



Projektleiter Thomas Klie:
Pflegebudget ist viel
versprechend gestartet.

Beachtliches Interesse

Knapp 90 Anträge auf Gewährung des Pflegebudgets wurden inzwischen gestellt, 400 Interessierte haben sich in den ersten Wochen gemeldet. Ein durchaus viel versprechender Start, wenn auch wegen der vielen Vorarbeiten später als vorgesehen. Erste interessante Hilfepläne konnten entwickelt werden, die anschaulich machen, wie fördernd das Pflegebudget etwa für Menschen mit Demenz sein kann. Pflegearrangements werden überdacht. Die Pflegedienste sind gefordert, neue Leistungen anzubieten und sie zu kalkulieren. Die Pflegekassen haben in den Case Managern neue Partner. Das Projekt Pflegebudget lädt ein, häusliche Pflege neu zu denken. Das ist für die Sicherung der Pflege in der Zukunft notwendig.

Thomas Klie

► **Doch nicht nur das Interesse, auch die Erwartungen sind hoch:** „Dieses Projekt könnte ein wichtiger Baustein zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege werden“, erklärte die bayerische Sozialministerin Christa Stewens (CSU) in ihrer Begrüßungsrede. Die Ministerin betonte zugleich, dass mehr Autonomie der Pflegebedürftigen und flexiblere Leistungsangebote nicht zu Lasten der Versorgungsqualität gehen dürften: „Das erreichte Niveau bei der Qualitätssicherung darf nicht ausgehebelt werden. Pflegebedürftige können oft nicht ausreichend beurteilen, ob die Versorgung wirklich angemessen ist“, so Stewens in München.

1. Symposium in München

Pflege neu denken



Foto: Christian Koch

Das Interesse der Fachwelt an dem Modellprojekt Persönliches Pflegebudget ist groß: Mehr als 150 Experten aus Wissenschaft, Kommunen, Kranken- und Pflegekassen und der Pflegepraxis waren Ende Januar nach München gereist, um sich auf dem ersten Symposium über den aktuellen Stand zu informieren. Auf dem Programm standen Aufgaben des Case Managements, Erwartungen an das Assessment, Details der Forschungsmethodik, Rechtsfragen sowie Erfahrungen aus dem In- und Ausland zu Persönlichen Budgets.

Die Kommunen erhoffen sich, „mit dem Pflegebudget eine menschliche, qualitativ hochwertige, aber auch wirtschaftliche Pflege sichern zu können“, formulierte Joachim Lorenz, Referent für Gesundheit und Umwelt bei der Stadt München. Für die Kassen, so erläuterte Paul-Jürgen Schiffer, Abteilungsleiter Pflege beim Ersatzkassenverband VdAK, ist vor allem interessant, wie mit Hilfe des Persönlichen Pflegebudgets Kosteneffizienz und ein besseres Versorgungsniveau erreicht werden kann. Dass sich die persönliche Situation der Pflegebedürftigen durch das Pflegebudget verbessert, zeigen bereits erste Erfahrungen aus den Modellregionen: Einer im Heim lebenden Frau wurde durch das Pflegebudget wieder

ein Leben in den eigenen vier Wänden ermöglicht. Einer pflegenden Angehörigen gelang es mit dem Pflegebudget, die schwierige nächtliche Versorgung ihrer demenzkranken

Infokasten

Downloads

Referate, Statements, Folien, Fotos und andere Informationen zum Modellprojekt Pflegebudget, die die Diskussion anlässlich des Symposiums in München dokumentieren, gibt es auf der Homepage des Modellprojekts – das meiste zum Herunterladen.
<http://www.pflegebudget.de>



Christa Stewens
(CSU)



Johan Knollema



Prof. Dr.
Thomas Klie

Mutter besser zu organisieren. Für Menschen mit Behinderung eröffnet sich die Möglichkeit, ihre Assistenzkräfte zu finanzieren. Das Budgetmodell werde aber nur angenommen, wenn sich der organisatorische und bürokratische Aufwand für die Budgetnehmer in Grenzen hielte, machte Projektleiter Professor Dr. Thomas Klie deutlich. Beispiel Annaberg: Die dortigen Case ManagerInnen verzeichneten zwar großes Interesse an der neuen Versorgungsform – mit der neuen „Aushandlungsfreiheit“ müssten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen aber erst einmal zurechtkommen. „Wir brauchen daher einfache Verträge und regionale Servicestrukturen, die die Pflegebedürftigen und ihre Haushalte unterstützen“, regte Klie an. Dabei seien die Erkenntnisse aus den Niederlanden sehr hilfreich.

Über die Erfahrungen mit Pflegebudgets in dem Nachbarland informierte Koordinator Johan Knollema. In den Niederlanden gibt es die Pflegebudgets bereits seit mehr als zehn Jahren, 2003 wurde ein neues Vergabe-System eingeführt. Derzeit erhalten rund 70.000 Menschen ein Persönliches Pflegebudget, darunter nicht nur Pflegebedürftige, sondern auch Menschen mit Behinderungen und Eltern geistig behinderter Kinder. Die Ausgaben belaufen sich auf knapp eine Milliarde Euro jährlich. Das Pflegebudget wird in den Niederlanden nach einem Tarifsysteem ausgezahlt, das sich an Dauer und Art der Unterstützung orientiert, zum Beispiel Haushaltshilfe, Pflege oder unterstützende Begleitung. Die Tarife liegen um rund 25 Prozent niedriger als die entsprechenden Sachleistungsbeträge. Neben der Kostenersparnis gebe es eine Reihe weiterer Vorteile, so Knollema: „Das Pflegebudget hat dafür gesorgt, dass neue Arbeitsmärkte erschlossen werden, außerdem fördert es die Entstehung neuer Leistungsangebote wie beispielsweise landwirtschaftliche Behindertenwerkstätten.“ Traditionelle Leistungserbringer wie Pflegedienste stellten sich zunehmend auf die Bedürfnisse der Budgetnehmer ein und würden deutlich flexibler.

erweitern, sei sehr hoch. Die Case ManagerInnen beraten und erstellen gemeinsam mit

Dies bestätigen auch erste Erkenntnisse der Case-Manager aus dem Modellprojekt, zum Beispiel Erfurt, Marburg-Biedenkopf und Kassel. Die Bereitschaft ambulanter Pflegedienste, ihr Leistungsspektrum zu

dem Pflegebedürftigen und dessen Angehörigen einen Hilfeplan. Darüber hinaus informieren sie interessierte Akteure über das neue Leistungsmodell der Pflegeversicherung und treiben den Ausbau von Netzwerken voran. Für Aurelia Römer-Kirchner, eine der derzeit 16 Case ManagerInnen, ist die Vernetzung ein wesentlicher Punkt: „Wenn es gelingen soll, neue Versorgungspfade anzulegen, ist eine sensible Einbindung aller Akteure unumgänglich.“ (er/ug) ◀

Erfahrungen aus dem Ausland nutzen

Das Pflegebudget-Projekt steht und fällt mit dem Case Management



Foto: PB

Paul-Jürgen Schiffer

► **Es ist angesichts der demografischen Entwicklung unbestreitbar**, dass dringend neue Strukturen in Altenhilfe und Pflege benötigt werden. Das ambulante Versorgungsangebot muss flexibler und kundenorientierter werden, um die stationäre Versorgung pflegebedürftiger Menschen so lange wie möglich hinauszuzögern oder – am besten – ganz zu vermeiden. Das Persönliche Pflegebudget ist dafür ein Instrument, da es den Pflegebedürftigen ein selbstbestimmteres Handeln ermöglicht. Das wissen wir aus anderen europäischen Ländern wie den Niederlanden, Großbritannien und Schweden, die positive Erfahrungen mit dem Pflegebudget gemacht haben. Auch in einigen Modellregionen in Deutschland wurden personengebundene Budgets bereits erprobt. Es ist aber noch nicht untersucht worden, unter welchen Bedingungen ein Persönliches Pflegebudget eine Kosteneffizienz bewirkt und das Versorgungsniveau der Pflegebe-

dürftigen entscheidend verbessert. Diese Fragen wollen wir in unserem vierjährigen Modellprojekt beantworten. Dabei wollen wir die Erfahrungen aus anderen Ländern für bestimmte Fragestellungen durchaus nutzen: Wer soll Zugang zum Budget erhalten? Wie muss das Case Management beschaffen sein?

Die Kassen erhoffen sich von dem Persönlichen Pflegebudget eine effektivere Nutzung der Leistungen der Pflegeversiche-

Infokasten

Termin vormerken

2. Pflegebudget-Symposium:
8. und 9. Dezember 2005 in Erfurt

rung. Durch die Einführung des Case Managements wollen wir herausfinden, ob Assessment-Verfahren zur Feststellung des Bedarfs der Pflegebedürftigen und die Steuerung des Hilfeprozesses durch die Case Manager gelingen können. Denn eines ist klar: Wir müssen sicherstellen, dass die Dienstleistungen auf eine vertragsgetreue, arbeits- und sozialversicherungsrechtlich korrekte Weise umgesetzt werden. Eine zentrale Steuerungsfunktion haben hier die Case Manager – mit ihrer Qualifikation steht und fällt das Pflegebudget. ◀

Paul-Jürgen Schiffer, Abteilungsleiter Pflege beim Verband der Angestellten Krankenkassen (VdAK) und Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (AEV)

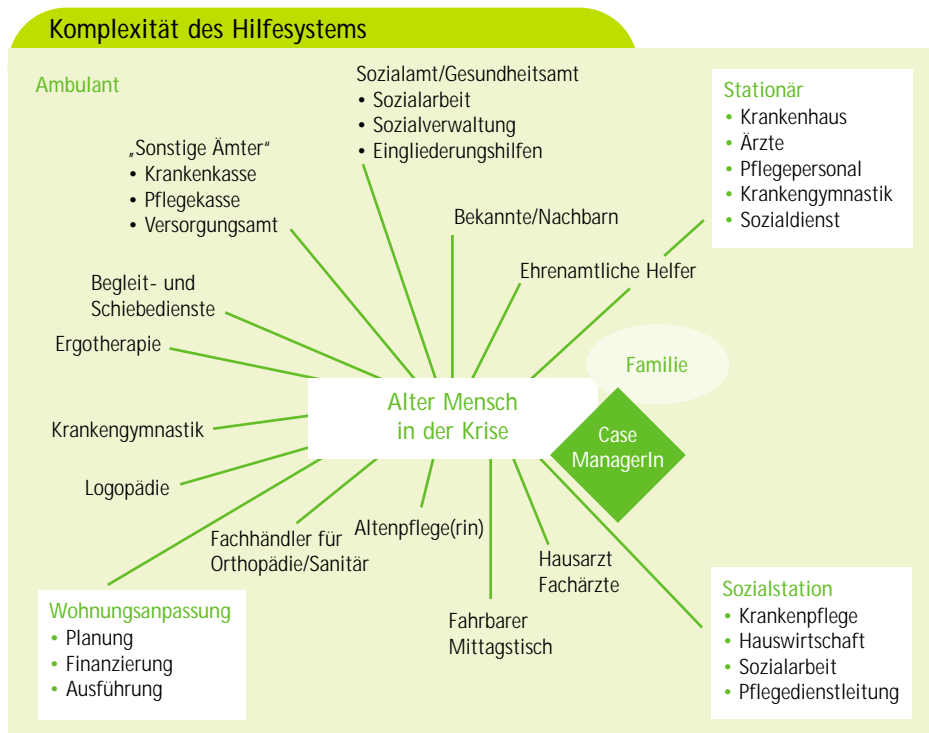
Case ManagerInnen betreten konzeptionelles Neuland

Doppelagenten der Pflege: Hilfe verbessern, Strukturen verändern

Die Nutzung des Persönlichen Pflegebudgets ist im Projekt an die Beratung durch einen Case Manager gebunden. Warum ist das so geregelt worden? Warum erhalten die Budgetnutzer nicht einfach nur die Geldleistung?

Man könnte meinen, die Budgetnutzer hätten es einfach: Sie erhalten einen Geldbetrag und müssen nur noch überlegen und entscheiden, welche Hilfeleistungen sie mit dem Geld einkaufen wollen. Auswählen können sie aus der ganzen Palette formeller und informeller Dienstleistungen. Je reichhaltiger und differenzierter das Angebot, desto besser wird die Pflege und Versorgung ja dann wohl werden.

Die Gleichung, die zur Befriedigung von Konsumwünschen gelten mag, geht in der Lebenssituation Pflegebedürftigkeit allerdings nicht auf: Für eine gute pflegerische, hauswirtschaftliche und medizinisch-therapeutische Versorgung müssen ja die jeweils richtigen Hilfen in der richtigen Kombination ausgewählt und dann tatsächlich auch in der für den pflegebedürftigen Menschen und seine (vielleicht) pflegenden Angehörigen in der richtigen Art und Weise erbracht werden. Für Menschen in komplizierten Lebenslagen (zum Beispiel nach einem Schlaganfall) können das bis zu 30 Stellen und über 70 Personen sein, deren Einsatz erwogen, geplant, ausgewählt, ausgehandelt, kontraktiert, begleitet und gesteuert werden muss. Der Case Manager unterstützt diese oft sehr komplizierten Prozesse, indem er Wünsche und Not-



wendigkeiten fallorientiert bündelt. Das Budget ermöglicht so ganz persönliche „Versorgungspakete“: Für welche Bereiche der Pflege und des Alltags werden Hilfe oder Unterstützung gebraucht und für welche nicht? Was kann und will die Familie über-

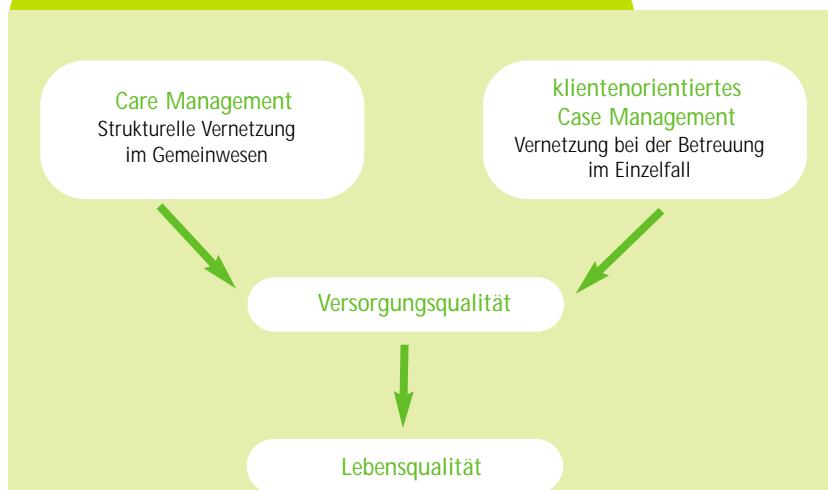
nehmen? Welche Leistungen sollen von professionellen, welche von anderen beruflichen Helfern erbracht werden und für welche Hilfen sucht man zum Beispiel jemanden aus der Nachbarschaft? Der Case Manager klärt, berät, organisiert.

In der Folge können die Budgetnutzer durchaus eine Arbeitgeberrolle spielen, wenn sie etwa für ihre Versorgung Laien bzw. Privatpersonen beschäftigen wollen. Die Case ManagerInnen unterstützen die Budgetnehmer umfassend auch bei der Anbahnung der Hilfen (durch das so genannte Linking) und bei den dann zu treffenden Vereinbarungen durch das Kontraktmanagement.

Change agents

Das Case Management beeinflusst auf diese Weise nicht nur die Versorgung der einzelnen pflegebedürftigen Menschen. In den Projektstandorten handeln und wirken die Case ManagerInnen indirekt immer auch als so genannte „change agents“: Sie beeinflussen und verändern auch die Infrastruktur der

Case Management ergänzt Care Management



(nach Hanneli Döhner, Fachtagung Case Management – Freiburg, 11.07.2003)



Prof. Michael Wissert,
Fachhochschule Ravensburg

zur Verfügung stehenden Dienstleistungen, das heißt Inhalte und Formen von Hilfen. Das Case Management wird regionale Abstimmungsprozesse darüber anregen, welche Hilfen in welcher Form im Handlungsbereich der Projektstandorte benötigt werden und wie diese Hilfen am besten zur Wirkung kommen.

Unterschiedliche methodische Varianten des Case Management werden dazu zusammengeführt. Das beim Budgetnehmer geleistete Unterstützungsmanagement wird verknüpft mit Strategien des Care Managements auf der infrastrukturellen Ebene. Ferner werden im Pflegebudget-Projekt konzeptionelle Elemente eines klientenorientierten Case Management (zum Beispiel Social Support, Empowerment, Enabling) verbunden mit Elementen von stärker ökonomisch ausgerichteten Ansätzen, zum Beispiel Managed Care. Damit betritt das Case Management im Projekt Pflegebudget konzeptionelles Neuland. ◀

Michael Wissert



Das Buch zum Projekt Persönliche Budgets – Aufbruch oder Irrweg?

Mehr Selbstbestimmung, Effizienz und Kosteneinsparungen – die Behebung vieler Mankos der

zeitiger Leistungsformen wird persönlichen Budgets in der Pflege und für Menschen mit Behinderungen zugetraut. Das Buch stellt Beiträge und Materialien zusammen. Es dokumentiert die Grundlagen, Diskussionen und Erfahrungen, die das Konzept der persönlichen Budgets und ihre experimentelle Erprobung geprägt haben. Die Herausgeber Thomas Klie und Alexander Spermann sind Akteure des von den Spitzenverbänden der Pflegekassen geförderten Modellprojekts Persönliches Pflegebudget (www.pflegebudget.de).

→ ISBN 3-87870-488-7,

Vincenz Network 2004, 29,80 EUR



Prof. Dr. Elisabeth Wacker, Universität Dortmund

Die Hilfe, die ich will

Abschied nehmen vom Paradigma der Fürsorge – das forderte auf dem Symposium in München die Rehabilitationswissenschaftlerin Elisabeth Wacker. „Es geht nicht mehr alleine darum, Versorgung zu sichern oder Förderung zu gewährleisten, sondern um gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in all ihren Teilsystemen. Denn Diskriminierung entsteht, wenn Menschen allein die Rolle des Hilfeempfängers offen steht.“ Abschied von der Fürsorge bedeute aber nicht, dass nun allein der Markt die Unterstützungsangebote steuern solle. „Choice and voice“ – wählen können und dürfen, ist die Maxime, denn Rechte ohne Ressourcen zu besitzen ist ein grausamer Scherz. ◀

Das Assessment

Die Kunst, schwierige Fragen einfach zu stellen



Willi Gertsen,
Evangelische Fachhochschule Freiburg

▶ „Wer? Wie? Was?...Wer nicht fragt, bleibt dumm.“ Was im Kinderlied der Sesamstraße so eingängig vermittelt wird, könnte im Projekt zu einer Art Maxime werden, wenn es darum geht, herauszubekommen, wie hilfebedürftig Menschen sind, die ein Case Management in Anspruch nehmen wollen. Von einem Forschungsprojekt darf man verlangen, dass es über einen Fragenkatalog verfügt, der wissenschaftlichen Ansprüchen genügt, das heißt Reliabilität, Validität, Sensitivität, Spezifität, Praktikabilität und Angemessenheit berücksichtigt. Das Instrument, von dem wir überzeugt sind, dass es diesen Ansprüchen gerecht wird, ist das Resident Assessment Instrument Home Care (RAI HC 2.0). Als umfassendes wissenschaftlich fundiertes Instrument zur Erhebung von Daten in der stationären und ambulanten

Pflege erprobt, liefert es wichtige Informationen zu pflegerischen und sozialen Aspekten der Situation des Klienten. Genügt es aber auch den Ansprüchen, die sich aus der Rolle des Case Managers in diesem Projekt ergeben? Uns geht es ja nicht nur um die Abbildung der Situation, sondern auch um die Erschließung dessen, was helfen kann, diese Situation zu bewältigen. Dazu liefert das RAI HC mit seinen Abklärungsbereichen wichtige Hilfen, die Zielvereinbarung und Planung ermöglichen. Allerdings muss das RAI HC so beherrscht werden, dass die Erhebung notwendiger Daten die Beziehung in der Aushandlung notwendiger Hilfen nicht gefährdet. Die gründliche Schulung der Case ManagerInnen in der Anwendung des RAI zielte denn auch dahin, neben der Beherrschung der Items auch eine Handhabung zu vermitteln, die auf eine narrative Art zu wissenschaftlichen Ergebnissen führt. Darüber hinaus wird der Case Manager das Kunststück fertig bringen müssen, das RAI HC mit den Fragen der Begleitforschung zu verbinden. Letztere sollen ja gerade auch den Blick erweitern auf den möglichen Umgang mit der Hilfebedürftigkeit. Vielleicht zeigt sich dann, dass es gerade die einfachsten Fragen sind, die am schwierigsten zu stellen sind und dass das die Kunst des Case Managers ausmacht. Beruhigend zu wissen, dass Assessment auch „Einschätzung“ heißt, das heißt immer nur der Versuch sein kann, der Wirklichkeit nahe zu kommen. Noch Fragen? ◀

Willi Gertsen

Case Management ohne Assessment geht nicht

Um verlässliche Daten darüber zu bekommen, was das Pflegebudget bewirkt, müssen klientenbezogene Daten erhoben werden. Dies geschieht nach einem bewährten Verfahren, dem Resident Assessment Instrument Home Care (RAI HC). Die Gesundheitswissenschaftlerin Vjenka Garms-Homolová hat RAI mit entwickelt.



Fotos (2): FS

Um das Assessment-Verfahren anwenden zu können, bedarf es einer intensiven Schulung.

MEILENSTEINE: Was erwarten Sie vom Einsatz des RAI Home Care im Projekt Pflegebudget?

► **VJENKA GARMS-HOMOLOVA:** Der Einsatz eines umfassenden, standardisierten und methodisch zuverlässigen Assessmentinstruments ist für das Pflegebudgetprojekt unerlässlich. Das RAI HomeCare hat diese Merkmale. Insofern kann es zur erfolgreichen Durchführung des Modellversuchs beitragen – vorausgesetzt, die Case Managerinnen und Case Manager lernen seine sach- und fachgerechte Anwendung.

Was ist Ihr größtes Erkenntnisinteresse?

- Wir sind neugierig darauf, zu erfahren
1. Wer sind die Personen, die sich für die Beteiligung am Modellversuch entscheiden?
 2. Kann sich diese Form der selbstbestimmten Versorgung hierzulande durchsetzen?
 3. Welche Vorteile bringt der Versuch potenziellen KlientInnen und wie bereichern die Ergebnisse die übrige Pflegelandschaft?

Und welche Rolle kommt aus Ihrer Sicht dem Case Management im Zusammenhang mit den Assessmentinstrumenten zu?

► Ein Assessment ist ein zentrales Instrument in jedem Case Management. Es ist als

Methode unerlässlich, um die KlientInnen und ihre jeweilige Situation zu beurteilen, Lösungen für die erkannten Probleme vorzubereiten, umzusetzen und ihre Wirkung sowie die Qualität der Versorgung zu evaluieren. Ohne ein Assessment kann das Case Management nicht auskommen.

Können mit dem RAI auch pflegestufenrelevante und verrichtungsbezogene Hilfebedarfe im Sinne der §§ 14 f SGB XI abgebildet werden?

► Das Minimum Data Set des RAI HC, also der Teil, der einer standardisierten Beurteilung des Individuums dient, umfasst alle Informationen, die zur Feststellung der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und der Bestimmung des individuellen Pflegebedarfs (Pflegestufe) erforderlich sind. Wird das Assessment wiederholt – was beabsichtigt ist –, so können sogar Entwicklungen und Verläufe abgebildet werden.

Das RAI HC gilt als aufwändig. Ist es in der häuslichen Pflege Ihrer Meinung nach flächentauglich?

► Die Durchführung des Resident Assessment Instrument ist aufwändig und erfordert eine Schulung sowie das „Lernen in

der Praxis“. Das Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte e.V. bietet entsprechende Schulungen an (www.igk-forschung.de). Aus Evaluationen von einer großen Anzahl von Schulungen und Praxiserfahrungen in Deutschland und Österreich wissen wir jedoch, wie extrem sich die Assessmentzeit reduzieren lässt, und wie sehr die MitarbeiterInnen pflegender und versorgender Institutionen von diesem Training und der Arbeit mit dem RAI profitieren.

Rechnen Sie damit, das RAI HC aufgrund von Anregungen aus dem Pflegebudget-Projekt zu modifizieren, zu korrigieren und ggf. auch zu konzentrieren?

► Alle Instrumente des RAI-Systems sind urheberrechtlich geschützt. Es ist also nicht möglich, sie willkürlich zu verändern. Zuständig für Anpassungen ist die interRAI, eine wissenschaftliche Organisation, die die Rechte besitzt. Sie sorgt für die Modifizierung und Anpassung, wobei Anregungen



Prof. Dr. Vjenka Garms-Homolová, Berlin

aus der Praxis, speziell aber auch aus empirischen Studien, aufgenommen werden. Radikale Änderungen können in bestimmten Zeitabständen durchaus erfolgen, jedoch nicht täglich, nicht mal monatlich. Das muss vorbereitet werden, damit die Pflegeeinrichtungen, Kostenträger, Softwareprovider und andere Instanzen in rund 28 Ländern sich rechtzeitig umstellen können. ◀

Frau Meister in Marburg-Biedenkopf



Foto: FS

► **Eine unserer ersten Klientinnen ist Frau Meister***. Sie ist 42 Jahre alt und leidet im fortgeschrittenem Stadium an Multipler Sklerose. Sie hat Pflegestufe 2. Ihr bisheriges Pflegearrangement würde, soviel war Anfang Dezember klar, für ihre Versorgung nicht mehr ausreichen, aus mehreren Gründen:

- Der Pflegedienst kann aus personellen Gründen die umfangreiche hauswirtschaftliche Versorgung nicht länger übernehmen.
- Der Ehemann will nach längerer Auszeit mit einer Teilanstellung wieder ins Berufsleben zurückkehren. Um tagsüber fit zu sein, braucht er vor allem eine Entlastung in der nächtlichen Pflege seiner Frau.

Frau Meister wünscht sich:

- ein flexibles und zuverlässiges Versorgungsnetz
- ausreichende Hilfen während der Abwesenheit des Ehemannes
- Betreuung in der Nacht, um ihren Mann von der Pflege zu entlasten
- Helfer selbst auszusuchen

- auf Hilfe je nach Bedarf und Befindlichkeit zurückgreifen zu können

Anfang Dezember kündigte der ambulante Dienst, so dass es galt, in vier Wochen mit geeigneten Helfern ein komplett neues Versorgungsnetz aufzubauen, um entweder langfristige Arrangements zu treffen oder eine Übergangslösung zu finden.

Auf 400-EUR-Basis wurde eine Hauswirtschaftlerin bei der Familie eingestellt. Sie ist wöchentlich mindestens zwei Vormittage im Einsatz, übernimmt die Hauswirtschaft und hilft Frau Meister auf die Toilette. Die Hauswirtschaftsleistungen sind durch das Arbeitgeber–Arbeitnehmerverhältnis zwischen Klientin und Helferin individuell gestaltbar.

Da es zu Beginn Schwierigkeiten gab, jemanden zu finden, der sich auf ein solches Arbeitsverhältnis mit allen gesetzlichen Gegebenheiten einlassen wollte, wurde Übergangsweise auf Helfer eines Netzwerkes zurückgegriffen. Mit einem neuen Pflegedienst konnte ebenfalls ein Arrangement getroffen werden. →

Pflegebudget gibt Impulse

• Vom Leistungsempfänger zum selbstbestimmten Budgetnehmer

Im Sachleistungsbezug sind die Pflegeleistungen in 21 Verrichtungen (§ 14 SGB XI) festgelegt. Das Pflegebudget hingegen ermöglicht ein weiter gefasstes Pflegeverständnis und damit ein individuelleres Leistungsspektrum. Die beiden Fälle zeigen beispielhaft, dass Budgetnehmer Hilfe und Unterstützung zu einem von ihnen gewünschten Zeitpunkt und in dem von ihnen gewünschten Umfang ordern können. Der Schritt vom Leistungsempfänger zum selbst bestimmenden Budgetnehmer, zum Teil in der Rolle eines privaten Arbeitgebers, stärkt nicht zuletzt die Autonomie des pflegebedürftigen Menschen.

• Effizientere und effektivere Nutzung der Leistungen der Pflegeversicherung

Beim Pflegebudget zeigt sich: Die Kosten steigen nicht, aber die Versorgungsqualität verbessert sich. Die Leistungen der Pflegeversicherung werden effizienter und effektiver genutzt.

• Impulse für die Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur

Wie der Verrichtungsbezug ist beim Pflegebudget auch die Bindung an zugelassene Pflegedienste

aufgehoben. Pflegedienste, Seniorendienste, Betreuungs-, und Begleitungsanbieter können und müssen daraufhin ihre Kunden und deren Wunsch vielmehr in den Blick nehmen. Der Dienstleistungsgedanke trägt schon Früchte: Bei der Gestaltung von Pflegearrangements werden die Wünsche der Budgetnehmer mehr berücksichtigt. In Erfurt arbeiten bereits zwei Drittel aller Pflegedienste sowie andere Dienstleister am Projekt mit: Zufriedene Kunden sind einfach auch gut für den Pflegedienst. Wie man bei Frau Ernst sieht, hat die Leistungsdiversifikation mit Hilfe des Pflegebudgets den Pflegedienst zu neuen Lösungen und Leistungen animiert.

• Verschränkung von professioneller und informeller Hilfe

Unsere bisherigen Erfahrungen zeigen, dass meist Angehörige von demenziell, psychisch oder neurologisch kranken Pflegebedürftigen besonderes Interesse am Pflegebudget haben. Ihnen geht es darum, selber entlastet zu werden, die Pflegesituation zu stabilisieren und das ambulante Setting so lange wie möglich aufrecht zu erhalten. Dazu kann die Vernetzung von professioneller Unterstützung und Laienpflege viel leisten. Mit dem Pflegebudget ist der individuell notwendige

Mix verschiedener Leistungen unterschiedlicher Anbieter und Helfer viel besser zu arrangieren.

• Case Management steuert den Hilfeprozess

Die Case ManagerInnen beraten und organisieren. Da Pflegekassen, Pflegedienste und Medizinischer Dienst der Krankenkassen keinen Einfluss auf das Case Management haben, können die BeraterInnen den Pflegebedarf wirklich unabhängig ermitteln und den Hilfeprozess sensibel steuern. Case ManagerInnen müssen dazu den regionalen Pflegemarkt kennen und interdisziplinär arbeiten. Die meisten Pflegesituationen sind komplex und die Betroffenen oft damit überfordert, sich über die örtlichen Versorgungsmöglichkeiten zu informieren und Anbieter auszuwählen. Im Fall von Frau Ernst wurde dies sehr deutlich: Sie lebte wegen der schon länger bestehenden Pflegebedürftigkeit ohne soziales Netzwerk, und war kognitiv nicht mehr in der Lage, Entscheidungen für ihre Versorgung zu treffen.

Der objektiv feststellbare Bedarf und die individuellen Bedürfnisse werden im Pflegebudget mit dem Assessmentinstrument RAI HC 2.0 ermittelt. Die bisherigen Erfahrungen zeigen bereits, dass diese Bedarfsermittlung eine sehr gute Grundlage auch für die Pflegeplanung der Pflegedienste ist.

Das war die Ausgangssituation

Dienstleister	Leistung	Stunden/Kosten
Pflegedienst	Hauswirtschaft	27 Stunden/Monat (405 EUR)
Pflegedienst	Pflege SGB XI	ca. 16 Stunden/Monat (448 EUR)
Altenpflegerin (in Krisensituationen, nicht regelmäßig)	Nachtpflege	Privatzahler ca. 20 Stunden/Monat ca. 160 EUR im Monat

Pflegearrangement mit dem Pflegebudget

Dienstleister	Leistung	Stunden/Kosten
Hauswirtschafterin	Hauswirtschaft, Tagesunterstützung	Mind. 40 Stunden/Monat; auf 400 EUR Basis
Pflegedienst (neu)	Pflege (duschen, baden)	4 Stunden/Monat (112 EUR)
Pflegedienst (neu)	Tagesunterstützung	Abrufbar nach Tagesbedarf der Klientin, in Verbindung mit der SGB V-Leistung Pauschal 5 Stunden/Monat (140 EUR)
Altenpflegerin	4 Nächte/Monat Abendliche Pflege und nächtliche Assistenz	10 Stunden/Nacht (340 EUR)

Durch die Absprache einer Pauschale lassen sich nun die Assistenzleistungen flexibler gestalten und die Wünsche der Klientin können berücksichtigt werden. Ebenfalls werden durch den neuen ambulanten Dienst die Pflege (Baden, wie bisher einmal wöchentlich) und Leistungen nach SGB V erbracht. Die nächtliche Versorgung geschieht nun nicht mehr nur in Krisen, sondern geplant an vier Nächten im Monat.

Durch die verlässliche und spürbare Entlastung am Tag und in der Nacht hat der Ehemann neue Freiräume für sich und seine berufliche Tätigkeit.

** Namen und Fotos geändert*

Infokasten

Aktuelle Zahlen

Teilnehmer am Projekt insgesamt	110
Programmgruppe (mit Pflegebudget)	86
Vergleichsgruppe (ohne Pflegebudget)	24

Stand 1. März 2005

Vorher – nachher

Frau Ernst in Erfurt

► **Frau Ernst***, Anfang 70, lebt seit dem **Tod ihres Mannes allein**. Sie leidet an einer leichten Demenz und erhält seit gut zwei Jahren Sachleistungen der Pflegeversicherung (Pflegestufe 1). Da Frau Ernst damit überfordert ist, ihre Lebenssituation selbst zu meistern, zudem geraume Schulden angehäuft hat, wurde ihr eine gesetzliche Betreuerin zur Seite gestellt. Die ambulante Versorgung war nicht zufriedenstellend: Der

Pflegedienst musste nicht zuletzt aus abrechnungsrechtlichen Gründen mehrere Personen einsetzen – Pflegefachkraft, Pflegehilfskraft, Zivildienstleistender. Solch häufiger Personalwechsel war für Frau Ernst verwirrend, zu keiner Personen fasste sie Vertrauen und lehnte die Hilfe häufig ab. Das verschlechterte die Versorgung erheblich, was der Pflegedienst nicht länger mitverantworten wollte, so dass bereits eine stationäre Betreuung diskutiert wurde – die Frau Ernst aber kategorisch ablehnt.

Durch das Pflegebudget hat sich die Situation wesentlich verbessert: Der Pflegedienst wählte in Absprache mit Frau Ernst eine Pflegehilfskraft aus, die angeleitet und darin geschult wurde, Frau Ernst zum Beispiel bei der Körperpflege oder im Haushalt zu unterstützen, den Tagesablauf mit ihr zu einteilen, sie zum Einkauf oder zum Friedhof zu begleiten und dafür zu sorgen, dass sie am Leben um sie herum teilnehmen kann. Art und Dauer der Leistungen kann Frau Ernst selbst bestimmen, je nach Bedürfnis und Bedarf und in Absprache mit dem Pflegedienst. Die neuen und veränderten Leistungen sowie die freie Preiskalkulation machen es mög-



Foto: L. Tükör

lich, dass Frau Ernst pro Einsatz länger versorgt werden kann als durch die Sachleistung. Während sich die Einsatzzeiten früher auf ca. zehn Stunden pro Monat summierten, konnte das Zeitkontingent mit dem Pflegebudget auf 37 Stunden erhöht werden. Der Mitarbeiterin des Pflegedienstes gelingt es dadurch natürlich mehr und viel besser, auf das einzugehen, was Frau Ernst wünscht und braucht und Frau Ernst hat Vertrauen zu der jungen Frau gefasst. So hat sich die häusliche Versorgung von Frau Ernst stabilisiert, eine stationäre Unterbringung kann vorerst vermieden werden.

Infokasten

Effekte durch das Pflegebudget

für Versicherte:

- individuelles Leistungspaket
- höheres Zeitkontingent
- Bezugsperson

für den Pflegedienst:

- Gestaltung von individuellem Pflegearrangement
- gezielter Einsatz von Personal
- Kundenzufriedenheit

Was wirkt wie beim Pflegebudget



Fotos (4): PB

Fragen, zählen, auswerten: Mit wissenschaftlichen Methoden wird geprüft, ob sich mit dem Pflegebudget die teure stationäre Pflege vermeiden oder hinauszögern lässt.

Mehrere Forscherteams ermitteln, was sich im Leben pflegebedürftiger Menschen tut, die ein Pflegebudget beziehen und bei dessen Nutzung von geschulten Case ManagerInnen unterstützt werden. Die Begleitforschung untersucht auch, ob und wie die bundesweite Einführung eines Pflegebudgets als weitere Leistungsoption der Pflegeversicherung in Betracht kommt.



Dr. Alexander Spermann, ZEW



Dr. Baldo Blinkert, FIFAS

Das Modellprojekt zum Pflegebudget wird von drei Institutionen wissenschaftlich begleitet. Die Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg analysiert die örtlichen Rahmenbedingungen und die Implementation des Pflegebudgets. Mitarbeiter des Freiburger Instituts für angewandte Sozialwissenschaft (FIFAS) und des Zentrums für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) in Mannheim bilden ein Team aus Soziologen und Wirtschaftswissenschaftlern, das die Wirkungen des Pflegebudgets analysiert.

FIFAS und ZEW wollen in der Begleitforschung vor allem herausfinden, ob der Bezug eines Pflegebudgets und die Entscheidungshilfen von geschulten Case Managern tatsächlich die erwarteten positiven Auswirkungen auf pflegebedürftige sowie deren pflegende Angehörige haben. Messlatte ist, ob durch das Pflegebudget die stationäre Versorgung vermieden bzw. hinausgezögert, der so genannte Heimsog also abgeschwächt werden kann. Dazu werden Bezieher eines Pflegebudgets und Bezieher von Sachleistungen bzw. Pflegegeld im Hinblick auf das pflegerische Versorgungsniveau und die subjektiv empfundene Lebensqualität von Pflegebedürftigen und deren pflegender Angehöriger verglichen. Im Zentrum steht dabei die Frage, ob sich durch den Bezug eines Pflegebudgets die häusliche Versorgung stabilisiert und häusliche Pflegearrangements über einen längeren Zeitraum tragfähig bleiben. Dadurch könnte eine stationäre Unterbringung vermieden bzw. hinausgezögert werden. Um diesen Fragen wissenschaftlich nachzugehen, werden während des Modellprojektes Bezieher des Pflegebudgets (Programmgruppe) und Bezieher von Sachleistungen bzw. Pflegegeld (Vergleichsgruppe) halbjährlich befragt. Auch die pflegenden Angehörigen sollen zu ihrer Situation befragt werden. Auf diese

Weise soll ein differenziertes Bild der Wirkungen des Pflegebudgets entstehen. ■

Melanie Arntz und Dr. Alexander Spermann (ZEW),
Dr. Baldo Blinkert, Christine Schings
und Jürgen Spiegel (FIFAS)

Jürgen Spiegel, FIFAS Freiburg



Impressum

Pflegebudget-Infodienst
MEILENSTEINE
www.pflegebudget.de

HERAUSGEBER
Kontaktstelle für praxisorientierte
Forschung e.V.
Bugginger Straße 38
79114 Freiburg
V i.S.d.P: Prof. Dr. Thomas Klie
Telefon ++ 49 (0)761/4781232
Fax ++ 49 (0)761/4781222

Auflage 4000 Exemplare

Redaktion:
FORUM SOZIALSTATION e.V., Bonn
Gestaltung: ImageDesign, Köln
Druck: Courir-Druck GmbH, Bonn