisse) 15.06. Präsentation des Projekts beim Hauptstadtkongress in Berlin
Juli 2005	Abschluss und Erstellung Endbericht

Veröffentlichungen und Vorträge (Stand: Juli 2005)

Artikel:

- Boes, Charlotte; Budroni, Helmut; Büscher, Andreas; Holle, Bernhard (2003): Mehr als ein Katalog einzelner Verrichtungen, in: Forum Sozialstation, 27. Jahrgang, Nr. 121/April 2003, S. 42-44
- Thomas, Birgit; Büscher, Andreas; Rupp, Klaus-Peter (2003): Projekt zur alternativen Finanzierung – Personenbezogene Pflegebudgets, in: Klinik Management Aktuell Nr. 87, 09/2003, S. 72-74
- Thomas, Birgit; Büscher, Andreas (2004): Mehr Wahlfreiheit schaffen – Ein Projekt in München erprobt personenbezogene Pflegebudgets, in: Häusliche Pflege, Juli 2004, S. 14-19
- Büscher, Andreas; Budroni, Helmut; Hartenstein, Almut; Holle, Bernhard (2005): Probleme bei der Umsetzung von Innovationen im Pflegemarkt – sichtbar am Beispiel personenbezogener Budgets, in: bpa magazin, Ausgabe 01/2005

Buchbeiträge

- Thomas, Birgit; Büscher, Andreas: Pflegebudgets in München. Wahlfreiheit für die Patienten, in: Klie, Thomas; Spermann, Alexander (Hrsg.): Persönliche Budgets – Aufbruch oder Irrweg?, Vincentz Network, Hannover, p. 288-301

Präsentationen:

- 27.06.2003 Büscher, Andreas; Thomas, Birgit: **Einführung personenbezogener Budgets in der Stadt München – Vorstellung eines Modellprojekts**, Präsentation beim 3. Freiburger Pflegesymposium
- 18.09.2003 Büscher, Andreas: **Personenbezogene Pflegebudgets – ein Projekt in der Stadt München**, Präsentation beim 2. Fachforum Sozialstation des Deutschen Caritasverbandes, Frankfurt
- 13.05.2004 Büscher, Andreas: **Personenbezogene Pflegebudgets**, Präsentation bei der Konferenz der Pflegesatzreferenten des Deutschen Caritasverbandes, Münster
- 14.10.2004 Büscher, Andreas; Thomas, Birgit: **Personenbezogene Pflegebudgets – Innovative Finanzierung als Antwort auf gesetzliche Lücken in der häuslichen Versorgung**, Präsentation auf dem Münchener Pflegekongress
- 28.01.2005 Büscher, Andreas; Thomas, Birgit: **München: Erfahrungen mit einem sachleistungsorientierten Budget**, Präsentation beim 1. Symposium zum Modellprojekt: Pflegebudget, München
- 15.06.2005 Büscher, Andreas: **Erfahrungen mit dem Projekt zur Erprobung personenbezogener Budgets in der ambulanten Pflege in München**, Präsentation auf dem Deutschen Pflegekongress 2005, Berlin

Schulungsprogramm

Zielsetzungen

Die Teilnehmer

- erhalten fachlichen Input in Form von Familienorientierter Pflege etc. um umfassender Denken und Handeln zu können und dies auch beschreiben können
- sind mit der Studie und den sich im Forschungsprozess ergebenden Rollen (was kommt auf die Pflegekräfte zu; welche Aufgaben haben sie und welche wir) vertraut

1. TAG

Vorstellungsrunde:

Teilnehmer und Referenten machen sich miteinander bekannt und legen ihre Funktionen im Projekt / in der Praxis dar

Vorstellung des Forschungsprojektes

Die Teilnehmer erhalten Informationen über das Forschungsprojekt, die Fragestellungen und Zielsetzungen, über den Projektumfang und die Dauer, über theoretische und methodische Grundlagen des Forschungsansatzes.

Pflegeverständnis

Die Teilnehmer erhalten /erarbeiten grundlegende Informationen zu einem Pflegeverständnis, dass die Familie, resp. das soziale Umfeld in pflegerische Planungs- und Handlungsprozesse mit einbezieht. Insbesondere im Planungsprozess liegt der Schwerpunkt auf der Aushandlung von Handlungsstrategien unter allen beteiligten Akteuren. Dies setzt kommunikative Kompetenzen ebenso wie fachliche Expertise voraus.

Reflexion der tatsächlichen Pflegepraxis

Die Teilnehmer reflektieren die Pflegepraxis und können anhand von Fallbeispielen darlegen, inwieweit die tatsächliche Pflegepraxis von einem solchen Pflegeverständnis abweicht, bzw. inwieweit das derzeitige Vergütungssystem eine auf ein solches Pflegeverständnis durch die 'Fragmentierung' der Patientenbedürfnisse/-bedarfe einschränkend wirkt.

Ziel dieser Reflexion ist aber auch, herauszufinden wo Pflegeleistungen erbracht werden, die nicht vertraglich vereinbart sind, weil sie im Leistungskatalog nicht vorgesehene und damit auch keine abzurechnende Leistung nach den gesetzlichen Grundlagen sind. Die TN sollen dabei für die vielfach erbrachten, aber häufig nicht dokumentierten Leistungen sensibilisiert werden. Hier zeigt sich, dass die Abrechenbarkeit von Pflegeleistungen und ihre Definition als Leistungskomplex die Bedeutung von Pflegeleistungen determiniert. Dies zu Erkennen, wird als wesentliche Voraussetzung gesehen, für eine

an dem Patienten und sein Umfeld orientierte, in einem gemeinsamen Prozess geplante Pflege und deren Dokumentation.

2. TAG

Reflexion des ersten Tages

Die Teilnehmer können Fragen stellen, um das bisher vermittelte Wissen zu vertiefen bzw. Unklarheiten zu beseitigen

Reflexion der tatsächlichen Praxis

Die Teilnehmer erhalten die Möglichkeit noch weiter an ihren Fallbeispielen zu arbeiten, um das Wissen weiter zu vertiefen und mögliche Problematiken zu diskutieren

Dokumentation von Pflege

Am Beispiel der Studie "Die Bedeutung der Pflegeplanung für die Qualitätssicherung in der Pflege" (Höhmann et al. 1996) sollen den TN einige formale Grundregeln zur Pflegedokumentation dargelegt werden. Auch sollen die TN dafür sensibilisiert werden, die Dokumentation unter den Kriterien

- Vollständigkeit/Prozesshaftigkeit
- Verständlichkeit / Sprachlicher Ausdruck
- Zeitökonomie
- juristische Anforderungen

zu betrachten.

Die ausführliche und situationsgemäße Dokumentation von Pflegebedarf, Pflegeleistungen und deren Wirkung wird als Grundlage zur Beschreibung pflegerischer Intervention betrachtet und mithin als Grundlage für ein (modifiziertes) Abrechnungssystem für Leistungen nach dem SGB XI.

Vertieftes Vorstellen der Studie

Die Teilnehmer erhalten grundlegende Informationen zur angedachten Studie wie dem Forschungsprozess, speziell zu den Grundlagen der Aktions- und der Evaluationsforschung. Bei der Aktionsforschung werden Bewusstwerdungsprozesse initiiert um in der Zusammenarbeit zwischen Forschern und praktisch tätigen Pflegekräften gegenwärtige Situationen zu beschreiben und zu verändern.

Mitwirkung an der Studie

Die Teilnehmer erhalten Informationen über den Ablauf der Studie sowie ihre Stellung im Prozessverlauf wie auch die der Forscher. Die Teilnehmer erhalten Informationen über die Art der Auswahl der Probanden, der Datenerhebung wie auch den zu erwartenden Zeitaufwand für sie.

