



Foto: PB
Projektleiter Thomas Klie:
Das Pflegebudget stößt neue
Entwicklungen an, löst aber auch
Ängste der Dienstleister aus.

Sorgfältig auswerten

Die Resonanz auf das Projekt Pflegebudget ist groß und kontrovers: Hier Ablehnung und Warnung vor Arbeitsplatzverlust – dort die Forderung, das Pflegebudget als Regelversorgung einzuführen. Beide Positionen greifen vor. Das Pflegebudget ist noch ein Experiment und es gilt, erst einmal alle Daten sorgfältig zu sammeln und auszuwerten.

Die ersten Ergebnisse stimmen nachdenklich: Auf der Fallebene zeigen sich zwar ausgesprochen positive Wirkungen, ein breites Interesse zur Teilnahme ist jedoch bislang ausgeblieben. Gut 300 Personen machen mit – deutlich weniger als von allen Beteiligten erwartet.

Dennoch: Das Modellprojekt ist ein Labor für Fragen der künftigen Pflegesicherung und deren Beantwortung. Es liefert wichtige Erkenntnisse, auch wenn eine einfache Lösung nicht in Sicht ist. Damit es mehr Erkenntnisse werden, braucht es noch mehr Partner, die sich auf dieses Lernprojekt einlassen, das Pflegebedürftige und Angehörige dezidiert in den Mittelpunkt stellt. Um Pflege und Pflegequalität nachhaltig finanzieren zu können, muss nach neuen Wegen gesucht werden. Das Projekt Pflegebudget tut das.

Thomas Klie

II. Symposium in Erfurt

Qualität Thema Nr. 1



Foto: PB
Was hat das Modellprojekt Pflegebudget bisher gebracht? Die erste Zwischenbilanz, präsentiert auf einem zweitägigen Symposium Anfang Dezember in Erfurt, fiel überwiegend positiv aus, machte aber auch den Diskussionsbedarf deutlich.

Das sind die ersten Ergebnisse: Pflegebedürftigen Menschen verschafft das Pflegebudget individuelle und angemessene Hilfe und Pflege. Pflegenden Angehörige werden zeitlich spürbar entlastet. Und: Netzwerke aus Freunden, Nachbarn und Ehrenamtlichen können für deutlich mehr Betreuung aktiviert werden. Es gibt jedoch auch Anlaufprobleme: So blieb die Zahl der Projektteilnehmer mit rund 300 bislang deutlich hinter den Erwartungen zurück. Noch weit mehr pflegebedürftige Menschen für das Pflegebudget zu interessieren, wird daher im weiteren Projektverlauf wichtig, erklärte Projektleiter Professor Thomas Klie vor mehr als 250 Kongress-Teilnehmern.

Pflegeverbände protestieren

Zu einem zentralen Diskussionspunkt, das wurde auf dem Symposium deutlich, wird die Qualitätssicherung der Leistungen gemacht. Einige Pflegeverbände nutzen das Symposium

deshalb auch für ihren Protest gegen das Pflegebudget, weil sie befürchteten, dass die niedrighschwelligeren Angebote, die durch das Pflegebudget verstärkt gefördert und genutzt werden sollen, einen Verdrängungswettbewerb auf dem Pflegemarkt auslösen könnten. Ihre Argumentation: Ambulante Pflegedienste haben hohe Qualitätsauflagen und können preislich mit dem neu entstehenden, bisher nicht kontrollierten Angebotssektor kaum konkurrieren. Für die Vertreter der Pflegekassen, Harald Kesselheim, Leiter der Abteilung Pflege beim AOK-Bundesverband und Paul-Jürgen Schiffer, Abteilungsleiter Pflege beim VdAK, hat die Qualitätssicherung daher höchste Priorität: „Das Pflegebudget ist eine wich-

Tagungsdokumentation

Referate, Fotos und andere Informationen, die das Symposium in Erfurt dokumentieren: heruntergeladen unter www.pflegebudget.de



Mit Spannung erwartet wurden die ersten Ergebnisse des Modellprojekts.

jeden Abend um sieben Uhr ins Bett gebracht werden, nur weil das besser in die Planung des Pflegedienstes passt“, sagte Frau Sander. Von ihrem Pflegebudget bezahlt sie jetzt einen Helfer, „der mir dann zur Verfügung steht, wenn ich ihn brauche“. Frau Sander schätzt auch die größere Transparenz bei der Mittelverwendung: „Zuvor habe ich von der Abrechnung ja gar nichts mitbekommen. Jetzt müssen die Leistungserbringer mit mir abrechnen und ich kann genau sehen, ob diese Leistungen auch wirklich erbracht worden sind.“ (er/ug)

tige Weiterentwicklung in Bezug auf die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen. Aber wir müssen sicherstellen, dass sich keine grauen Märkte entwickeln und wir brauchen Instrumente, um festzustellen, ob die Qualität der erbrachten Leistungen gut ist“, so Kesselheim in Erfurt. Auch über die Rolle der Case Manager müsse im weiteren Projektverlauf diskutiert werden: „Es ist noch völlig offen, wo die Case Manager künftig angesiedelt sein werden“, so der AOK-Experte.

Beide Kassenvertreter machten jedoch deutlich, dass sie sich grundsätzlich eine Überführung des Modells in die Regelversorgung wünschen. Die Bedenken der Pflegeverbände teilten sie nicht: Auf die Pflegedienste kämen neue Aufgaben und Wettbewerb zu, damit aber auch positive Herausforderungen und zukunftsorientierte Geschäftsfelder.

Professionelle Pflege muss stärker steuern

„Wir brauchen mehr Offenheit bei den ambulanten Pflegediensten. Besitzstandsdenken in der ambulanten Pflege ist zwar nachvollziehbar, aber gefährlich“, sagte Klie. Er sieht, ebenso wie Mona Frommelt vom Praxisnetz Nürnberg Nord, im Pflegebudget durchaus große Chancen für Pflegedienste: Professionelle Pflege müsse künftig stärker steuern und die „hands-on-Pflege“ gekonnt verantworten, wo sie von anderen geleistet wird. „Für Dienste, die sich diversifizieren und einen Wohlfahrtsmix anbieten, ist das Pflegebudget-Modell betriebswirtschaftlich und verbandspolitisch interessant“, so Klie.

Einblicke in die Wirkungen des Pflegebudgets lieferte während des Symposiums die eindrucksvolle Schilderung von Ingrid Sander. Für die 67-jährige Budgetnehmerin (Foto Seite 1), die als Kind an Polio erkrankt ist, bedeutet das Pflegebudget vor allem mehr Lebensqualität. Sie habe oft das Gefühl gehabt, sich der Pflege unterordnen zu müssen. „Ich will nicht

Erfahrungen aus einem Pflegebudget-Projekt in Arkansas

Positives Signal aus den USA



Der deutsche Modellversuch zum Pflegebudget stieß auf großes Interesse der Teilnehmer der „Europäischen Pflegekonferenz“. Dazu hatten sich auf Einladung des Zentrums für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) Wissenschaftler unter anderem aus den USA, Japan, Südkorea und mehreren europäischen Ländern Ende Oktober in Mannheim getroffen. Besonders spannend für die deutschen Kollegen: die Erfahrungen aus einem Pflegebudget-Projekt in Arkansas (USA).

heit gewährt werden, ihre persönliche Pflege zu organisieren, damit Lebensqualität und Zufriedenheit mit der Pflege steigen. Dazu erhielten die Pflegebedürftigen Geld, um ihr Pflegearrangement selbst zu bestimmen und zu gestalten. Fallmanager unterstützen die Pflegebedürftigen bei der Pflegeplanung und überprüfen die Qualität der Pflege, sie rufen einmal im Monat an und machen halbjährliche Hausbesuche. Der zentrale Unterschied zum deutschen Pflegebudget: Auch Angehörige – allerdings nicht Ehepartner – können aus dem Budget bezahlt werden.

Wie in Deutschland wurde das Modell in den USA als soziales Experiment mit Zufallsauswahl durchgeführt, so dass eine Teilnehmergruppe mit und eine Vergleichsgruppe ohne Budget über mehrere Jahre miteinander verglichen werden konnten. Das ist die zuverlässigste Methode, um festzustellen, ob sich das Pflegearrangement ursächlich wegen der Einführung des Budgets verändert hat.

Insgesamt konnten in Arkansas von 1998 bis 2001 etwa 2000 Menschen für den Modellversuch gewonnen werden. Statistische Tests zeigten, dass sich Teilnehmer- und Ver-

Die Ergebnisse des vergleichbaren US-Modellversuchs sind für das deutsche Vorhaben ermutigend, zeigen aber auch, an welchen Schrauben gedreht werden könnte, um das Interesse am Pflegebudget noch zu steigern. Die Motivation für das US-Projekt war die gleiche wie für den deutschen Modellversuch: Pflegebedürftigen sollte mehr Frei-

gleichsgruppe zu Beginn des Modellversuches in wesentlichen Punkten ähnlich waren: Die Interessenten am Modellversuch waren überwiegend weiblich. Sie lebten zu etwa einem Drittel allein. Über die Hälfte von ihnen, bei den über 65-jährigen sogar über 80 Prozent von ihnen, hatten keinen Schulabschluss. Etwa ein Drittel lebte in städtischen Problemzonen.

Die amerikanischen Ergebnisse in Kurzform: Die Budgetempfänger waren insgesamt deutlich zufriedener mit der Pflegeleistung, der Zuverlässigkeit der Hilfen und der persönlichen Beziehung zu den Pflegenden als die Vergleichsgruppe. Sie hatten wesentlich weniger unerfüllte Bedürfnisse als die Nichtteilneh-

mer, es zeigten sich keine Pflege- und Gesundheitsmängel und die Lebensqualität war deutlich höher. Zu diesem Ergebnis und zum Erfolg trug wesentlich bei, dass auch Angehörige das Pflegebudget erhalten durften.

Inwieweit sich diese Ergebnisse auf das deutsche Pflegebudget übertragen lassen, ist schwer abzuschätzen. Dennoch geht von dem Modellversuch in Arkansas ein deutlich positives Signal aus. Das wurde auch in Arkansas so gesehen: Das Pflegebudget wurde dort nach Auslaufen des Modellversuchs weitergeführt. ❀

Quelle: Foster, Leslie et al. (2003): Improving the Quality of Medicaid Personal Assistance through Consumer Direction, Health Affairs, 162-175.

>> www.cashandcounseling.org



Autoren Melanie Arntz und Dr. Alexander Spermann vom ZEW

Infokasten

Termin vormerken

Das III. Symposium zum PFLEGEbudget findet vom 7. bis 8. Dezember 2006 statt.

Rückblick aufs Symposium

„Wir wünschen uns noch mehr Teilnehmer“



Foto: PB

Paul-Jürgen Schiffer

Das Pflegebudget eröffnet neue Chancen – sowohl für Pflegedienste als auch für pflegebedürftige Menschen. Fragen zur Quintessenz des Symposiums an Paul-Jürgen Schiffer, Abteilungsleiter Pflege beim Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK/AEV).

ger kamen. Ich bin jedoch der Ansicht, dass deren Ängste vor einem Verdrängungswettbewerb nicht gerechtfertigt sind. Im Gegenteil: Durch das Pflegebudget eröffnen sich Pflegediensten neue Angebotsmöglichkeiten. Um diese Chancen nutzen zu können, benötigen die meisten allerdings Hilfe, vor allem im betriebswirtschaftlichen Bereich. Hier sind aus meiner Sicht die Träger der Pflegeeinrichtungen oder Verbände gefragt: Sie sollten ihren Einrichtungen dabei Hilfestellung geben.

Wird das Pflegebudget bei der anstehenden Pflegereform eine Rolle spielen?

► Ich gehe nicht davon aus, dass es jetzt schon auf der Agenda steht. Schließlich sind wir noch mittendrin im Modellprojekt, dessen Laufzeit erst Anfang 2008 endet. Doch die jetzige Reform wird ja nicht die letzte sein. Und bei der nächsten wird das

Pflegebudget auf jeden Fall eine wichtige Rolle spielen.

Was erwarten die Pflegekassen von dem Modellvorhaben?

► Zunächst wünschen wir uns noch mehr Teilnehmer. Rund 800 Budgetteilnehmer waren angepeilt. Bislang haben wir erst etwa 300. Um verlässliche Ergebnisse zu bekommen, sollten es schon um die 500 bis 600 Budgetnehmer sein.

Dann ist uns die Qualität wichtig. Bei der Qualitätssicherung darf es keine Probleme und keine Kompromisse geben. Der Case Manager hat hier als Koordinator eine ganz wichtige Kontrollfunktion. Wir müssen allerdings im Verlauf des Projektes klären, wo Case Manager eigentlich angesiedelt sein sollen. Da ist ja vieles denkbar – bei den Pflegekassen, den MDKs oder den Leistungserbringern. Und wir müssen klären, wie sie bezahlt werden. Der Etat, aus dem das Pflegebudget bezahlt wird, gibt das nicht her.

Das heißt, Sie geben dem Pflegebudget eine Chance über das Modell hinaus?

► Eine Überführung des Pflegebudgets in eine Regelversorgung ist für uns durchaus wünschenswert, zuvor müssen aber Antworten auf die angesprochenen Fragen gefunden werden. ❀

Mit Paul-Jürgen Schiffer sprach Eva Richter.

MEILENSTEINE: Das zweite Symposium zum Modellprojekt offenbarte ein Spannungsfeld: großes Interesse von immerhin mehr als 250 Teilnehmern und die Ablehnung privater Pflegeverbände. Was ist Ihr Fazit von der zweitägigen Tagung in Erfurt?

► PAUL-JÜRGEN SCHIFFER: Es war eine sehr informative Veranstaltung und nach meinem Eindruck für viele Teilnehmer eine gute Gelegenheit, sich umfassend mit dem Modellprojekt und seinen Akteuren auseinander zu setzen. Es fand sich auch Raum für die kritischen Äußerungen, die vor allem von Seiten der Leistungserbrin-



Netzwerke stabilisieren sich

Im Modellprojekt wird untersucht, ob und wie sich Pflegearrangements durch den Bezug des Pflegebudgets verändern. Auf der Basis der vorliegenden Daten gibt es erste, jedoch noch sehr vorläufige Eindrücke.

Autor Prof. Dr. Baldo Blinkert, FIFAS

Wir können inzwischen 46 Folgebefragungen mit Erstbefragungen vergleichen.

Vor der Aufnahme in das Budget-Programm haben wir danach gefragt: Wie groß ist der durchschnittliche Zeitaufwand für die Versorgung des pflegebedürftigen Menschen pro Woche und auf welche Hilfeinstanzen (Sektoren) verteilt sich dieser Aufwand? Nach unseren Auswertungen werden im Durchschnitt 55 Stunden pro Woche aufgewendet. 35 Stunden entfallen auf den informellen Sektor 1, das heißt Angehörige, sieben Stunden auf den informellen Sektor 2, also Bekannte, Nachbarn, Freunde und ehrenamtlich Tätige, acht Stunden auf professionelle Anbieter und vier Stunden auf sonstige bezahlte Helfer.

Nach Aufnahme in das Budgetprogramm sind signifikante Veränderungen zu beobachten:

1. Die Zeitstrukturen verschieben sich zu Gunsten des informellen Sektors 1: Angehörige werden entlastet.
2. Das geschieht nicht, weil das für die Versorgung insgesamt aufgewendete Zeitvolumen verringert wird,
3. sondern weil der informelle Sektor 2, also das Unterstützungsnetzwerk aus Bekannten, Freunden, Nachbarn und ehrenamtlich Tätigen, aktiviert wird.
4. Diese Umstrukturierung ist in verschiedenen Lebenslagen sehr unterschiedlich: Bei

nicht-stabilen Netzwerken ist eine besonders deutliche Aktivierung des informellen Sektors 2 zu beobachten. Bei stabilen Netzwerken kommt es zu einer besonders deutlichen Entlastung der Angehörigen. Bei hoher Pflegebedürftigkeit zeigt sich eine spürbare Entlastung der Angehörigen und eine deutliche Aktivierung des informellen Sektors 2.

Die deutlich sichtbaren Unterschiede im Zeitvolumen und in den Beiträgen der verschiedenen Sektoren können folgende Ursachen haben:

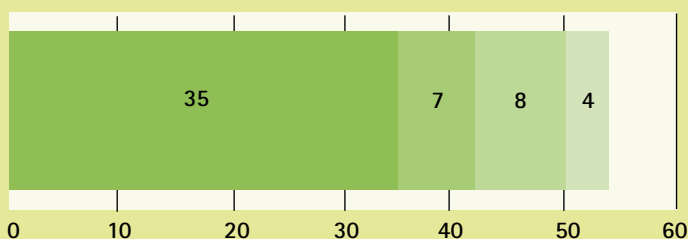
1. In den sechs Monaten zwischen den beiden Befragungen hat sich womöglich erst allmählich eine gewisse Routine eingestellt, was sich in veränderten Zeitbeiträgen niederschlägt. Diese Erklärung setzt allerdings voraus, dass es sich bei den Folgebefragten ganz überwiegend um Neuanträge handelt. Doch nur einer der 46 Fälle ist ein Neuantrag und die meisten – rund 70% – beziehen schon mehr als zwei Jahre Leistungen nach der Pflegeversicherung.
2. Es könnte auch sein, dass die Pflegebedürftigkeit zunimmt. Dann wäre ein Anstieg der zur Versorgung investierten Zeitvolumina insgesamt und eine Erhöhung der Zeitbeiträge der Sektoren leicht erklärbar. Doch die Pflegebedürftigkeit hat sich bei den meisten Patienten zwischen Erst- und Folgebefragung kaum verändert. Die Pflegestufenzuteilung ist fast die gleiche und unsere Skala „Pflegebedürftigkeit“ misst für Erstbefragung und Folgebefragung nahezu die gleichen Werte.

3. Es bleibt als dritte Möglichkeit, dass das Pflegebudget und/oder das Case Management bereits wirken und dass sich dieser Effekt eben in den veränderten Zeitstrukturen zeigt.

Richtige Richtung

Wir neigen zu der dritten Interpretation. Mit aller Vorsicht gesagt: Bereits jetzt ist es wohl so, dass das Pflegebudget in Verbindung mit Case Management gerade unter schwierigen Bedingungen – wenn kein stabiles Netzwerk verfügbar ist und bei hoher Pflegebedürftigkeit – einen deutlichen Beitrag in Richtung mehr, bessere und effizientere Betreuung leistet.

Wer hilft wie lange?

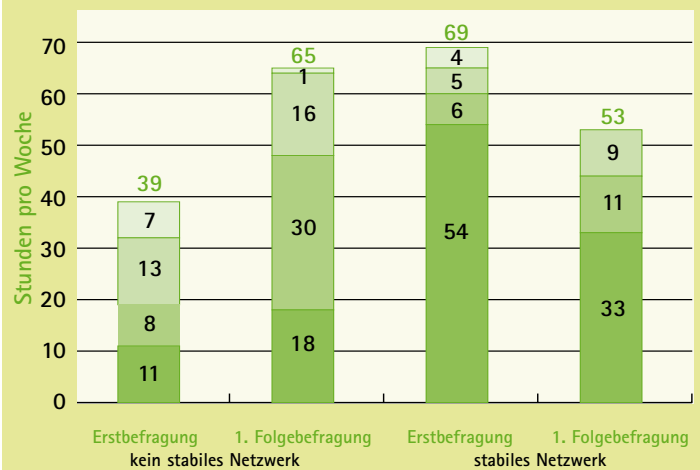


Durchschnittlicher Aufwand in Stunden pro Woche

- Angehörige (informeller Sektor 1)
- sonstiges informelles Netz (informeller Sektor 2)
- professionelle Anbieter (formeller Sektor 1)
- sonstige berufliche/kommerzielle Anbieter (formeller Sektor 2)

Grafik: PB

Einfluss des Pflegebudgets auf den Zeitaufwand der Helfer



- sonstige berufliche/kommerzielle Anbieter (formeller Sektor 2)
- professionelle Anbieter (formeller Sektor 1)
- sonstiges informelles Netz (informeller Sektor 2)
- Angehörige (informeller Sektor 1)

Grafik: PB

Pflegequalität nicht nur durch Kontrolle sichern



Foto: photocase

Was man schwarz auf weiß hat: Vereinbarungen über Pflegeleistungen sollten vertraglich geregelt sein.

Dienst- und Vertragsrecht: Verträge zwischen Pflegebedürftigem und Pflegedienst oder selbstständig tätigen Pflegepersonen können zur Nutzung des Pflegebudgets arbeitsrechtlich ausgestaltete Dienstverträge sein. Zwischen Pflegediensten und Pflegebedürftigen werden meist Dienstverträge geschlossen. Budgetnehmer zahlen dann an den Pflegedienst selbst. Arbeitsverträge zwischen Pflegebedürftigen und Pflegepersonen sind unter selten vorliegenden Bedingungen für den Pflegebedürftigen günstig. Sie kommen eher bei Menschen mit Behinderungen in Frage. Ansonsten werden zumeist 400-Euro-Jobs im vereinfachten Haushaltsscheckverfahren genutzt. Cash und „schwarz“ – das geht beim Pflegebudget-Bezug nicht.

Steuerrecht: Nicht alle Leistungen, die im Rahmen des Pflegebudgets eingekauft werden, unterliegen der umsatzsteuerrechtlichen Privilegierung, die sonst für Pflegedienste gelten, die ihre Leistungen direkt mit den Pflege- und Krankenkassen abrechnen. Trotzdem ist die Praxis unproblematisch: Solange Pflegedienste Sachleistungen abgeben, partizipieren auch die wenigen Budgetleistungen – wie etwa auch die Leistungen nach § 45 b SGB XI – an der Umsatzsteuerprivilegierung. Bei selbstbeschafften Pflegekräften wird zumeist die einschlägige Steuergrenze nicht erreicht. Sollte das Pflegebudget zur Regeloption der Pflegeversicherung werden, wird man die damit verbundenen steuerrechtlichen Regelungen ergänzen müssen.

>> **Download:** Informationspapier der

VdAK-Koordinierungsstelle Modellvorhaben zur Umsatzsteuer-Befreiung von ambulanten Pflegeeinrichtungen unter www.pflegebudget.de

Sozialrecht: Das Pflegebudget wirft Fragen der Abgrenzung zwischen Pflege- und Eingliederungshilfeleistungen auf. Sie sind seit längerem bekannt und relevant für die Leistungen gem. §§ 45 b und c SGB XI sowie bei Leistungen der sozialen Betreuung der stationären Pflege. Werden keine Sozialhilfeleistungen in Anspruch genommen, handelt es sich hier um ein akademisches Problem. Werden aber zusätzlich Leistungen der Eingliederungshilfe gem. §§ 53 ff SGB XII, besonders bei Menschen mit Behinderungen jüngerer Alters gewährt, wird die Abgrenzung relevant. Diese Fragen werden vertieft im Schwesterprojekt INTEGRIERTES BUDGET bearbeitet (Siehe Seite 6).

Haftungsrecht: Wer trägt die Verantwortung für Pflegemängel und für mögliche Schädigungen des Pflegebedürftigen, wenn Pflegedienste nur noch begrenzt oder gar nicht eingesetzt werden? Die Frage ist nicht neu: Pflegedienste kennen das Dilemma: zum Beispiel lediglich in der Behandlungspflege tätig zu sein, dabei aber auf gravierende Pflegeprobleme zu stoßen, die im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege nicht zu lösen sind. In einer solchen haftungsrechtlichen „Gemengelage“ gilt: Jeder – Betreuer, Angehöriger, Arzt, Pflegekraft – trägt für sein Handeln im Zusammenhang mit den von ihm wahrgenommenen Problem-

Das Pflegebudget wirft zahlreiche interessante Rechtsfragen auf. Gut fünfzig sind allein beim Rechtscoach des Projektes eingegangen und konnten inzwischen systematisch bearbeitet werden.

lagen, Interventionen und Unterlassungen Verantwortung. Diskutiert wurden in diesem Zusammenhang auch Parallelen zur Jugendhilfe, in der ähnliche komplexe haftungsrechtliche Konstellationen bekannt sind und im übrigen in der SGB VIII-Novelle geregelt wurden.

>> **siehe auch** Qualitätspapier unter www.pflegebudget.de

Vereinfachungen nicht hilfreich

Alles in allem muss man konstatieren, dass die Diskussionen zur Qualitätssicherung in der Pflege zu wenig hilfreichen Vereinfachungen geführt haben: Als ob Qualitätsverantwortung und Haftung allein durch Qualitätssicherung der Dienste und deren Kontrolle durch den MDK geregelt werden könnten! Wo Pflegefachkräfte lediglich im Hintergrund wirken bzw. nur sehr begrenzt Ver-



Foto: PB

Autor Thomas Klie: Die Frage nach der geteilten Verantwortung ist nicht so einfach zu beantworten wie viele sich das vorstellen.

antwortung und Aufgaben in der Pflegepraxis übernehmen können, – wie das ja beim Pflegebudget oft der Fall und durchaus gewollt ist – ist die Frage nach der geteilten Verantwortung zu stellen. Auf die gibt es durchaus Antworten, sie sind aber nicht so einfach, wie viele sich das vorstellen. Die Lösung ist häufig gerade nicht, Pflegemängel allein Pflegekassen zu melden. Das kann sogar unzulässig sein und ist vor allen Dingen unter methodischen Gesichtspunkten, aber ggf. auch unter rechtlichen verfehlt.

Integriertes Budget



Experten in eigener Sache: Menschen mit Behinderung.

Diskussion auf dem Symposium in Erfurt (Foto außen, v.l.): Bernhard Scholten (Ministerium Rhld.-Pfalz), Joachim Hagelskamp, Markus Schäfers (Uni Dortmund), Autorin Annerose Siebert, Klaus Lachwitz (Lebenshilfe).

Fotos: PB



Das Integrierte Budget ist eine nahe liegende sinnvolle Zusammenführung zweier bisher separater Budgetformen – des Trägerübergreifenden Budgets und des Pflegebudgets.

„Das Integrierte Budget beseitigt eines der größten Hemmnisse im Trägerübergreifenden Persönlichen Budget: das Gutscheinsystem, durch das Budgetnehmer im Sachleistungssystem verhaftet bleiben. Mit dem Integrierten Budget wird der Fehler des Gesetzgebers korrigiert, zwei parallele Rechtsvorschriften zum Budget im SGB XI aufgenommen zu haben.“

Joachim Hagelskamp, Referatsleitung Behindertenhilfe, chronische Erkrankungen, Psychiatrie beim Paritätischen Wohlfahrtsverband – Gesamtverband, Berlin
behindertenhilfe@paritaet.org

► Am Budget als Regelleistung neben Geld- und Sachleistungen führt kein Weg vorbei:

Soviel ist allen Akteuren in den kulturell doch sehr unterschiedlich geprägten Bereichen Behindertenhilfe und Pflege klar. Was jedoch fehlt, ist die Zusammenführung von Pflegebudget und Budgets eines oder mehrerer anderer Leistungsträger zu einem Gesamtbudget. Dies würde passgenaue und individuelle Hilfen ermöglichen für ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben.

Im Trägerübergreifenden Budget nach § 17 Abs. 2-4 SGB IX ist die Grundidee vorgegeben, aber weitgehend ohne Wirkung. Die Leistungen der Pflegeversicherung können hier zwar gegen Gutscheine erbracht werden. Für Menschen mit Behinderungen, die Pflege

benötigen und leistungsberechtigt nach dem SGB XI sind, heißt das, dass sie wie bisher Anspruch auf die modularisierten Pflegeleistungen mit dem strengen Verrichtungsbezug haben. Aber helfen die ihnen wirklich? Sie behindern im Gegenteil oft regelrecht eine eigenständige Gestaltung ihres Hilfearrangements. Bleibt noch die Geldleistung nach § 37 SGB XI, die jedoch als Gratifikation für Angehörige gedacht ist.

Das Integrierte Budget bietet nun eine Alternative. In dem Modellprojekt in den Regionen Landkreis Neuwied und Stadt Mainz können bis zu 50 Personen Pflege- und andere budgetfähige Leistungen als Gesamtbudget erhalten, Versorgung individuell organisieren und so erstmals ihren Unterstützungs- und Assistenzbedarf flexibel mit Dienstleistern decken.

Unterstützt werden sie hierbei von Case Managern in Koordinierungsbüros, die bei Organisationen der Selbsthilfe und Behindertenhilfe angesiedelt sind. Die Case Manager beraten und unterstützen bei Antragstellung, Organisation und Umsetzung eines Integrierten Budgets nach der Devise, dass Menschen mit Behinderungen Experten in eigener Sache sind und Case Management dem Selbstmanagement dienen muss. ◀

Annerose Siebert, AGP Freiburg

Das Integrierte Budget ist ein Projekt der Spitzenverbände der Pflegekassen und des Landes Rheinland Pfalz.
www.integriertesbudget.de



Malu Dreyer (SPD)

Das INTEGRIERTE BUDGET für pflegebedürftige Menschen mit Behinderung wird in Rheinland-Pfalz in zwei Regionen, der Stadt Mainz und dem Landkreis Neuwied, modellhaft erprobt. Es ersetzt Sachleistungen in Form von Gutscheinen durch ein Budget, das vom Pflegebedürftigen seinem Bedarf entsprechend flexibel genutzt werden kann. Seine Erprobung dient insofern auch der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.

Als Sozialministerin bin ich stolz darauf, dass wir pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung mit diesem bundesweit einmaligen Instrument ein noch größeres Maß an Selbstständigkeit und Selbstbestimmung ermöglichen können. Rheinland-Pfalz erweist sich wieder einmal als ein Land, das eine Vorreiterrolle in der Pflegepolitik und der Politik für Menschen mit Behinderungen einnimmt.

Malu Dreyer
Ministerin für Arbeit, Soziales,
Familie und Gesundheit
des Landes Rheinland-Pfalz

Projektinterne berufsübergreifende Ausbildung erfolgreich beendet

Case Management: Von der Pike auf lernen

Eigenständiges Case Management hat es in Deutschland schwer. Im Gegensatz zu allen anderen Ländern, in denen es eher selbstverständlich praktiziert wird, steht hierzulande die Diskussion darüber im Vordergrund, bei welcher Berufsgruppe es anzusiedeln ist.



Von rechts: Case Managerinnen Sandra Eggers, Viola Meier (beide Erfurt), Andrea Roller, Barbara Burger (beide München).

Das Case Management-Zertifikat in der Tasche (v.l.): Sigrid Daus (München), Annette Liedtke und Christian Koch (beide Unna).

► Case Manager zu sein wurde den Ausübenden bereits an der Wiege gesungen, wird sozusagen zum untrennbarer Bestandteil ihres eigenen Berufsbildes: Dieser Eindruck drängt sich häufig auf, wenn man etwa mit Ärzten, Sozialarbeitern oder Krankenschwestern zu tun hat.

Die Erfahrungen aus dem Pflegebudget-Projekt zeigen dagegen: Case Manager ist man nicht automatisch deswegen, weil man Arzt, Sozialarbeiter oder Krankenschwester ist. Case Management muss man zusätzlich lernen: gründlich, systematisch, überprüfbar. Bereits der Entwurf des Pflegebudget-Projektes plante das Case Management zur anspruchsvollen Steuerung eines Falles ein, auf der Fall- wie auf der Systemebene, zusammen mit dem Klienten. Pflegebedürftigkeit und vielschichtiger Unterstützungsbedarf rufen geradezu nach einer planenden, ordnenden Methode zur effizienten Nutzung knapper werdender Ressourcen, wie es das Case Management ist.

Für das Modellprojekt wurden deshalb an allen sieben Standorten Menschen gesucht, die das schwierige Handwerk lernen wollen – durch eine Ausbildung an einem anerkannten Institut. Wie in den „Standards und Richtlinien für die Weiterbildung Case Management in Sozial- und Gesundheitswesen und Beschäftigungsförderung“ niedergelegt, sind ein sozialprofessioneller Abschluss, ein anderer Hochschulabschluss oder ein Berufsabschluss samt Berufserfah-

rung sowie bereits erworbene einschlägige Kenntnisse Voraussetzung dafür, eine solche Ausbildung überhaupt anzutreten.

In Aktion und Praxis von Anfang an

Die Forderung, in einem Arbeitsfeld schon gut zu funktionieren, zu dem die Qualifikation erst erlangt werden soll, klingt widersinnig oder wie eine Zumutung. Die Entwicklung, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Verlaufe des Projektes genommen haben, ist aber ein Beleg dafür, dass der Ansatz stimmt und zusätzliche Qualifikationen den Handlungsspielraum erweitern.

Was die projektbegleitende Ausbildung von anderen vergleichbaren Ausbildungen unterscheidet, ist die Konzentration auf ein spezielles Arbeitsgebiet und auf die damit verbundenen speziellen Erkenntnisse. Sozusagen Case Management in Aktion und Praxis von Anfang an. Kein Zweifel: Mit dem Ausbildungsende im Dezember 2005 tragen die qualifizierten Case ManagerInnen dazu bei, dass sich im Pflegebudget-Projekt echtes berufsübergreifendes Case Management entwickelt.

Willi Gertsen, AGP Freiburg

Ausführliche Informationen zur Weiterbildung Case Management
 >> www.case-manager.de/cm-richtlinien
 >> www.dgcc.de

Zum Stand der Diskussion in Deutschland
 • Zeitschrift Case Management, erscheint in der economica Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH



Im Gespräch mit Thomas Klie: Kerstin Dedekind und Edith Schneider, Case Managerinnen in Kassel (v.l.)

Infokasten

Zahlenspiegel

In den sieben Standorten nehmen derzeit 301 pflegebedürftige Menschen am Modellprojekt teil (Stand 2. Januar 2006). 208 von ihnen erhalten das Pflegebudget, davon allein 117 Personen im Landkreis Neuwied. 93 Personen wurden über den Zufallsgenerator der Vergleichsgruppe zugeordnet. Sie sind weiterhin im herkömmlichen Leistungsbezug, werden aber wissenschaftlich begleitet. Die meisten Budgetnehmer (114) sind in der AOK versichert, weitere 99 in Pflegekassen des VdAK. Die Nachfrage nach dem Pflegebudget war 2005 in den Monaten Februar (49 Teilnehmer) und Juli (32) bislang am höchsten.



Viele Pflegedienste sind irritiert: Was ändert sich für sie durch das Pflegebudget?

Das Pflegebudget hält für alle Beteiligten nicht nur Chancen, sondern auch „Zumutungen“ bereit. Für **Menschen mit Pflegebedarf** setzt der Budgetbezug einiges voraus. Um die Geldleistung zum Sachleistungseinkauf zu wollen, muss der Pflegebedürftige davon überzeugt sein, dass seine Alltagsbeschränkungen durch die Neuorganisation seines Unterstützungsarrangements mit dem Pflegebudget positiv zu beeinflussen sind (assimilativer Bewältigungsstil). Im hohen Lebensalter schwindet jedoch diese Perspektive häufig und damit ändert sich auch die Haltung des pflegebedürftigen Menschen: Er tendiert dann eher dazu, seine Ziele und Erwartungen den gegebenen Verhältnissen anzupassen (adaptiver Bewältigungsstil). Je mehr aber der Wunsch fehlt, selbst zu bestimmen, desto mehr nimmt auch die Bereitschaft ab, das Budget in Anspruch zu nehmen.

Leistungsträger werden durch das Pflegebudget in eine neue Rolle kommen, weil das Leistungserbringungsrecht obsolet wird, und ihr Einfluss auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen der Dienstleistungsproduktion schwindet. Nicht verwunderlich also, dass auch **Leistungserbringer** durch das Pflegebudget irritiert sind. Jede andere Erwartung wäre illusionär. Die Debatten auf dem II. Symposium in Erfurt verdeutlichten, dass ambulante Dienste sehr divergierende Haltungen gegenüber dem Pflegebudget und seinen antizipierten Wirkungen einnehmen.

- Die Abkehr von politischen Preisen durch Impulse zur Marktpreisbildung,

Debatten offenbaren die schwierige Beziehung

Vor dem II. Pflegebudget-Symposium, aber auch während der Veranstaltung in Erfurt selbst zeigte sich, dass Pflegedienste sehr divergierende Haltungen gegenüber dem Pflegebudget und seinen erwartbaren Wirkungen einnehmen.

- der Abschied von Leistungskomplexen und der Übergang zu einer individuell bedarfsbezogenen, die Versorgungspräferenzen der Pflegekunden stärker gewichtenden Generierung neuer Dienstleistungen sowie
- eine Qualitätssicherung, die an die Stelle der herkömmlichen Kontrollen von Prüfagenturen die Nachfrage der durch Case Manager flankierten Budgetnehmer setzt, ändern substanziell die Fundamente, auf denen bis dato die Versorgung steht.

Fällige Modernisierung nachholen

Bislang hatte die Ausgestaltung des Wettbewerbsprinzips in der Langzeitpflege primär eine Standardisierungsfunktion. Mit dem versuchsweisen Übergang zu Pflegebudgets wird nun parallel ein auf die kleine Gruppe der Budgetnehmer bezogenes dynamisches Element eingeführt. Pflegerische Dienstleistungen folgen hier einem erweiterten Verständnis von Bedarfsgerechtigkeit. Salopp gesagt: Der Budgetempfänger darf mitbestimmen. Der pflegebedürftige Mensch mit seiner Beeinträchtigung wird durch das Assessment in seinem Unterstützungsnetzwerk wahrgenommen und seine Teilhabewünsche werden gewichtet. Dazu gilt es, sich als „caring profession“ zu verstehen, was dem hierzulande eingeübten, reduzierten Selbstbild von Pflegefachkräften allerdings noch deutlich zuwiderläuft. Das Pflegebudget fordert aber von den Professionen, diese längst fällige Modernisierung nachzuholen. Das Modellprojekt schafft dazu eine Werkstatt-Situation, in der solch ein flexibleres pflegerisches Handeln erprobt werden kann: Weg von den Sicherheiten vertragsrechtlich geregelter und zumeist einheitlich vergüteter Leistungen, hin zu Aushandlungen darüber, was in der konkreten Situation notwendig ist und geleistet werden soll. Das schließt Kundenorientierung, Fachpflege und Wirtschaftlichkeit ein.

Auch die Entwicklungen im Gesundheitswe-

sen, in dem Formen des Care Managements bei Vertragsfreiheit (zum Beispiel die Überleitungs- und Integrierte Versorgung) allmählich Bedeutung gewinnen, stellen ambulante Dienste vor die Aufgabe, Kleinteiligkeit und Orientierung an Kollektivverträgen zu überwinden. Gefragt ist nun verantwortliche Sozialwirtschaft und Gestaltungswille.



Autor Prof. Dr. Roland Schmidt von der FH Erfurt (Mitte) im Gespräch mit Harald Kesselheim, Leiter der Abteilung Pflege beim AOK-Bundesverband und Projektleiter Prof. Dr. Thomas Klie (rechts).

Impressum

**Pflegebudget-Infodienst
MEILENSTEINE
www.pflegebudget.de**

HERAUSGEBER
Kontaktstelle für praxisorientierte
Forschung e.V.
AGP Arbeitsschwerpunkt Gerontologie
und Pflege

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 7000 Exemplare

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