

ANHANG

Inhaltsverzeichnis

A Chronologie

**B Grundinformationen, Verfahrensregelungen und
Formulare**

C Öffentlichkeitsmaterialien

**D Merkblätter zur Abwicklung Differenzzahlungen
Pflegegeld zu Sachleistungen**

E Fallbeispiele von BudgetteilnehmerInnen

F Pressespiegel

**G Gründe der Ablehnung des PFLEGE BUDGETs
durch GeldleistungsbezieherInnen**

**H zum Kapitel 5.3.1 Rollenkonflikte des Case
Managements**

Anhang A

Chronologie

Chronologie der Projektaktivitäten des Arbeitsschwerpunktes Gerontologie und Pflege (AGP) 2004-2008

	<i>Datum</i>	<i>Bezug</i>	<i>Beschreibung / Inhalt</i>
2004			
	05.01.2004	Projektmanagement	Standortbesuch in Annaberg Sozialministerium Sachsen (Klie)
	05.01.2004	Projektmanagement	Standortbesuch Annaberg Sozialdezernat (Klie)
	12.02.2004	Projektmanagement	Treffen Ministerium NRW (Köln) Sozialministerium, VdAK, PB
	16.02.2004	Projektmanagement	Standort Erfurt Sozialdezernat (Klie)
	17.02.2004	Projektmanagement	Standort Marburg-Biedenkopf Sozialdezernat(Klie)
	17.02.2004	Projektmanagement	Gespräch Kassel Bürgermeister (Klie)
	26.02.2004	Begleitforschung	Abstimmungsgespräch
	27.02.2004	Steuerungsgruppe	Planungsteam
	01.03.2004	Projektmanagement	Gespräch Außenkontakt München Wenninger, Eichner, (Gertsen, Klie)
	16.03.2004	Standort Neuwied	Standortplanung
	17.03.2004	Projektmanagement	Vorstellung des Projektes im Sozialministerium Sachsen LWV Sachsen, Pflegekassen, Landkreis Annaberg, Ministerium, Referat Altenhilfe, Referat Behinderte, Referat Pflege (Klie)
	17.03.2004	Projektmanagement	Vorstellung des Projektes in der Sozialausschusssitzung des Landkreises Annaberg Sozialausschuss (Klie)
	17.03.2004	Projektmanagement	Besprechung im Landratsamt Annaberg Sozialdezernat (Klie)
	19.03.2004	Projektmanagement	Gespräch Stadt Kassel (Klie)
	19.03.2004	Projektmanagement	Gespräch Kreis Marburg-Biedenkopf (Klie)
	22.03.2004	Projektmanagement	Gespräch Kontaktphase München, RGU, Kliniken Bogenhausen, Neuperlach (Gertsen, Klie)
	24.03.2004	Projektmanagement	Vorstellung des Pflegebudgetprojektes an die Stakeholder in Erfurt Kostenträger, Einrichtungsträger, Graue Panther, Seniorenrat, MDK, Landesministerium, Stadt Erfurt
	24.03.2004	Projektmanagement	Besprechung Standort Erfurt Sozialreferent(Klie)
	06.04.2004	Projektmanagement	Gespräch Standort Erfurt Betreuungsbehörde Erfurt, (Roland Schmidt)
	06.04.2004	Steuerungsgruppe	Planungsteam
	13.04.2004	Entwicklung EDV	Gespräch euregon AG, (Gertsen, Pfundstein, Klie)
	26.04.2004	Projektmanagement	Gespräch Standort München RGU (Klie)

	<i>Datum</i>	<i>Bezug</i>	<i>Beschreibung / Inhalt</i>
	27.04.2004	Projektmanagement	Besprechung Standort Neuwied Kreisverwaltung Neuwied
	28.04.2004	Assessment	Besuch Adullam Stiftung Basel Gespräch PDL Meier, stellv. PDL Jacke (Gertsen)
	04.05.2004	Projektmanagement	Gespräch Unna Ministerium NRW
	04.05.2004	Projektmanagement	Gespräch München RGU (Klie)
	04.05.2004	Projektmanagement	Besprechung München (Krankenhaus Bogenhausen) (Klie, CM)
	04.05.2004	Projektmanagement	Besprechung München AOK Bayern, VdAK, (Klie)
	05.05.2004	Assessment	Gespräch König, (Klie, Pfundstein Gertsen)
	07.05.2004	Assessment	Gespräch Garms-Homolová, Hoch, (Gertsen, Klie)
	11.05.2004	Tagung/Vortrag	Informationsveranstaltung Kassel (zusammen mit Stadt Kassel)
	11.05.2004	Projektmanagement	Gespräch Marburg-Biedenkopf Partner, (Spermann, Behrend)
	11.05.2004	Projektmanagement	Besprechung (Auftaktveranstaltung?) Marburg-Biedenkopf VdAK, Pflegekassenvertreter, MDK, ZEW, Hessisches Sozialministerium,
	13.05.2004	Begleitforschung	Gespräch
	24.05.2004	Assessment	Gespräch König (Gertsen)
	14.05.2004	Steuerungsgruppe	Planungsteam
	07.06.2004	Konferenz Projektmanagement	Regionale Pflegekonferenz Neuwied Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit/ Landkreis Neuwied
	08.06.2004	Assessment	Gespräch König, Gertsen
	14.06. - 18.06.2004	Case Manager	Projekttreffen + Ausbildung Case Manager Block I
	17.06.2004	Case Management	Gespräch Höhmann (Gertsen, Klie)
	24.06.2004	Begleitforschung	Gespräch
	25.06.2004	Steuerungsgruppe	Planungsteam
	04.07.2004	Projektmanagement	Besprechung Erfurt Standortpartner (Klie)
	05.07.2004	Case Management	Vorstellungsgespräche CM in Annaberg Landratsamt Annaberg, BewerberInnen CM- Stelle (Klie)
	06.07.2004	Projektmanagement	Gespräch München Kliniken (Klie)
	07.07.2004	Ablaufverfahren	Gespräch EFH Frankfurt (Gertsen)
	08.07.2004	Case Management	Konsultationssitzung
	11.07. - 16.07.2004	Case Manager	Projekttreffen + Ausbildung Case Manager Block II
	19.07.2004	Projektmanagement	Besprechung Unna VZ NRW (Klie)
	20.07.2004	Assessment	Gespräch Garms-Homolová, Blinkert, (Hoch, Gertsen, Klie)

	<i>Datum</i>	<i>Bezug</i>	<i>Beschreibung / Inhalt</i>
	21.07.2004	Assessment	Konsultationsrunde
	22.07.2004	Projektmanagement	Gespräch München RGU (Klie)
	22.07.2004	Tagung/Vortrag	Informationsveranstaltung Neuwied (LIGA)
	28.07.2004	Assessment	Gespräch Höhmann, Trieschmann, Gertsen (Klie)
	29.07.2004	Begleitforschung	Gespräch
	30.07.2004	Steuerungsgruppe	Planungsteam
	03.08.2004	Tagung/Vortrag	Informationsveranstaltung Annaberg Vertreter der Pflegedienste, Kassenvertreter, Vertreter des Sozialministeriums
	03.08.2004	Projektmanagement	Nachgespräch der Veranstaltung Annaberg Vertreter der Knappschaft und Vertreter der AOK (Klie)
	03.08.2004	Projektmanagement	Gespräch Annaberg Sozialdezernent, Frau Böhm, Frau Meichsner (Klie)
	07.08.2004	Konsultationsrunde	Case Management Kassenvertreter, Pflegewissenschaftler, Theoretiker und Praktiker des Case Managements, die wissenschaftlichen Begleitforscher und die wissenschaftlichen Mitarbeiter des Pflegebudgetprojekts
	09.08.2004	Assessment	Gespräch König, Gertsen
	18.08.2004	Projektmanagement	Bewerbungsgespräche CM Neuwied Sozialamtsleiter, Pfundstein, CM- BewerberInnen
	23.08. - 27.08.2004	Case Manager	Projekttreffen + Ausbildung Case Manager Block III RAI-Ausbildung, Teil I Engel, CM (Gertsen)
	27.08.2004	Projektmanagement	Gespräch Erfurt Sozialamt, CMs, (Pfundstein, Gertsen)
	02.09.2004	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Krankenkassen- Pflegekonferenz Neuwied Sozialamtsleiter, NEK, VdAK, AOK, DAK, AOK, Case Manager
	08.09.2004	Tagung/Vortrag	Informationsveranstaltung Unna Pflegekassen und Gutachterdienste
	08.09.2004	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Sitzung der Kreispflegekonferenz Unna Delegierte der Kreispflegekonferenz, VertreterInnen Pflegekassen, MDK, Stadt Münster, Kreisverwaltung
	10.09.2004	Projektmanagement	Pressekonferenz Unna Partner, Prüfer-Storcks, Borosch, Makiolla, Meinel CM, PB?
	15.09.2004	Entwicklung EDV	Gespräch Leischner, Pfundstein, Gertsen
	15.09.2004	Tagung/Vortrag	Informationsveranstaltung Marburg-Biedenkopf Kreisausschuss, PB- Team
	15.09.2004	Projektmanagement	Gespräch Kassel (Behrend)
	17.09.2004	Tagung/Vortrag	Informationsveranstaltung Kassel
	04.10.2004	Projektmanagement	Gespräch München Büscher (Klie)

	<i>Datum</i>	<i>Bezug</i>	<i>Beschreibung / Inhalt</i>
	05.10.2004	Begleitforschung	Gespräch
	06.10.2004	Steuerungsgruppe	Planungsteam
	19.10.2004	Projektmanagement	Gespräch München RGU (Klie)
	25.10. - 29.10.2004	Case Manager	Projekttreffen + Ausbildung Case Manager Block IV
	04.11.2004	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Auftaktveranstaltung Unna Pflegedienste, Wohlfahrtsverbände, sozialpolitischer Sprecher, Beratungseinrichtungen und Multiplikatoren
	11.11.2004	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Auftaktveranstaltung des Modellprojekts „Persönliches Pflegebudget“ in Erfurt
	17.11.- 18.11.2004	Assessment	RAI-Schulung Teil 2 Garms-Homolová, Engel, Gertsen, CM
	21.11.2004	Projektmanagement	Gespräch München Frau Dr. Thomas (Klie)
	23.11.2004	Projektmanagement	Besprechung München CMs (Klie)
	13.12.2004	Begleitforschung	Gespräch
	14.12.2004	Steuerungsgruppe	Planungsteam
	14.12.2004	Tagung/Vortrag	Informationsveranstaltung Neuwied (in Kooperation mit der Seniorenresidenz St. Antonius)
	21.12.2004	Assessment	Gespräch Höhmann, Trieschmann, Gertsen (Klie)
2005			
1.	10.01. - 13.01.2005	Case Manager	Projekttreffen in Vallendar + Ausbildung Case Manager
2.	14.01.2005	Berichtswesen	Vorlage Verwendungsnachweis Rechnungsjahr 2004
3.	28.01.2005	Symposium	1. Symposium Pflegebudget in München
4.	02.02.2005	Projektmanagement Intern	Teamsitzung
5.	04.02.2005	Berichtswesen	Vorlage Sachstandsbericht 2004
6.	10.02.2005	Projektmanagement	Vortrag, Landeskonferenz: „Qualität in der Pflege“ Revier A/ Ministerium für Gesundheit, Soziales, Familie und Familie NRW in Dortmund (Pfundstein)
7.	14.02.2005	Projektmanagement	Auftaktveranstaltung München
8.	15.02.2005	Steuerungsgruppe	Planungsteam mit VdAK in Freiburg
9.	28.02.2005	Projektmanagement Intern	Teamsitzung
10.	02.03.2005	Assessment	RAI- Probeassessments (Gertsen)
11.	24.03.2005	Projektmanagement Intern	Teamsitzung
12.	30.03.- 31.03.2005	Projektmanagement Intern	Klausurtagung in Freiburg (Projektmanagement)
13.	01.04.- 02.04.2005	Projektmanagement	Standortbesuch Annaberg Sozialdezernent, Personalauswahl Nachfolge, CM (Klie)

	<i>Datum</i>	<i>Bezug</i>	<i>Beschreibung / Inhalt</i>
14.	05.04.2005	Case Management	Expertengespräch, Case Management in Stuttgart (Gertsen)
15.	05.04.2005	Projektmanagement/ Begleitforschung	Arbeitstreffen in Freiburg
16.	06.04.2005	Tagung/Vortrag Case Manager Neuwied	DBfK
17.	08.04.2005	Projektmanagement	Standortbesuch München Treffen mit CM und Altenhilfereferat (Klie)
18.	08.04. - 10.04.2005	Assessment, Case Manager	RAI-Schulung in Freiburg (Gertsen)
19.	12.04.2005	Tagung/Vortrag	Altenpflagemesse in Nürnberg (Gertsen, Klie, Römer-Kirchner))
20.	12.04. - 13.04.2005	Entwicklung EDV	Beratung mit Firma Euregon in Augsburg (Behrend)
21.	15.04.2005	Projektmanagement	Treffen Sozialministerium mit Liga in Mainz (Pfundstein)
22.	19.04.2005	Tagung/Vortrag Projektmanagement, Case Manager Erfurt	Fachtag „Persönliches Pflegebudget“ des Ev. Diakoniewerkes Schwäbisch Hall (Meier, Gertsen)
23.	21.04.2005	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Landesgruppentreffen des VDAB e. V. Baden-Württemberg in Freiburg (Pfundstein)
24.	23.04.2005	Tagung/Vortrag Case Manager	Fachtagung der Dt. Gesellschaft für Muskelkranke in Leipzig (CM)
25.	25.04.2005	Projektmanagement/ Begleitforschung	Arbeitstreffen in Freiburg (Blinkert, Spermann, Klie)
26.	27.04.2005	Tagung/Vortrag Case Manager Erfurt	Dialogkreis/Fachtagung VISITAS in Berlin (CM)
27.	27.04. - 29.04.2005	Case Manager	Projekttreffen in Freiburg + Ausbildung Case Manager
28.	02.05. - 03.05.2005	Tagung/Vortrag + Fortbildung	Fachtagung Hartz IV und die Möglichkeiten im Budget (Projektmanagement)
29.	12.05.- 13.05.2005	Projektmanagement	Standortbesuche Kassel/Marburg Treffen mit Projektpartner, CM(S. Behrend)
30.	31.05. - 01.06.2005	Assessment, Case Manager	RAI-Schulung Interviewer in Freiburg
31.	06.06. - 12.06.2005	Projektmanagement	Projekttreffen in Marburg + Ausbildung Case Manager
32.	15.06.- 16.06.2005	Projektmanagement	Personalgespräche Standort Neuwied / Kündigung Frau Weide (Behrend, Pfundstein, Schiffer-Sommer, Wurm, Weide)
33.	07.06.2005	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Vortrag, Fachtagung „Soziale Leistungen im Wandel“ der Ambulanten Hilfen im Alltag - AHA e. V. in Kassel (Pfundstein)
34.	22.06.- 24.06.2005	Projektmanagement	Standortbesuch Unna (Pfundstein)

	<i>Datum</i>	<i>Bezug</i>	<i>Beschreibung / Inhalt</i>
35.	23.06.2005	Tagung/Vortrag Begleitforschung	Vortrag, Arbeitertagung des MDK Rheinland-Pfalz (Arntz)
36.	01.07.2005	Tagung/Vortrag Begleitforschung	Vortrag, Fachtagung „Das Persönliche Budget“ des Diakonischen Werkes der EKD in Potsdam (Arntz)
37.	05./06.07.2005	Projektmanagement	Standortbesuch Annaberg Runder Tisch Schlettau, (Behrend, Klie)
38.	07.07.2005	Steuerungsgruppe	Planungsteam mit VdAK in Freiburg
39.	08.07.2005	Case Manager, Standorte	Projekttreffen im Rahmen der Fachtagung Case Management in Freiburg
40.	14.07.2005	Projektmanagement	Fachtagung Hilfeplanung in Mainz (Gertsen)
41.	18.07.2005	Projektmanagement	Standort München Gespräch im Sozialreferat (Klie)
42.	22.07.2005	Tagung/Vortrag Standort Marburg	Vortrag, Symposium „Case Management - Care Management“ des Universitätsklinikums Ulm
43.	01.08.2005	Projektmanagement	Personaleinstellungsgespräche Nachf. Weide (Behrend, Gertsen, Jäger, Pfundstein)
44.	02./03.08.2005	Projektmanagement	Standort München Gespräche mit Sozialreferat, AOK, Standortpartnern (Gertsen, Pfundstein)
45.	03.08.2005	Öffentlichkeitsarbeit	Konzeption Informationsmaterialien mit Forum Sozialstation in Bonn (Behrend)
46.	07.08.- 08.08.2005	Projektmanagement	Standortbesuch Erfurt (Gertsen)
47.	30.08.2005	Projektmanagement	Standortbesuch München (Pfundstein)
48.	07.09.2005	Projektmanagement/ Begleitforschung	Telefonkonferenz Vorbesprechung 08.09.2005 (Blinkert, Klie, Spermann)
49.	08.09.2005	Projektmanagement/ Begleitforschung	Treffen mit Kassenvertretern in Siegburg
50.	08.09.2005	Steuerungsgruppe	Planungsteam mit VdAK in Siegburg
51.	08.09.- 09.09.2005	Projektmanagement	Standortbesuch Erfurt (Gertsen)
52.	09.09.2005	Projektmanagement	Gespräch Liga Dortmund (Pfundstein)
53.	10.09.2005	Projektmanagement	Gespräch Inter RAI / Frau Garms-Homolová in Berlin (Gertsen)
54.	14.09.2005	Projektmanagement	Standort Erfurt Sozialdezernent (Klie)
55.	14.09.2005	Tagung/Vortrag Standort Erfurt	Vortrag, BPA-Fachtagung Mecklenburg-Vorpommern in Rostock (CM)
56.	15.09.2005	Projektmanagement	Besprechung wg. Konzeption Öffentlichkeitsarbeit (Behrend, Grieshaber, Klie)
57.	19.09.2005	Projektmanagement Intern	Teambesprechung
58.	20.09.2005	Tagung/Vortrag Standort Erfurt	Vortrag, BPA-Fachtagung Berlin/Brandenburg in Berlin (CM)
59.	21.09.2005	Tagung/Vortrag	Landespflegeausschuss Dresden Vorstellung des

	<i>Datum</i>	<i>Bezug</i>	<i>Beschreibung / Inhalt</i>
		Projektmanagement	Modellprojektes (Klie)
60.	23.09. - 26.09.2005	Case Manager	Projekttreffen in Stuttgart + Ausbildung Case Manager
61.	28.09.2005	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Vortrag, Netwerkkongress der Landeshauptstadt Wiesbaden (Gersten)
62.	29.09.2005	Tagung/Vortrag Standort Annaberg	Vortrag, Pflegemesse Leipzig CM
63.	06.10.2005	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Pflegekongress des Landes Rheinland-Pfalz in Mainz (Klie)
64.	11.10.2005	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Regionalkonferenz des Paritätischen Kompetenzzentrums in Nürnberg (Pfundstein)
65.	14.10. - 16.10.2005	Case Manager	Projekttreffen in Freiburg + Ausbildung Case Manager
66.	17.10.2005	Projektmanagement Intern	Teambesprechung
67.	21.10.- 22.10.2005	Tagung Begleitforschung	ZEW - European Conference on Long-Term Care in Mannheim
68.	07.11.2005	Steuerungsgruppe	Planungsteam mit VdAK in Freiburg
69.	10.11.- 11.11.2005	Tagung/Vortrag Standort Erfurt	Seminar „Case Management“ der Akademie Rosenhof in Weimar (CMs)
70.	11.11.2005	Expertengespräch	Sozialrechtliche Fragen bei der Gewährung von Budgets in Berlin (Siebert, Klie)
71.	17.11.2005	Tagung/Vortrag Projektmanagement	iSPO Fachtagung für Führungskräfte von amb. Pflegediensten in Meißen (Gertsen)
72.	18.11.2005	Berichtswesen	Vorlage Zwischenbericht per 15.10.2005
73.	21.11. - 25.11.2005	Case Management, Projekttreffen in Annaberg	Projekttreffen + Ausbildung Case Manager
74.	08.12 - 09.12.2005	Symposium	2. Symposium Pflegebudget in Erfurt
75.	19.12.2005	Projektmanagement Intern	Teambesprechung
2006			
1.	13.01.2006	Berichtswesen	Vorlage Verwendungsnachweis Rechnungsjahr 2005
2.	13.01.2006	Projektmanagement	Besprechung der Spitzenverbände der Pflegekassen in Siegburg (Klie)
3.	14.01.2006	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Vortrag „Modellprojekt Pflegebudget“ an der EFH Darmstadt (Gertsen)
4.	24.01.2006	Projektmanagement	Kreisausschusssitzung Neuwied (Pfundstein, Klie)
5.	30.01.2006	Tagung/Vortrag, CM, Standort Annaberg	DGCC Tagung in Gelnhausen, CM
6.	31.01.2006	Berichtswesen	Vorlage Sachstandsbericht 2004
7.	08.02.2006	Projektmanagement	Standort Marburg, Sozialreferat (Klie)

	<i>Datum</i>	<i>Bezug</i>	<i>Beschreibung / Inhalt</i>
8.	09.02.2006	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Bundesverband AWO Fachtagung in Berlin (Pfundstein)
9.	20.02.- 21.02.2006	Projektmanagement Intern	Klausurtagung in Freiburg (Projektmanagement)
10.	23.02.2006	Projektmanagement, Standort Neuwied	Kreistagsausschuss in Neuwied (Pfundstein)
11.	23.02.2006	Projektmanagement	Standortbesuch Annaberg Sozialreferat (Klie)
12.	24.02.2006	Projektmanagement/ Begleitforschung	Vorstellung der Annaberg-Studie (Blinkert, Klie)
13.	25.02.2006	Projektmanagement/ Begleitforschung	Vorstellung der Sonderstudie Schlettau (Blinkert, Klie)
14.	02.03.2006	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Bundeskongress DRK in Berlin (Klie)
15.	08.03.2006	Projektmanagement	Landespflegeausschuss Dresden (Klie)
16.	08.03.2006	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Vortrag bei der Sozialwirtschaftlichen Managementtagung in Mainz (Pfundstein)
17.	09.03.2006	Projektmanagement	Projektbeirat NRW in Lünen (Pfundstein)
18.	10.03.2006	Projektmanagement	Treffen des Landesbeirats Rheinlandpfalz in Mainz (Pfundstein)
19.	13.03.- 14.03.2006	Projektmanagement	Standortbesuch in München, Treffen mit Case Managern, Sozialreferat (Pfundstein, Gertsen)
20.	16.03.2006	Tagung/Vortrag CM, Standort Marburg- Biedenkopf	Fachtagung Paritätisches Kompetenzzentrum in Bonn (CM)
21.	17.03.2006	Projektmanagement	Standort München - MDK Bayern (Klie)
22.	20.03.- 23.03.2006	Case Management	Projekttreffen in Essen
23.	22.03.2006	Tagung/Vortrag Projektmanagement	AOK Bundesverband in Bonn (Klie)
24.	22.03.2006	Projektmanagement	Treffen mit Vertretern der Bundesknappschaft in Frankfurt am Main (Pfundstein)
25.	24.03.2006	Steuerungsgruppe	Planungsteam mit VdAK in Freiburg
26.	25.03.2006	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Vortrag beim Diakonischen Werk Baden-Württemberg in Karlsruhe (Pfundstein)
27.	28.03.2006	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Vortrag beim DBfK Landesverband Baden-Württemberg in Stuttgart (Gertsen)
28.	04.04.2006	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Tagung des Diözesancaritasverbandes Freiburg in Rastatt (Gersten, Pfundstein, Klie)
29.	06.04.2006	Projektmanagement	Treffen mit Vertretern der Knappschaft Bahn See in der Minijobzentrale Essen (Klein, Pfundstein)
30.	06.04.2006	Assessment	Tagung in Ulm (Gertsen)
31.	10.04.2006	Projektmanagement	Workshop mit Verbänden in München (Pfundstein, Gertsen, Klie)

	<i>Datum</i>	<i>Bezug</i>	<i>Beschreibung / Inhalt</i>
32.	10.04.2006	Tagung/Vortrag Case Management, Begleitforschung	1. Sächsischer Altenpflegekongress in Dresden (McCabe, Blinkert)
33.	04.05.2006	Tagung/Vortrag/Projekt management	Dt. Fürsorgetag in Düsseldorf (Klie)
34.	09.05.2006	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Vortrag bei der 15. Bundestagung des VKAD in Mannheim (Klie)
35.	10.05.2006	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Vortrag BKK Tagung (Klie)
36.	16.05.2006	Projektmanagement	Standortbesuch in München, Sozialreferat, (Pfundstein)
37.	18.05.2006	Tagung/Vortrag Standort Kassel	30. Bundestagung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Alten- und Angehörigenberatungsstellen (CMs)
38.	19.05.2006	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Dt. Pflegekongress 2006 - Hauptstadtkongress (Klie)
39.	22.05.2006	Projektmanagement	Projektbeirat Rheinland-Pfalz in Mainz (Pfundstein)
40.	27.05.2006	Tagung/Vortrag Projektmanagement	96. Deutscher Katholikentag in Saarbrücken (Klie)
41.	07.06.2006	Projektmanagement	Landespflegekonferenz Hessen in Wiesbaden, Vorbereitung Symposium in Koblenz (Behrend)
42.	13.06.2006	Projektmanagement	Sitzung Arbeitsgruppe Pflegebudget, Landespflegeausschuss in Lünen (Pfundstein)
43.	22.06.- 25.06.2006	Vortrag/Tagung Assessment	Vortrag „RAI HC 2.0 im Projekt Pflegebudget“ beim Internationalen Kongress für Pflegewissenschaft in FH Hall/Österreich (Gertsen)
44.	29.06.2006	Vortrag/Tagung Projektmanagement	Seminar Fachweiterbildung Onkologische Pflege in Freiburg (Gertsen)
45.	04.07.- 07.07.2006	Case Management, Standorte	Projekttreffen inklusive der Fachtagung Case Management in Freiburg
46.	06.07.2006	Projektmanagement Case Management	Zweite Konsultationsrunde Case Management in Freiburg (Gertsen, Klie, Pfundstein)
47.	13.07.2006	Projektmanagement	DCV Vorstands Gespräch (Klie)
48.	18.07.2006	Projektmanagement	Standort München Gespräch im Sozialreferat der Stadt München (Pfundstein)
49.	27.07.2006	Projektmanagement intern	Klausurtagung in Freiburg
50.	01.08.2006	Projektmanagement	Standortbesuch in Erfurt, Besuch einer Klientin (Gertsen)
51.	04.08.2006	Projektmanagement/ Begleitforschung	Treffen mit der Firma Euregon in Augsburg (Gertsen, Pfundstein)
51.	11.08.2006	Projektmanagement	Vorbereitungstreffen der Open Space Veranstaltung im September in Koblenz (Pfundstein)
53.	20.08.- 26.08.2006	Begleitforschung	Sonderauswertung Non-Response in Neuwied (Meng)

	<i>Datum</i>	<i>Bezug</i>	<i>Beschreibung / Inhalt</i>
54.	25.08.2006	Begleitforschung	Interview Sozialreferat München (Schuhmacher)
55.	05.09.2006	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Mitgliederveranstaltung der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung in Köln (Gertsen)
56.	08.09.2006	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Vortrag bei der BAR-Tagung in Mainz (Pfundstein)
57.	12.09.2006	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Vortrag bei der Sozialwirtschaftlichen Managementtagung in Hamburg (Pfundstein)
58.	15.09.2006	Projektmanagement	Projektbeirat Rheinland-Pfalz (Pfundstein)
59.	20.09.2006	Projektmanagement	Gespräch im Bundesministerium für Gesundheit (Schwanenflügel, Schüssler, Schiffer, Klie)
60.	25.09.2006	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Vortrag Versorgungssteuerung im Gesundheitswesen in Berlin (Klie)
61.	26.09.2006	Projektmanagement Standort Neuwied	Open Space Veranstaltung in Neuwied (Pfundstein Schuhmacher)
62.	30.09.2006	Tagung/Vortrag Projektmanagement, Begleitforschung	Vortrag beim DGGG Jahreskongress in Freiburg (Klie, Spermann, Blinkert)
63.	02.10.2006	Projektmanagement	Standortbesuch Annaberg, Treffen mit den CM und dem Sozialreferat (Klie)
64.	04.10.2006	Projektmanagement	Landespflegeausschuss in Dresden (Klie)
65.	09.10.2006	Projektmanagement	Treffen mit Firma Euregon in Freiburg (Klie, Pfundstein, Gertsen)
66.	10.10.2006	Projektmanagement Assessment	Zweite Konsultationsrunde Assessment in Kassel (Gersten, Pfundstein, Klie)
67.	11.10.2006	Tagung/Vortrag Projektmanagement	Pflegekonferenz des Rheingau-Taunus-Kreises in Bad Schwalbach (Gertsen)
68.	12.10.2006	Projektmanagement, Begleitforschung	Gespräch mit Vertretern des ABVP in Freiburg (Blinkert, Klie)
69.	26.10.2006	Projektmanagement, Begleitforschung	Vorstellung der Unna Studie (Klie, Blinkert, Pfundstein)
70.	26.10.2006	Steuerungsgruppe	Planungsteam mit VdAK in Unna
71.	03.11.2006	Begleitforschung	Auswertungsgespräch Non-Response in Freiburg
72.	13.11.2006	Projektmanagement, Begleitforschung?	Besprechung mit O. Ehrentraut, Häcke, Universität Freiburg (Klie)
73.	15.11.2006	Projektmanagement, Begleitforschung	Besprechung FIFAS/ZEW/AGP in Freiburg
74.	06.11. - 08.11.2006	Case Manager	Projekttreffen in Kassel
75.	23.11.2006	Tagung/Vortrag Projektmanagement	15. iSPO Fachtagung: Entwicklungsbedarf in der Pflegeversicherung in Meißen (Gertsen)
76.	28.11.2006	Tagung/Vortrag Standort Neuwied	Fachforum Pflegebudget vom Deutschen Caritasverband in Frankfurt (Schiffer-Sommer)

	<i>Datum</i>	<i>Bezug</i>	<i>Beschreibung / Inhalt</i>
77.	07.12 - 08.12.2006	Symposium	3. Symposium Pflegebudget in Koblenz
78.	14.12.2006	Projektmanagement	Standortbesuch München (Klie, Pfundstein)
2007			
1.	02.02.- 04.02.2007	Case Mangement, Standorte	RAI-Schulung in Freiburg
2.	08.02.2007	Projektmanagement	Standort Erfurt Treffen mit Vertretern der Kassen und des Landkreises (Pfundstein)
3.	08.02.2007	Vortrag/Tagung Projektmanagement	Vortrag auf der Mitgliederversammlung der Diakonie-Sozialstationen in Kassel (Behrend)
4.	15.02.2007	Projektmanagement	Standort Unna Treffen mit Vertretern der Kassen und des Landkreises (Pfundstein)
5.	23.02.2007	Steuerungsgruppe	Planungstreffen mit VdAK in Freiburg
6.	06.03.- 07.03.2007	Projektmanagement Intern	Klausurtagung in Freiburg (Projektmanagement)
7.	09.03.2007	Projektmanagement	Standort Unna Treffen mit Vertretern der Kassen und des Landkreises (Pfundstein)
8.	12.03.- 14.03.2007	Case Management, Standorte	Projekttreffen Case Management in Frankfurt
9.	20.03.2007	Vortrag/Tagung Projektmanagement	Altenpflege-Pro Pflege/Messe in Nürnberg (Klie)
10.	23.03.2007	Projektmanagement	Standort München Treffen mit Vertretern der AOK
11.	19.04.2007	Projektmanagement	Treffen mit Herrn Schiffer (VdAK) in Köln (Klie)
12.	25.04.2007	Vortrag/Tagung Projektmanagement	Vortrag auf der Regionalen Pflegekonferenz des Landkreis Trier (Behrend)
13.	14.05.2007	Projektmanagement, Begleitforschung	Besprechung AGP/ZEW in Mannheim
14.	24.05.2007	Projektmanagement	Standorttreffen in Frankfurt
15.	25.05.2007	Vortrag/Tagung Projektmanagement	Workshop Pflegebudget, Deutscher Caritasverband in Freiburg (Klie/Pfundstein)
16.	20.06.2007	Vortrag/Tagung Projektmanagement	Tagung der GeFa Mittelfranken in Nürnberg (Pfundstein)
17.	26.06.2007	Projektmanagement	Expertengespräch in Berlin (Klie)
18.	20.07.2007	Projektmanagement, Begleitforschung	Besprechung AGP/FIFAS/ Institut für VWL und Finanzwissenschaft in Freiburg
19.	09.08.2007	Projektmanagement	Standortbesuch München Sozialreferat Treffen mit den Projektpartnern (Pfundstein)
20.	13.09.2007	Vortrag/Tagung Projektmanagement	Konsultationsrunde in Freiburg
21.	15.09.- 16.09.2007	Case Management, Standorte	Projekttreffen inklusive Fortbildung in Freiburg
22.	26.09.2007	Vortrag/Tagung	Workshop Hochschule für Angewandte

	<i>Datum</i>	<i>Bezug</i>	<i>Beschreibung / Inhalt</i>
		Projektmanagement	Wissenschaften Hamburg (Klie)
23.	04.10.2007	Tagung/Vortrag, CM, Neuwied	Fachgruppentagung BEKO in Neustadt (Wurm)
24.	17.10.2007	Vortrag/Tagung Projektmanagement	Dt. Caritasverband Erfurt/Delegiertenversammlung (Pfundstein)
25.	02.11.2007	Begleitforschung	Experteninterview/Case Management München (Störkle)
26.	06.11.2007	Begleitforschung	Experteninterview Kassel (Schuhmacher)
27.	07.11.2007	Vortrag/Tagung Projektmanagement	Vortrag bei auf der ConSozial/Messe in Nürnberg (Klie)
28.	12.11.2007	Begleitforschung	Experteninterview Neuwied (Störkle)
29.	14.11.2007	Projektmanagement, Begleitforschung	Besprechung AGP/FIFAS/ZEW in Freiburg
30.	19.11.2007	Begleitforschung	Experteninterview Unna (Störkle)
31.	23.11.2007	Begleitforschung	Experteninterview/Case Management München (Störkle)
32.	26.11.2007	Begleitforschung	Experteninterview Marburg (Störkle)
33.	29.11.2007	Begleitforschung	Experteninterview Case Management Erfurt/Annaberg (Störkle)
34.	06.12.- 07.12.2007	Symposium	4. Symposium Pflegebudget in Bonn

2008

	21.02.2008	Standort München	Abschlussveranstaltung (Klie, Siebert)
	26.02.2008	Standort Neuwied	Projektbeirat Neuwied (Klie)
	26.02.2008	Standort Neuwied	Abschlussveranstaltung (Klie)
	13.03.2008	Standort Kassel	Abschlussveranstaltung (Klie)
	17.03.2008	Standort Annaberg	Abschlussveranstaltung (Klie)
	18-19.03.2008	Abschlussbericht	Klausurtagung Abschlussbericht Freiburg
	20.03.2008	Standort Erfurt	Abschlussveranstaltung (Pfundstein)
	15.04.2008	Standort Unna	Abschlussveranstaltung (Klie, Pfundstein)
	15.04.2008	Standort Unna	Nachbesprechung Standort (Klie, Pfundstein)
	15.04.2008	Case Management, Standorte	Abschlussstreffen mit den Case Managern in Dortmund (Klie, Pfundstein, Behrend)
	21.04.2008	Standort München	Abschlussbesprechung Standort München

Anhang B

**Grundinformationen,
Verfahrensregelungen und
Formulare**

Stand: 14.12.2007



Ein Projekt gefördert durch die
Spitzenverbände der Pflegekassen

Das Persönliche Pflegebudget

Grundinformationen, Verfahrensregelungen
und
Formulare

Projektmanagement Freiburg

Arbeitsschwerpunkt Gerontologie & Pflege
an der Evang. Fachhochschule
Bugginger Straße 38

79 114 Freiburg
Tel.: 0761/4 78 12-23
Fax: 0761/4 78 12-699
AGP@pflegebudget.de

Übersicht

Grundinformationen	3
Strukturorganigramm	8
Ablaufplan	9
Verfahren der Aufnahme	10
Formulare	13

Grundinformationen

Das Persönliche Pflegebudget

Perspektiven für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Entstehungsgeschichte und Struktur des Projektes

Die Diskussion um die Zukunft der Pflegeversicherung dreht sich meist um die Finanzierung und Finanzierbarkeit. Bedeutsam ist aber auch die Weiterentwicklung des Leistungsrechts. Im Rahmen der Experimentierklausel des § 8 Abs. 3 SGB XI, eingefügt durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz, fördern die Spitzenverbände der sozialen Pflegeversicherung das Projekt „Personenbezogenes Budget“*. In sieben Regionen der Bundesrepublik sollen insgesamt bis zu 900 Personen die Chance erhalten, das „Persönliche Pflegebudget“ zu erhalten. Eine ebenso große Vergleichsgruppe soll es möglich machen, die Wirkungen des Pflegebudgets zu analysieren. Träger des Projekts ist die Evangelische Fachhochschule Freiburg, Arbeitsschwerpunkt Gerontologie & Pflege unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Klie. Die wissenschaftliche Begleitforschung wird von einem Forschungsverbund getragen. Zu ihm zählen das Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) und das Freiburger Institut für Angewandte Sozialforschung (FIFAS).

Budgets im Trend

Budgets sind sozialpolitisch derzeit „in“. In der Behindertenhilfe werden sie bereits länger als Persönliches Budget erprobt. In der gesetzlichen Krankenversicherungen sind Patientenbudgets im Rahmen der Integrierten Versorgung möglich. Für die Pflegeversicherung haben sowohl die Herzog- als auch die Rürup-Kommission die Erprobung von Budgets empfohlen. Dies soll mit diesem Projekt geschehen. § 8 Abs. 3 SGB XI eröffnet die Möglichkeit zu einem der bisher größten leistungsrechtlichen Experimente im Bereich der Pflegeversicherung.

Warum Pflegebudgets?

Mit der Einführung des Personenbezogenen Pflegebudgets sind bestimmte *Erwartungen* verbunden. Zu ihnen gehören:

- Flexibilisierung der Leistung der Pflegeversicherung und damit verbunden die bessere Berücksichtigung von bisher vernachlässigten Wünschen und Bedürfnissen Pflegebedürftiger, besonders von Menschen mit Demenz.

- Die Stützung häuslicher Pflege und Betreuung und damit verbunden die Vermeidung vorzeitiger Heimaufnahme.
- Unterstützung der Autonomie Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen und Stärkung ihrer „Kunden“-Position.
- Impulse für eine Weiterentwicklung der pflegerischen und betreuenden Infrastruktur im Bereich der häuslichen Versorgung.

Mit dem Persönlichen Pflegebudget sind eine Reihe von *Fragen* verknüpft, die untersucht werden sollen:

- Wie kann die Qualität der Pflege und Betreuung sichergestellt werden, wenn der Pflegemarkt partiell dereguliert wird?
- Wie kann dem Missbrauch von Leistungen der Pflegeversicherung (so genannte Moral Hazard-Effekte) vorgebeugt werden?
- Welchen Einfluss hat ein Persönliches Budget auf die Pflege und auf die Lebensqualität Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger?
- Stimuliert das Persönliche Pflegebudget gemischte Pflegearrangements, an denen sich auch bürgerschaftlich Engagierte beteiligen?
- Für welche Bevölkerungsgruppen ist das Personenbezogene Pflegebudget besonders interessant?

Diesen Fragen soll im Laufe des auf fünf Jahre angelegten Projekts systematisch nachgegangen werden.

Was heißt „Pflegebudget“?

Das Pflegebudget wird als Geldleistung in Höhe der Sachleistung je Pflegestufe ausgezahlt und soll zum Einkauf von Care-Leistungen dienen. Sowohl die Pflegebedürftigen als auch die Pflegedienste sind beim Pflegebudget vom Verrichtungsbezug des § 14 SGB XI befreit. Das Leistungsspektrum kann damit ausgeweitet und dem individuellen Bedarf und den Bedürfnissen angepasst werden. Für den Wert der bisherigen Sachleistungen in Geld sollen sich Pflegebedürftige, begleitet durch verbindliches Case Management, individuell ihre Leistungspakete zusammen stellen, ggf. aufgestockt durch eigene Mittel und ergänzende Leistungen der Sozialhilfe. Unberührt bleiben Leistungen der Häuslichen Krankenpflege, aber

* Im Gesetzestext des § 8 Abs. 3 ist die Option eines „personenbezogenen Pflegebudgets“ ausdrücklich erwähnt. Für die Öffentlichkeitsarbeit und den Dialog mit Pflegebedürftigen wurde dieser Gesetzesterminus zur besserem Verständlichkeit in „Persönliches Pflegebudget“ abgewandelt..

auch Leistungen der Eingliederungshilfe: Ein integriertes Budget ist im Rahmen dieses Modellvorhabens nicht vorgesehen.

Care-Leistungen und Case Management

Der Einkauf von Care-Leistungen ist grundsätzlich frei. Er ist nicht beschränkt auf zugelassene Pflegedienste. Auch die Preise sind nicht vorgegeben. Gleichwohl gibt es Restriktionen. Das Pflegebudget darf nicht eingesetzt werden für die Entlohnung von Angehörigen und ebenso wenig für Schwarzmarktleistungen. Um die Qualität der Pflege und Betreuung sicher zu stellen, auch um die Pflegebedürftigen überhaupt in die Lage zu versetzen, das Pflegebudget einzusetzen, die notwendigen Aushandlungen mit den Pflegediensten vorzunehmen, werden Case Manager eingesetzt. Diese werden im Rahmen eines Assessments den Hilfe- und Betreuungsbedarf erheben, die Qualität der Pflegesituation im Blick haben und abgestimmte, den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen entsprechende Hilfen sicherstellen helfen.

Wer kann Budgetnehmer werden?

Generell richtet sich das Pflegebudget an alle Personen, die im Leistungsbezug des SGB XI stehen. Grundsätzliche Voraussetzung ist also die Begutachtung und eine entsprechende Pflegeeinstufung. Primär richtet sich das Pflegebudget an folgende Teilnehmer:

- Alle Erstantragsteller
- Alle Personen welche ambulante Dienste über § 36 SGB XI in Anspruch nehmen
- Alle Kombileistungsnehmer, deren Sachleistungsanteil bei mindestens 90 % liegt
- Alle im Sachleistungsbezug Stehenden
- Alle Personen, die nach Krankenhausentlassung aufgrund einer Schnelleinstufung leistungsberechtigt sind.

Zusätzlich zu diesem Personenkreis können in zwei Regionen (Landkreis Neuwied, Stadt Erfurt) auch Geldleistungsbezieher aufgenommen werden. Ausgeschlossen ist der Leistungsbezug des Pflegebudgets für die Gruppe der so genannten Pflegestufe 0 und einen Teil der Bezieher von Kombi-Leistungen nach § 38 SGB XI. Kombileistungsnehmer, deren Sachleistungsanteil geringer als 90 % der Sachleistung ausfällt, haben ebenfalls keinen Anspruch auf das Pflegebudget. Auch Versicherte der Privaten Pflegeversicherungen können an dem Projekt nicht teilnehmen. Alle Interessenten für die Leistungen des Pflegebudgets werden in einem randomisierten Verfahren der Programmgruppe bzw. der Vergleichsgruppe zugewiesen. Insofern besteht für alle Interessenten lediglich eine Chance von 50 %, auch tatsächlich Pflegebudgetleistungen zu erhalten.

Wer kommt als Dienstleister für die Budgetleistungen in Betracht?

Zunächst sind schon bisher tätige Pflegedienste angesprochen. Diese können allerdings für die Budgetnehmer ihr Leistungsspektrum deutlich diversifizieren. Möglich sind auch Leistungen die nicht dem Verrichtungsbezug des § 14 SGB XI entsprechen. Neben den zugelassenen Pflegediensten können aber auch andere Dienstleister Mittel aus dem Pflegebudget beziehen, die keinen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen haben. Pflegebedürftige und deren Angehörige können aber auch Arbeitgebermodelle der Versorgung wählen und etwa in Form von Minijobs selbst geeignete Personen anstellen. Die Case Manager sind bei den verfahrens- und Abwicklungsfragen behilflich, achten aber auch auf die ordnungsgemäße Gestaltung entsprechender Leistungs- und Arbeitsverträge.

Erwartungen an die Beteiligten

Die Erprobung des Pflegebudgets und der Erfolg des Projektes ist von verschiedenen Voraussetzungen abhängig. Ohne eine aktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den Pflegekassen, den Medizinischen Diensten der Krankenkassen (MDK) und den Kommunen ist sowohl die Gewinnung als auch die Begleitung der Budgetnehmer und der Vergleichsgruppenteilnehmer nicht zu gewährleisten.

Erfolgsfaktoren des Projektes

Das Projekt lebt von der aktiven Mitgestaltung aller, die für die Sicherstellung der Pflege Verantwortung tragen. Dazu gehören die Pflegekassen ebenso wie die Professionellen der Pflege, die Familien, die Kommunen, die Freiwilligendienste etc. Der neue Ansatz hat dann eine Chance, wenn ihn alle fördern und ihn auf seine Zukunftstauglichkeit testen.

Pflegekassen und MDK sind in besonderer Weise gefordert: Sie können das Vertrauen der Pflegebedürftigen in das Pflegebudget stärken, können Informationen vermitteln und im Rahmen der Begutachtung Hinweise geben. Die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Case Managern sollte für alle Seiten von Nutzen sein. Sie bringt Entlastung für den MDK, garantiert fundierte und leistungsrechtübergreifende Pflegeberatung und kann dazu beitragen, dass die Leistungen der Pflegeversicherungen in Zukunft als zentraler und stabilisierender Beitrag für häusliche Pflegearrangements gewertet werden.

Qualifizierung: Case Management

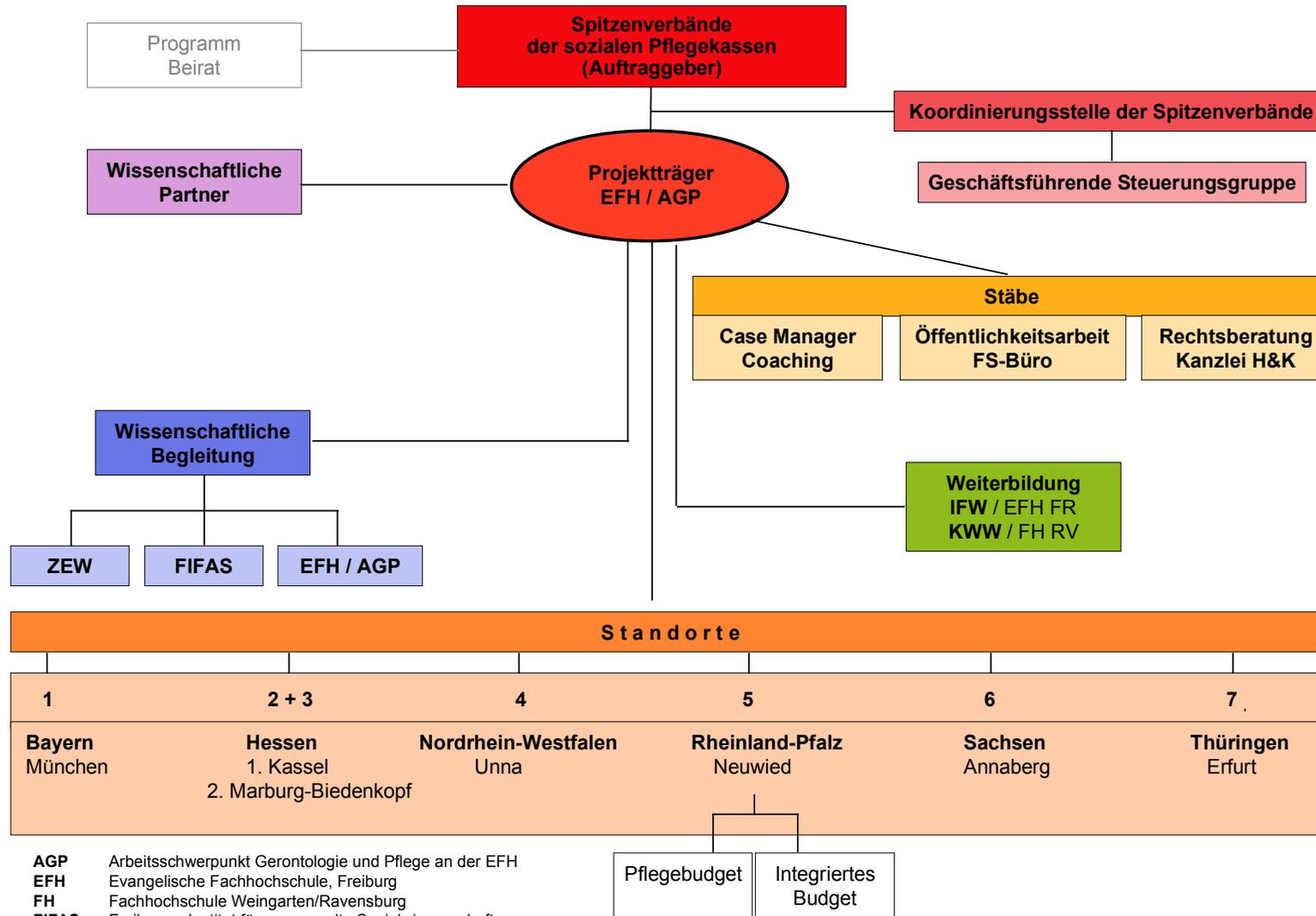
Allenthalben wird gefordert, Methoden des Case Managements und den Aufbau entsprechender Strukturen im Bereich der Altenhilfe, im Gesundheitswesen, aber auch in der Pflege zu fördern. Case Management kommt im Projekt „Persönliches Pflegebudget“ eine zentrale Rolle zu. Deshalb ist in das Projekt eine Case Management Ausbildung im Rahmen eines Kontaktstudiengangs integriert. Die Ausbildung orientiert sich am gemeinsam verabschiedeten

Curriculum der DBS, des DBfK und des DBSH und wird mit einem zertifizierten Abschluss enden. Die Case Manager im Projekt erfüllen eine wichtige Assessment-Funktion, begleiten die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen bei der Gestaltung des Pflegearrangements und unterstützen sie ggf. bei der Aushandlung mit Pflegediensten, die die Pflege übernehmen.

Weitere Informationen unter: www.pflegebudget.de

Das Pflegebudget • www.pflegebudget.de

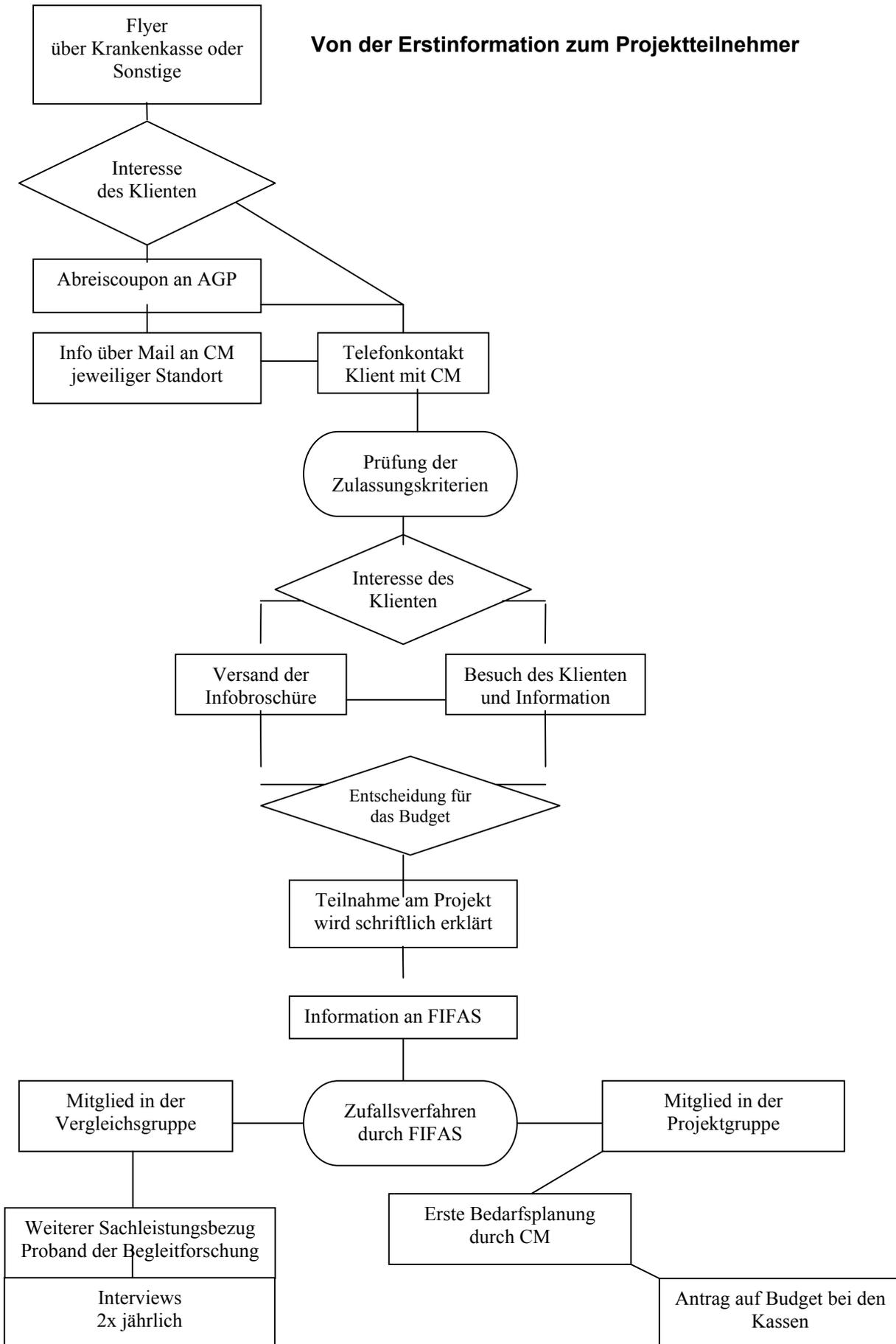
Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (§8 Abs. 3 SGB XI)



- AGP** Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege an der EFH
- EFH** Evangelische Fachhochschule, Freiburg
- FH** Fachhochschule Weingarten/Ravensburg
- FIFAS** Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft
- FS-Büro** FORUM SOZIALSTATION e.V. Bonn
- IFW** Institut für Fort- und Weiterbildung, Freiburg
- H&K** Kanzlei RAe Hess & Koll, Freiburg
- KWW** Koordinierungsstelle für Wissenschaftliche Weiterbildung, Ravensburg
- ZEW** Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung GmbH, Mannheim

Ablaufplan

Von der Erstinformation zum Projektteilnehmer



Das Verfahren der Aufnahme

Die nachfolgenden Informationen ergänzen die Inhalte des Ablaufplanes von der Erstinformation bis zur Budgetauszahlung

Beginn und Ende des generellen Leistungsbezuges

- Die Kassen werden über den Beginn des Projektes über den VdAK sowie über die Projektleitung informiert (mit dieser Meldung erhalten die Kassen eine schematische Darstellung des Ablaufplanes von der Information über das Projekt bis zum Bezug)
- Beginn des frühest möglichen Leistungsbezuges ist der 01.12.04
- Ende des Leistungsbezuges ist der 29.02.08

Mögliche Teilnehmer für das Projekt

- Alle Sachleistungsempfänger
- Alle Erstantragssteller
- Alle Antragssteller auf Höherstufung
- Alle Antragssteller auf Wechsel in einen anderen Leistungsbezug
- Alle Kombinationsleistungsempfänger mit einem Geldleistungsanteil von maximal 10 %
- Zusätzlich auch alle Geldleistungsempfänger in den Standorten Erfurt und Neuwied

Von der Erstinformation zur Teilnahmeerklärung

- Die Pflegekasse stellt, sofern keine andere Vereinbarung vorliegt, die Flyer und die Infobroschüre allen Erstantragsstellern , allen Antragsstellern auf Höherstufung sowie allen Antragstellern mit dem Wunsch auf Wechsel in einen andern Leistungsbezug zu
- Die Kasse informiert den Versicherten über die Möglichkeiten der Inanspruchnahme des Budgets und verweist bei bestehendem Interesse des Versicherten an das zuständige Pflegebudgetbüro (die Kooperation zwischen Kasse und Büro sollte durch regelmäßigen Austausch gewährleistet sein)
- Die generellen Zulassungskriterien des Versicherten für das Projekt werden durch den Case Manager geprüft
- Der Versicherte unterschreibt eine Teilnahmeerklärung (*Formular Teilnahmeerklärung*), die dem zuständigen Institut für die Begleitforschung in Freiburg zugestellt wird (FIFAS = Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft e.V.)

Die Zufallsauswahl (Randomisierung)

- FIFAS entscheidet durch ein Zufallsverfahren über die Zuordnung der Interessenten in die Projektgruppe (mit Budgetbezug) oder Vergleichsgruppe (ohne Budgetbezug, aber mit Teilnahme an den Erhebungen)
- In der Vergleichsgruppe bleibt der Leistungsbezug unverändert oder orientiert sich im Falle der Ersteinstufung an den bisherigen Optionen. Eine Meldung an die Kasse durch den Case Manager erfolgt in diesem Falle nicht

Vom Assessment über den Antrag zur Budgetauszahlung

- Der Case Manager wendet sich mit den Fragen der Begleitforschung an den Projektgruppenteilnehmer und erstellt mit ihm zusammen ein Assessment, aus dem sich eine erste Vereinbarung über die notwendigen und gewünschten Hilfen ergibt; erst auf der Grundlage des ersten Assessments kann der Antrag auf Leistungen nach dem Modellprojekt an die Kasse weitergeleitet werden (*Formular Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung*)
- Der Stichtag für die Beantragung eines Wechsels oder die Aufnahme des Leistungsbezuges ist regional mit den Kassen zu vereinbaren, sollte aber für alle Kassen am Standort gleich sein (Vorschlag: der 15. des Monats für den darauffolgenden Monat); bei noch nicht eingestuftem Versicherten erfolgt die Zahlung rückwirkend zum Datum des Antrages auf die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit (wie in den anderen Leistungsbezügen auch)
- Die Zahlungsanweisung für das Budget erfolgt zum 01. eines jeden Monats im Voraus

Einstellung / Unterbrechung der Budgetzahlung

- Eine Einstellung der Budgetzahlung erfolgt seitens der Pflegekasse bei Unterbrechung ab dem vierten Tag (z.B. Krankenhausaufenthalt). Über die Unterbrechung informiert entweder Budgetnehmer oder der CM die Kasse (*Formular: Unterbrechungsmeldung*)
- Im Todesfalle wird die Kasse von den Angehörigen oder dem Case Manager informiert (*Formular: Erklärung zur Beendigung im Todesfalle*)
- Sollte im Falle einer Unterbrechung des Bezuges ein Teil des letzten Budgets nicht ausgegeben worden sein, wird dieser Teilbetrag bei Wiedereinsetzung der Leistungen (*Formular: Wiedereinsetzung der Leistungen*) mit dem folgenden Monatsbudget verrechnet. Die Informationspflicht gegenüber der Kasse obliegt dem Versicherungsnehmer. Auf Wunsch übernimmt der Case Manager diese Information. Gleiches gilt bei Kündigung der Projektteilnahme durch den Pflegebudgetbezieher.

- Im Todesfall geht die Informationspflicht gegenüber den Kassen auf die Erben über. Auch in diesem Fall besteht eine Rückzahlungspflicht nicht verwendeter Budgetmittel. Die Information über die Höhe des Restbetrages erfolgt durch die Angehörigen oder Erben. Auf Wunsch leistet der Case Manager Unterstützung bzw. errechnet das verbleibende Restbudget auf Basis der Bedarfsplanung.
- Eine Kündigung der Teilnahme aus wichtigen Gründen ist grundsätzlich durch den Versicherten oder den Case Manager möglich. Im Falle der Kündigung stehen dem ehemaligen Budgetnehmer die bisherigen Optionen der Pflegeversicherung offen (*Formular: Erklärung zur Beendigung*). Die Kündigung am Projekt kann an den Case Manager delegiert werden.
- Der Projektträger hat das Recht zur Kündigung wenn:
 - das Budget trotz Hinweis des Budgetnehmers nicht vereinbarungsgemäß verwendet wird oder der Budgetnehmer argwillig die Budgetverwendung verschleiert.
 - die Pflege des Budgetnehmers nicht gesichert bzw. Gesundheit gefährdet ist.

Leistungen im Pflegebudget

- Die Höhe des Budgets richtet sich nach der Pflegestufe; es handelt sich um eine Geldleistung in Höhe der entsprechenden Sachleistung
- Teilnehmer im Projekt können zusätzlich zum Budget folgende Leistungen in Anspruch nehmen:
 - Leistungen der Verhinderungspflege
 - Leistungen der sozialen Sicherung der Pflegepersonen
 - Leistungen aus dem Pflegeergänzungsgesetz
- Leistungen der Tages- und Nachtpflege müssen hingegen mit dem Pflegebudget verrechnet werden.
- Ein gemeinsamer Bezug von Leistungen anderer Rehabilitationsträger in Form eines Budgets und dem Pflegebudget ist **nicht** möglich (*Abgrenzung zum trägerübergreifenden integrierten Budget*).

Formulare

- Teilnahmeerklärung
- Antrag auf Leistungen
- Unterbrechungsmeldungen
- Wiedereinsetzung
- Beendigung durch Budgetnehmer
- Beendigung durch Projektträger
- Beendigung auf Grund von Tod
- Datenschutzhinweise



Ein Projekt gefördert durch die
Spitzenverbände der Pflegekassen

Teilnahmeerklärung am Modellprojekt Persönliches Pflegebudget

Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Straße / Hausnummer / PLZ / Wohnort: _____	Telefonnummer: _____
Krankenkasse / Pflegeversicherung: _____	Versicherungsnummer: _____

- I. **Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am Modellprojekt Persönliches Pflegebudget.**
- II. Mir ist bewusst, dass mit dieser Teilnahmeerklärung nicht automatisch die Teilnahme an der Programmgruppe des Pflegebudgets und somit der Bezug des Pflegebudgets verbunden ist. Mit der eventuellen Zuordnung in die Vergleichsgruppe und der Beibehaltung meiner bisherigen Leistungen aus der Pflegeversicherung bin ich einverstanden.
- III. Ich akzeptiere, dass die Zuordnung in die Programmgruppe bzw. in die Vergleichsgruppe auf Grundlage eines Zufallsverfahrens durch das Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft (FIFAS) ermittelt wird.
- IV. Mit der Teilnahme am Modellprojekt erkläre ich auch die Bereitschaft zur Teilnahme an Interviews zur Durchführung der Begleitforschung. (Voraussichtlich zwei Interviews pro Jahr)
- V. Das Pflegebudget darf nur zur Finanzierung für Hilfen zur Bewältigung der Pflegebedürftigkeit und den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Aufgaben der Haushaltsführung und der Alltagsgestaltung verwendet werden. Es dürfen keine Zahlungen an nahe Angehörige (Ehepartner, Lebenspartner, Kinder, Eltern und Geschwister) erfolgen. Anstellungen bzw. Auszahlungen aus dem Pflegebudget müssen den arbeitsrechtlichen und sozialrechtlichen Gesetzen und Richtlinien folgen.
- VI. Im Rahmen der Beratung und der Begleitforschung lege ich dem Case Manager die Verwendung des Pflegebudgets dar. Diese Darlegung wird nicht an die Pflegekassen weitergegeben. Sollte ich trotz entsprechender Hinweise des Case Managers eine zweckentfremdete Verwendung vornehmen, kann der Projektträger die Teilnahme am Modellprojekt beenden. Die Pflegekasse wird hierüber entsprechend informiert und wird die Budgetzahlungen einstellen. Die gesetzlichen Leistungsansprüche aus der Pflegeversicherung bleiben hiervon unberührt.

VII. Ich kann den Case Manager damit beauftragen für mich eine Unterbrechungsmeldung bzw. eine Wiederaufnahmemeldung für Leistungen aus der Pflegeversicherung im Rahmen des Modellprojektes an meine Pflegekasse abzugeben.

VIII. Ich kann die Teilnahme am Modellprojekt jederzeit aus wichtigem Grund unterbrechen oder beenden. (z. B. Krankenhausaufenthalt, Umzug in ein Heim). Eine ordentliche Kündigung ist jeweils zum Monatsende möglich. Eine Kündigung des Modellträgers ist jederzeit möglich, falls trotz entsprechender Hinweise die Leistungsverwendung unzulässig erfolgt oder die Darlegung der Leistungsverwendung verweigert wird.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten *

- ggf. eines gesetzlichen Vertreters

Datenschutzerklärung

- I. Ich bin damit einverstanden, dass der Case Manager die im Assessment, (Hilfsbedarfsfeststellung) gewonnenen Daten für meine kontinuierliche Beratung nutzt solange ich an dem Modellprojekt Pflegebudget teilnehme. Die Übermittlung von Daten an Vertragspartner (zum Beispiel Pflegedienste), meine Pflegekasse oder andere Sozialleistungsträger folgt jeweils auf Grund gesondert erklärter Einwilligung.
- II. Ich bin damit einverstanden, dass die im Assessment erhobenen Daten sowie die zum Modellprojekt gehörenden Befragungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung in anonymisierter Weise für Zwecke der Begleitforschung im Rahmen der Erprobung des Pflegebudgets ausgewertet werden.
- III. Pflegediensten, Pflegekassen oder Dritten werden ohne meine gesondert erteilte Einwilligung keine personenbezogenen Daten aus dem Assessment und den Befragungen übermittelt.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten *

- ggf. eines gesetzlichen Vertreters



Ein Projekt gefördert durch die
Spitzenverbände der Pflegekassen

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung zum Modellprojekt Persönliches Pflegebudget

Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Straße / Hausnummer / PLZ / Wohnort: _____	Telefonnummer: _____
Krankenkasse / Pflegeversicherung: _____	Versicherungsnummer: _____
Kreditinstitut: _____	Bankleitzahl: ____ / ____ / ____
Konto-Nummer: _____	Kontoinhaber, wenn nicht Antragsteller _____

Hiermit beantrage ich die Teilnahme am Modellprojekt Persönliches Pflegebudget zum _____ (Wechsel immer zum 01. eines Monats möglich).

- Ich bitte um ein beschleunigtes Eilbegutachtungsverfahren wegen anstehender Krankenhausentlassung

Ich habe bisher folgende Leistungen bezogen:

- Sachleistungen gemäß § 36 SGB XI
- Pflegegeld gemäß § 37 SGB XI (nur in Erfurt und Neuwied möglich)
- Kombileistungen gemäß § 38 SGB XI bis maximal 10 % Pflegegeldanteil
- Tages- / Nachtpflege gemäß § 41 SGB XI
- Kurzzeitpflege gemäß § 43 SGB XI oder Verhinderungspflege gemäß § 39 SGB XI
- Leistungen gemäß § 45 b SGB XI
- Keine Leistungen

Die Teilnahme an dem Modellprojekt Pflegebudget ist freiwillig. Mit dem Antrag auf die Leistung des Pflegebudgets erkläre ich meine Bereitschaft, dass meine persönlichen Daten für wissenschaftliche Zwecke in anonymisierter Form und für die Beratung durch den Case Manager in personenbezogener Form verwendet werden.

Ich wurde darüber informiert, dass die Verwendung des Persönlichen Pflegebudgets nur für Hilfen im Zusammenhang mit der Bewältigung der Pflegebedürftigkeit und den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Aufgaben der Haushaltsführung und der Alltagsgestaltung verwendet werden dürfen. Es dürfen keine Zahlungen an nahe Angehörige (Ehepartner, Lebenspartner, Kinder, Eltern und Geschwister) erfolgen. Anstellungen bzw. Auszahlungen aus dem Pflegebudget müssen den arbeitsrechtlichen und sozialrechtlichen Gesetzen und Richtlinien folgen.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass der Case Manager berechtigt ist, bei meiner Pflegekasse Daten beziehungsweise Unterlagen (z.B. MDK Gutachten) anzufordern, die im direkten Zusammenhang mit der Beratung und Erhebung meiner Pflegebedürftigkeit stehen.

Eine erste Bedarfsplanung über die zukünftige Gestaltung meines Pflegearrangements wurde mit dem zuständigen Case Manager ausgearbeitet.

Bestätigung des Case Managements: _____
(Datum / Unterschrift)

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten *
* ggf. eines gesetzlichen Vertreters



Ein Projekt gefördert durch die
Spitzenverbände der Pflegekassen

Unterbrechungsmeldung für Leistungen der Pflegeversicherung zum Modellprojekt Persönliches Pflegebudget

Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Straße / Hausnummer / PLZ / Wohnort: _____	Telefonnummer: _____

Krankenkasse / Pflegeversicherung: _____	Versicherungsnummer: _____
---	-------------------------------

Hiermit teile ich die Unterbrechung an der Teilnahme am Modellprojekt Persönliches Pflegebudget mit:

Beginn der Unterbrechung: _____	Voraussichtliches Ende der Unterbrechung: _____
------------------------------------	--

Grund der Unterbrechung:

- Krankenhausaufenthalt
- Kurzzeitpflege
- Sonstiges _____

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten *

* ggf. eines gesetzlichen Vertreters

Alternativ:

Telefonische Mitteilung durch: _____	Funktion des Anrufers: _____
---	---------------------------------

Ort, Datum

Unterschrift Case ManagerIn



Ein Projekt gefördert durch die
Spitzenverbände der Pflegekassen

Wiedereinsetzung der Leistungen der Pflegeversicherung zum Modellprojekt Persönliches Pflegebudget nach einer Unterbrechung

Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Straße / Hausnummer / PLZ / Wohnort: _____	Telefonnummer: _____
Krankenkasse / Pflegeversicherung: _____	Versicherungsnummer: _____

Hiermit teile ich mit, dass nach Unterbrechung mein Anspruch auf Leistungen des
Pflegebudgets wieder eingesetzt werden soll:

Datum der Wiedereinsetzung: _____	Beginn der Unterbrechung (nachrichtlich) _____
--------------------------------------	---

Für den Monat der Unterbrechungsmeldung steht:

- kein Restbudget mehr zur Verfügung
- Ein Restbudget in Höhe von _____ € zur Verfügung
- Ausgabe erfolgt noch im gleichen Monat
- Restbetrag soll im Folgemonat verrechnet werden

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten *
* ggf. eines gesetzlichen Vertreters

Alternativ:

Telefonische Mitteilung durch: _____	Funktion des Anrufers: _____
---	---------------------------------

Ort, Datum

Unterschrift Case ManagerIn



Ein Projekt gefördert durch die
Spitzenverbände der Pflegekassen

Erklärung zur Beendigung über die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung zum Modellprojekt Persönliches Pflegebudget

Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Straße / Hausnummer / PLZ / Wohnort: _____	Telefonnummer: _____
Krankenkasse / Pflegeversicherung: _____	Versicherungsnummer: _____

Hiermit teile ich die Beendigung der Teilnahme am Modellprojekt Persönliches Pflegebudget zum _____ (Datum) mit.

Grund der Beendigung:

- Ordentliche Kündigung
- Übersiedlung in ein Pflegeheim
- Langfristiger Krankenhausaufenthalt

Für den Monat der Beendigung steht:

- kein Restbudget mehr zur Verfügung
- Ein Restbudget in Höhe von _____ € zur Verfügung
 - Ausgabe erfolgt im Bewilligungsmonat
 - Restbetrag wird zurückerstattet

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten *

* ggf. eines gesetzlichen Vertreters



Ein Projekt gefördert durch die
Spitzenverbände der Pflegekassen

Erklärung zur Beendigung über die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung zum Modellprojekt Persönliches Pflegebudget durch den Projektträger

Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Straße / Hausnummer/, PLZ / Wohnort: _____	Telefonnummer: _____
Krankenkasse / Pflegeversicherung: _____	Versicherungsnummer: _____

Hiermit wird die Teilnahme am Modellprojekt Persönliches Pflegebudget zum _____ (Datum) beendet.

Grund der Beendigung:

- Absprachewidrige Verwendung des Pflegebudgets
- Sicherstellung der Pflegequalität nicht gewährleistet

Für den Monat der Beendigung steht laut dem Bedarfsplan:

- kein Restbudget mehr zur Verfügung
- Ein Restbudget in Höhe von _____ € zur Verfügung

Ort, Datum

Unterschrift Case ManagerIn



Ein Projekt gefördert durch die
Spitzenverbände der Pflegekassen

**Erklärung zur Beendigung über die Inanspruchnahme von Leistungen der
Pflegeversicherung zum Modellprojekt Persönliches Pflegebudget**

Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Straße / Hausnummer / PLZ / Wohnort: _____	Telefonnummer: _____
Krankenkasse / Pflegeversicherung: _____	Versicherungsnummer: _____

Hiermit teile ich mit, dass der oben genannte Teilnehmer des Modellprojektes Persönliches Pflegebudget am _____ verstorben ist.

Für den Monat der Beendigung ist:

- kein Restbudget mehr vorhanden
- Ein Restbudget in Höhe von _____ € verblieben

Ort, Datum

Unterschrift

Alternativ:

Telefonische Mitteilung durch: _____	Funktion des Anrufers: _____
---	---------------------------------

Ort, Datum

Unterschrift Case ManagerIn

Hinweise zum Datenschutz

Im Projekt Pflegebudget werden umfangreiche Informationen im Zusammenhang mit dem Pflege- und Betreuungsbedarf erhoben. Diese Daten werden für zwei unterschiedliche Aufgaben und Zwecke benötigt und verwendet:

Beratung
und
Begleitung

Das Case Management nutzt die im Assessment erhobenen Daten und die Informationen aus den Beratungsgesprächen für Ihre persönliche Begleitung und Beratung. Diese werden **nur** vom Case Manager oder der Case Managerin und **nur** im Zusammenhang mit Ihrer Hilfe- und Pflegebedürftigkeit genutzt. Dies gilt soweit und so lange Sie an dem Modellprojekt persönliches Pflegebudget teilnehmen.

Wissenschaftliche Begleitforschung

Die Ergebnisse des Assessments und der Befragung im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung werden für die Evaluation des Projektes gespeichert und weiterverarbeitet. Die Speicherung und Weiterverarbeitung erfolgt in codierter und anonymisierter Form, dies bedeutet:

- Für die wissenschaftliche Begleitforschung werden Adressen und Frageteil getrennt. Beide erhalten eine Nummer. Die Adresse verbleibt im Institut, jedoch nur bis zum Abschluss der Gesamtuntersuchung. Danach wird sie vernichtet.
- Die Befragungsdaten des Fragenteiles werden in Zahlen umgewandelt (codiert) und **ohne den Namen und die Adresse** separat gespeichert.
- In einem zweiten Schritt werden diese Daten (ohne Name und Adresse) ausgewertet. Gezählt und ausgewertet werden Merkmale nach bestimmten Kriterien.
- Das Gesamtergebnis und die Ergebnisse von Teilgruppen (z.B. Männer, Frauen) werden in Tabellenform ausgegeben.

Beispiel:

Altersgruppen:	<u>Frauen</u>	<u>Männer</u>
unter 60 Jahre	45%	55%
60 Jahre und älter	60%	40%

Anhang C

Öffentlichkeitsmaterialien



Projektleiter Thomas Klie: Pflegebudget konstruktiv begleiten.

Modellprojekt der Pflegekassen angelaufen

Persönliches Pflegebudget geht an den Start

Zukunft gestalten

Ein ambitioniertes Experiment startet: Das Pflegebudget verspricht mehr Flexibilität, es soll eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung möglich machen und kompetente Begleitung und Beratung bieten. Und es will bisher diskriminierte Gruppen von Pflegebedürftigen ins „Boot“ holen. Das Experiment fordert aber auch viel: Pflegebedürftige werden wählen und mit Pflegeanbietern verhandeln können – und müssen. Pflegedienste und Pflegekassen müssen sich auf neue Vergütungsformen einstellen. Case Manager müssen die Beratung organisieren und garantieren, dass Qualität und Betreuung stimmen.

Das Experiment Pflegebudget ist ein Lernprojekt. Es wird mit vielen Erwartungen, aber auch mit Skepsis begleitet. Wir sind gespannt auf den Verlauf und die Resultate – und möchten viele an den Erfahrungen teilhaben lassen. Dazu dient der Informationsdienst MEILENSTEINE, dessen erste Ausgabe Sie in Händen halten. Wir hoffen auf eine kritisch-konstruktive Begleitung und danken all denen, die sich auf das Experiment Pflegebudget einlassen und die Voraussetzungen dafür schaffen, dass es einen substantiellen Beitrag zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung leistet.

Thomas Klie



Foto: L. Tükkör

Der Countdown läuft: Im September werden Pflegebedürftige erstmals ein Persönliches Pflegebudget erhalten. Damit wird in die Tat umgesetzt, was bislang nur Gesetzestext war. Das Pflegeversicherungsgesetz eröffnet seit 2001 die Möglichkeit, das Persönliche Budget auch in der Pflege auszuprobieren. Finanziert wird das Modellprojekt von den Spitzenverbänden der Pflegekassen aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung, federführend ist der Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK).

► Was ist das Persönliche Pflegebudget? Es entspricht dem Betrag in Höhe der Sachleistungen nach § 36 SGB XI und umfasst je nach Pflegestufe 384 EUR, 921 EUR, bzw. 1.432 EUR monatlich. Die Summe wird von den Kassen direkt an den Pflegebedürftigen überwiesen, der sich damit die für ihn individuell notwendigen Hilfen selbst einkaufen kann.

In seiner Auswahl ist der Budgetnehmer freier als bisherige Leistungsempfänger: Er ist nicht an die gesetzlich festgelegten pflegerischen „Verrichtungen“ (§ 14 SGB XI) gebunden und er kann auch Dienstleis-

tungen bei Anbietern einkaufen, die keinen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse haben. Dies dürfte vor allem für Demenzerkrankte von großer Bedeutung sein: Denn

Infokasten

Vorbild Niederlande

Das Experiment Pflegebudget wurde in den Niederlanden bereits vor zehn Jahren gestartet – mit Erfolg: Heute gehört das Pflegebudget bei unseren Nachbarn zu den Regelleistungen.



Foto: Pflegebudget

Meeting der wissenschaftlichen Projektbegleitung in Freiburg

Fortsetzung Seite 1

der Sachleistungskatalog der Pflegeversicherung deckt ihren hohen Betreuungsbedarf nicht ausreichend ab.

Dem Pflegebedürftigen zur Seite steht dabei ein so genannter Case-Manager (Fall-Manager). Dieser unterstützt den Budgetnehmer bei der Zusammenstellung des für ihn passenden Leistungspakets und bei eventuell notwendigen Abschlüssen der Verträge. Er achtet zugleich auf die Qualität der Versorgung und darauf, dass das Budget nicht im Schwarzmarkt versickert. Zurzeit wird regional festgelegt, wo die Case Manager angesiedelt werden sollen. Zur Auswahl stehen Verbraucherzentralen, Betreuungsbehörden, Beratungsstellen oder Medizinische Dienste der Krankenkassen.

„Wir gehen davon aus, dass das Pflegebudget die Nachfragemacht und Selbstständigkeit der

Pflegebedürftigen ganz wesentlich stärken wird“, so Projektleiter Professor Thomas Klie von der Evangelischen Fachhochschule (EFH) Freiburg. Das persönliche Budget soll einen Pflegemix aus beruflicher Hilfe, familialer Unterstützung und bürgerschaftlichem Engagement fördern und so die Pflegekultur und den Anbietermarkt beleben.

Das Persönliche Pflegebudget ist eine dritte Leistungsvariante der Pflegeversicherung. Für die Pflegebedürftigen eröffnet sich damit – neben Pflegegeld oder Pflegesachleistung – eine weitere Wahlmöglichkeit, ohne dass zusätzliche Kosten entstehen.

Eine der insgesamt sieben Modellregionen liegt mit Neuwied in Rheinland-Pfalz. Sozialministerin Malu Dreyer (SPD) hält das Pflegebudget für absolut zukunftsweisend: „Wir haben bereits sehr positive Erfahrungen durch die flächendeckende Einführung von

Infokasten

Bundesweites Experiment

Das Modellprojekt „Persönliches Pflegebudget“, das die Spitzenverbände der Pflegekassen gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI fördern, ist in diesen Wochen angelaufen. Träger des Projekts ist die Evangelische Fachhochschule Freiburg, Arbeitsschwerpunkt Gerontologie & Pflege (AGP) unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Klie.



Paul-Jürgen Schiffer,
Abteilungsleiter
Pflege VdAK

Pflegebudgets brauchen gute Steuerung

► **Der pflegebedürftige Mensch kann mit dem Pflegebudget** die für ihn individuell erforderlichen Hilfen eigenverantwortlich auswählen, ergänzen und sicherstellen. Ebenso

könnte das persönliche Budget ein Steuerungsinstrument zum Beispiel für den Ausbau alternativer Wohnformen anstelle stationärer Versorgung sein. Die bisher vorliegenden Erfahrungen mit persönlichen Budgets aus anderen Sozialleistungsbereichen zeigen, dass sie nicht so ohne weiteres angenommen werden. Von daher ist eine gute Steuerung, aber auch Flexibilität auf allen Seiten erforderlich. Wir erhoffen uns Verwaltungsvereinfachungen für Kostenträger

und Leistungserbringer. Auch könnte durch das persönliche Budget langfristig zumindest eine Stabilität der finanziellen Grundlage der Pflegeversicherung eintreten (zum Beispiel durch Umschichtung zu Gunsten ambulanter häuslicher Pflege anstelle von stationärer Pflege). Ob die mit dem persönlichen Budget einhergehende „Nachfragemacht“ tatsächlich zu Angebotsdifferenzierungen und Marktveränderungen auf dem Pflegemarkt führen wird, bleibt abzuwarten.

Rolle des Case Managers klären



Dr. Peter Pick,
Medizinischer
Dienst der
Spitzenverbände der
Krankenkassen

► **Positiv ist, dass dem Management des Pflegefalls eine größere Bedeutung zukommt.** Aus der Praxis wissen wir, dass der individuelle Pflegefall häufig schlecht gemanagt wird. Es fehlt an unabhängiger Unterstützung bei der Bedarfsfeststellung sowie der Organisation und Ausgestaltung des Pflegearrangements. Es muss jedoch geklärt werden, ob ein künftiger Case Manager den Bedarf an individuellen Pflegeleistungen feststellen oder/und den Kunden bei der Zusammenstellung und Aushandlung der Pflegearrangements behilflich sein soll.

Eine Kundensouveränität ist in vielen häuslichen Pflegesituationen nicht gegeben. Sie wird auch nicht dadurch erreicht, dass man diesen Haushalten ein höheres Pflegegeld in die Hand gibt und es „Pflegebudget“ nennt.

Soweit die positiven Wirkungen der Personenbezogenen Budgets überwiegen, können sie neben die heutigen ambulanten und stationären Leistungen einschließlich des Pflegegelds treten. Sie können dazu beitragen, die häusliche Pflegesituation nachhaltig zu stabilisieren. Vor überzogenen Erwartungen an die Personenbezogenen Budgets muss jedoch ausdrücklich gewarnt werden.

Ein geändertes Nachfrageverhalten kann eine Angebotsveränderung bei den Anbietern indizieren. Dabei ist darauf zu achten, dass nicht „billige“ Lösungen vor qualitativ hochwertigen nachgefragt werden. Der Einkauf pflegfachlich nicht ausreichend qualifizierter Anbieter dürfte nicht erwünscht sein. Von daher wird es entscheidend auf die Festlegung und Überprüfung von Qualitätsstandards ankommen. ◀



Grafik: FS

Persönlichen Budgets für Menschen mit Behinderungen gemacht. Dadurch konnten viele Heimaufenthalte vermieden werden.“ Auch die Kassen knüpfen Erwartungen an das Pflegebudget: „Wir erhoffen uns Verwaltungsvereinfachungen für Kostenträger und Leistungserbringer“, so Paul-Jürgen Schiffer, Abteilungsleiter Pflege beim VdAK. „Auch könnte durch das persönliche Budget langfristig zumindest eine Stabilität der finanziellen Grundlage der Pflegeversicherung eintreten, zum Beispiel durch Umschichtung zu Gunsten ambulanter häuslicher Pflege anstelle von stationärer Pflege.“ Das Modellprojekt „Persönliches Pflegebudget“ ist auf vier Jahre angelegt und hat einen Etat von acht Millionen Euro. Projektträger ist die Evangelische Fachhochschule Freiburg.

Die wissenschaftliche Begleitung übernimmt ein Forschungsverbund, zu dem neben der EFH Freiburg das Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung in Mannheim und das Freiburger Institut für Angewandte Sozialforschung gehören. In sieben Regionen der Bundesrepublik (Annaberg, Erfurt, Kassel, Marburg-Biedenkopf, München, Neuwied und Unna) werden insgesamt bis zu 1.000 Teilnehmer ausgewählt. Daneben gibt es zum Vergleich eine ebenso große Kontrollgruppe mit herkömmlichem Leistungsbezug. ◀

Infokasten

Stimmen zum Pflegebudget

Wir haben Experten aus der Politik, aus Verbänden, Hochschulen und Kommunen nach ihrer Einschätzung zum Pflegebudget gefragt. Eine Zusammenfassung der Statements lesen Sie in dieser Ausgabe der MEILENSTEINE. Der Wortlaut der Antworten auf unsere Fragen sind auf der Internetseite www.pflegebudget.de veröffentlicht.

Weitere Informationen:

- www.pflegebudget.de
- Projektträger: Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V. an der EFH Bugginger Straße 38
79114 Freiburg
Telefon ++49 (0)761/4781232
Fax ++49 (0)761/4781222

Dem Pflegebudget gehört die Zukunft



Horst Schmidbauer
(SPD), Mitglied des
Deutschen Bundestages

► **Ich erwarte von dem Projekt Persönliches Pflegebudget, dass damit die Bedürfnisse des Menschen und die persönlich-unabhängige Gestaltung seiner Versorgung in den Mittelpunkt rücken.** Meine Bedenken: dass die Idee des persönlichen Budgets von Kostenträgern zur Leistungssenkung „missbraucht“ wird. Dem persönlichen Pflegebudget gehört die Zukunft. Verkrustete Strukturen sollen aufgebrochen und der betroffene Mensch und seine Bedürfnisse in den Mittelpunkt gestellt werden. Dies funktioniert aber nur, wenn der Bedarf individuell und unabhängig festgestellt wird – Rheinland-Pfalz mit seinem Kommissionsmodell könnte Vorbild sein – und wenn Qualität und Wirtschaftlichkeit durch entsprechende Assessmentstrukturen gewährleistet werden. Ebenso unabdingbar ist ein professionelles Case Management für die Beratung der Betroffenen. ◀

Bürgerschaftliches Engagement

► **Im Ergebnis des Projektes erwarte ich ein flexibleres Pflegeleistungspaket.** Im derzeitigen System ist eine individuelle bedarfsgerechte Versorgung kaum möglich. Die Leistungserbringer können zukünftig Leistungen, die bisher nicht Bestandteil des Leistungskataloges waren, auf legalem Wege erbringen.



Frieder Neuber,
Dezernent für
Gesundheit und
Soziales Kreis-
verwaltung
Annaberg

Allerdings muss dieses Projekt von einer breiten Basis getragen werden. Jeglichem Missbrauch der verfügbaren Geldmittel muss vorgebeugt werden. Aus meiner Sicht könnte das Pflegebudget ein kleiner Baustein zur Sicherung von Pflegeleistungen in der Zukunft sein. Besonders wichtig ist die Einbeziehung des bürgerschaftlichen und nachbarschaftlichen Engagements. Das Preis-Leistungs-Verhältnis wird noch mehr an Bedeutung gewinnen. Entscheidend ist die Vertrauensbildung zwischen Leistungsnehmer und -erbringer. Die Qualität wird bei feststehendem Budget der entscheidende Marktfaktor sein. Mit der EU-Osterweiterung ist zu erwarten, dass mittelfristig auch ausländische Leistungsanbieter den Pflegemarkt beeinflussen werden.



Prof. Peter Dr.
Löcherbach,
Katholische
Fachhochschule
Mainz

► **Das Projekt kann einen Beitrag zur sektorenübergreifenden Pflegeversorgung liefern.** Darüber hinaus können Pflege-

Pflegedienste werden ihre Angebote stärker am Bedarf ausrichten müssen



Malu Dreyer (SPD),
Ministerin für Arbeit,
Soziales, Familie und
Gesundheit in
Rheinland-Pfalz

► **Ich halte das Persönliche Budget für absolut zukunftsweisend.** Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird weiter steigen. Damit wird auch die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung unerlässlich. Wir haben in Rheinland-Pfalz bereits sehr positive Erfahrungen mit dem Instrument durch die flächendeckende Einführung von Persönlichen Budgets für Menschen mit Behinderungen gemacht. Dadurch konnten viele Heimaufenthalte vermieden werden. Als Sozialministerin von Rheinland-Pfalz freue ich mich sehr, dass eine rheinland-pfälzische Modellregion für die Erprobung des Persönlichen Budgets ausgewählt wurde, und unterstütze das Projekt nachdrücklich. Das Persönliche Budget stärkt den Vorrang ambulanter vor stationärer Hilfen, indem es sich viel stärker an dem Bedarf und den Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen orientiert als das Pflegegeld beziehungsweise die auf 21 Verrichtungen festgelegte Pflegeleistung. Das Persönliche Budget wird darüber hinaus Antworten auf die Frage geben, ob das Sachleistungsprinzip noch zeitgemäß oder ob es nicht eine zu unflexible und vergleichsweise teure Form der Leis-

tungserbringung ist. Die Nachfragemacht der pflegebedürftigen Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen wird gestärkt, dies wird wiederum die Pflegedienstleister dazu zwingen, ihre Angebote zu flexibilisieren und stärker auf den individuellen Bedarf ihrer Kunden einzugehen.

Coach im Pflegenetzwerk

Die pflegerische Infrastruktur wird sich deutlich verändern, und das ist ausdrücklich gewollt. Die Dienste müssen stärker miteinander kooperieren, mit anderen Service-Einheiten, wie beispielsweise Dienstleistungsagenturen, zusammenarbeiten, sie werden die Pflege- und Betreuungskompetenzen von Familienangehörigen und Ehrenamtlichen fördern und als ‚Coach‘ in einem Pflegenetzwerk agieren.

Auch die Beschäftigungsstruktur der Dienste wird sich ändern. Für die Betreuung eines demenzkranken alten Menschen ist beispielsweise nicht unbedingt eine Pflegefachkraft notwendig. Hier ist jemand gefragt, der mit ihm kocht, spielt oder spazieren geht. Diejenigen, die heute als Fachkraft eingestellt sind, haben aber nicht zu befürchten, dass ihre Arbeit nicht mehr gebraucht wird. Sie haben in dem beschriebenen Netz eine ganz wichtige Funktion neben ihrer pflegerischen Arbeit, beispielsweise als Coaches. Schließlich erwarte ich, dass sich neue Angebote zwischen ambulanten und stationären Versorgungsformen, etwa Wohngruppen, stärker entwickeln werden. Auch wird die Rehabilitation stärker in das Netzwerk einzubeziehen sein, als dies heute der Fall ist.

Optimales Set an Pflegedienstleistungen erstellen

dienstleistungen stärker bedarfs- und bedürfnisorientiert vermittelt werden, wenn eine fachliche Begleitung durch ein Case Management erfolgt. Dies ermöglicht eine Optimierung des Pflegeprozesses. Wenn jedoch die Rahmenbedingungen – Implementierung unabhängiger Case Manager, Beauftragung mit Assessment- und Steuerungsaufgaben, Aufbau einer Pflegeinfrastruktur, Sicherung der Beratung und Koordination – nicht erfüllt werden, sind Qualitätseinbußen zu befürchten.

Die Zukunft der Pflegeversicherung hängt auch davon ab, ob es gelingt, ein „optimales Set“ an Pflegedienstleistungen zu erstellen. Das Pflegebudget wird flexiblere Betreuungs- und Pflegearrangements schaffen, da die Anbieter ihr Leistungsspektrum der Nachfrage entsprechend ausbauen können. Es wird allerdings davon abhängen, wie differenziert der Bedarf durch die Nutzer artikuliert wird. Daher kommt der neutralen Beratung der Nutzer durch einen unabhängigen Case Manager zentrale Funktion zu.



Michaela Röber,
Junior-Professorin für
Pflegemanagement,
Fachhochschule
Frankfurt/Main

Case Management so wichtig wie das Pflegebudget selbst

Da das Pflegegeld niedriger bemessen ist als die Pflegesachleistung, kann das Pflegebudget in Höhe der Sachleistung ein zusätzlicher Anreiz zur Übernahme von Pflege im Privathaushalt sein. Voraussetzung für ein Funktionieren ist aber auch, dass der Pflegebedürftige bzw. die Angehörigen Kenntnisse darüber haben, welche Formen und Möglichkeiten zum „Einkauf“ der Pflegeleistungen bestehen. Information, Beratung und Hilfen bei der Vermittlung des individuell passenden „Pflegemixes“ aus professioneller Pflege und selbst organisierter Pflege sind daher im Sinne von Case Management genauso wichtig wie das Erproben des Pflegebudgets selbst.

Es müssen Rahmenbedingungen erarbeitet werden, die verhindern, dass das Pflegebudget Anreize zu finanziellen Mitnahmeeffekten bietet, die keine Optimierung der häuslichen Pflegesituation bewirken. Als einen Erfolg würde ich es werten, wenn sich die „klassische Angebotsstruktur“ der ambulanten Dienste weiter ausdifferenziert: Über die Grund- und Behandlungspflege sowie Hauswirtschaft hin zu Betreuungsformen, die für die pflegenden Angehörigen und die Pflegebedürftigen genauso von Bedeutung sind wie die Pflegeleistungen selbst.

Pflegebudget orientiert sich am Pflegebedarf

Es gibt einen dringenden Handlungsbedarf, neue Vergütungssysteme zu erproben. Bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz oder in der Schwerst- und Akutkrankenpflege besteht ein Hilfe- und Pflegebedarf, der nicht dem Pflegebegriff im Sozialversicherungssystem entspricht.

gediensten keine Nachteile. Bisher war jegliche Förderung zur Selbstständigkeit aus finanziellen Gründen uninteressant, da sie zu einem Rückgang der eigenen Finanzierungsgrundlagen führte.

Durch die Flexibilisierung der Pflege- und Sozialleistungen wird die Realität legalisiert und der Systemfehler des SGB XI – besonders die mangelnde Familienorientierung – aufgedeckt. Jetzt gilt es, die Aufgaben der beruflichen Pflege verbindlich zu beschreiben. Es muss geklärt werden, wer über die Notwendigkeit von Pflege entscheidet und wie Pflegekräfte eine Steuerungsfunktion innerhalb von Pflegeverläufen vornehmen.

Persönliche Pflegebudgets ermöglichen Patienten, Angehörigen und Pflegediensten Platz für Aushandlung. Mit dem zur Verfügung stehenden Geld können die Pflegebedürftigen Pflege bzw. Pflegezeit beim Pflegedienst einkaufen. Was innerhalb dieser Pflegezeit geschieht, obliegt der Aushandlung zwischen Pflegedienst, Pflegebedürftigem und Angehörigen. Hinzu kommt, dass das Zusammenspiel von informeller und formeller Pflege flexibler werden wird.

Neue Angebote zwischen ambulanten und stationären Versorgungsformen, etwa Wohngruppen, können so besser entwickelt werden. Auch wird die Rehabilitation stärker in das Netzwerk einzubeziehen sein, als dies heute der Fall ist.



Birgit Thomas, Gesundheitsreferat der Stadt München und Andreas Büscher, Universität Witten-Herdecke



Das derzeitige Vergütungssystem ist darauf ausgerichtet, nur einzelne Leistungen bzw. Leistungskomplexe zu vergüten. Die Komplexität und Vielschichtigkeit häuslicher Pflegesituationen ist hier nicht wieder zu finden.

Von einem Vergütungssystem, das sich am tatsächlichen Pflegebedarf orientiert, versprechen wir uns positive Auswirkungen. Auch das Erkennen rehabilitativer Potenziale bei den Pflegebedürftigen bringt den Pflege-

Budgets könnten Trend ins Pflegeheim abschwächen



Prof. Dr.
Roland Schmidt,
Fachhochschule
Erfurt

Bis dato verfügen wir in der Langzeitpflege hierzulande über kein empirisches Wissen zu Budgets. Zentral ist aus meiner Sicht, dass Erwartungen, Hoffnungen und Befürchtungen nun überhaupt eine sachliche Grundlage erhalten.

Für die Zukunft der Pflegeversicherung bedeutet das Pflegebudget kurzfristig: Durch Budgets wird die doppelte Diskriminierung psychisch chronischkranker und geistig behinderter Menschen beendet. Zwar bleibt der Pflegebegriff so wie er ist, aber diese Menschen sind nicht mehr auf die Leistungskomplexe in der häuslichen Pflege angewiesen, die ihrem Bedarf nicht optimal entsprechen. Mittel- bis langfristig: Budgets sind Teil einer Ambulantisierungs-Strategie. Ist sie erfolgreich, wird der Trend ins Pflegeheim abgeschwächt. Dies ist auch fiskalisch von Bedeutung.

Das Budget solo wird eher sozial selektiv wirken, ein durch Case Management flankiertes wird die Schwelle eher minimieren, die mit der Übernahme der Budgetregie für Familien verbunden ist. Es kommt auf die Ausgestaltung an, welche Breitenwirkung potenziell erzielt werden kann.

Ambulante Dienste haben stärker auf die Nachfrage zu achten. Wir werden in der ambulanten Praxis ein Segment erhalten, in dem das Pflegevertragsrecht dominiert, und ein durch Budgets bestimmtes zweites Segment, in dem der Pflegehaushalt in seiner Nachfrage-Position gestärkt ist. Dienste müssen daher ihre Leistungen diversifizieren, wollen sie für Budgetnehmer interessante Anbieter sein.

Hoffnung auf bessere Pflegearrangements

► Mit der Einführung des Budgets verbinde ich die Hoffnung,

dass noch stärker als bisher maßgeschneiderte Hilfen zur Verfügung gestellt werden können. Gerade im Bereich der gerontopsychiatrischen Pflege bewegen sich ambulante Dienste schon heute im Spannungsfeld zwischen Angeboten der bedarfsgerechten individuellen Pflege und den über den Leistungskatalog vereinbarten Dienstleistungen. Vor allem für diesen Personenkreis erwarte ich mit der Erprobung des Budgets eine Öffnung der Angebotsstruktur.

Das individuelle Budget darf aber nicht dazu führen, dass sich verstärkt ein grauer Markt in der Dienstleistung entwickelt und bisherige Qualitätsbemühungen der ambulanten Dienste relativiert werden. Daneben werden an vielen Stellen die Einsparvorstellungen der Sozialhilfeträger im Zusammenhang mit dem persönlichen Budget allzu deutlich. Dies kann auch ein Ziel des Budgets sein, es darf aber nicht dominieren und als alleinige



Anke Buhl, AWO
Schleswig-Holstein

Zielstellung andere wichtige Ergebnisse behindern.

Um mit Hilfe eines persönlichen Budgets bedarfsgerechte Angebote finanzieren zu können, wäre es sinnvoll, die Systemgrenzen im Sinne der Budgetnehmer aufzuheben und ein Gesamtbudget zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus müssen die Anspruchsvoraussetzungen langfristig vereinheitlicht

werden. Die bisher geltende, nur sehr grobe Pflegestufenstruktur mit ihrer primär somatischen Ausrichtung kann m.E. als Grundlage für die Budgetermittlung in dieser Form nicht aufrechterhalten werden. Das Budget sollte immer nur eine Wahlmöglichkeit darstellen und nicht als alleinige Leistung im Rahmen des SGB XI Bestand haben.

Keine schnelle Marktveränderung

Mit dem bisherigen System der Leistungskomplexe ist eine „Durchschnittspflege“ zu realisieren – auch wenn ambulante Pflegedienste immer wieder versuchen, individuelle

Lösungen zu finden. Schon im Rahmen des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes, eines kleinen Schrittes in Richtung Budget, ist deutlich geworden, dass diese Chance zu mehr Angeboten von den Diensten genutzt wird. Ich rechne nicht mit einer schnellen Marktveränderung, aber durchaus mit einer Ausweitung von kleinräumigen, passenderen und abgestimmteren Pflegearrangements.

Mit einem grundsätzlichen Systemwechsel kann meines Erachtens nicht gerechnet werden. Sowohl die Modellversuche im Leistungsrecht für Menschen mit Behinderungen als auch die Erfahrungen mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz haben deutlich gemacht, dass nicht nur der Anbietermarkt flexibler auf die Lebenslagen von Menschen reagieren muss. Die pflegebedürftigen Menschen müssen auch in die Lage versetzt werden, das Geld bedarfsgerecht einzusetzen. Im Rahmen der Pflege haben wir gelernt, dass kein Modellprojekt allein große Auswirkungen hat. Die Bewusstseinsveränderung, die mit dem Modellprojekt „Persönliches Budget“ eingeläutet worden ist, halte ich für viel wesentlicher. Auf diesem Weg weiterzudenken ist eine der Herausforderungen für den Anbietermarkt. ◀

Flexiblere Angebote



Heike von
Lützau-Hohlbein
Deutsche Alzheimer
Gesellschaft

► Der heutige Pflegebegriff ist viel zu somatisch orientiert, um die Bedürfnisse von Demenzkranken zu berücksichtigen. Von dem Pflegebudget erhoffe ich mir eine wirklich personenbezogene Pflege, die genau die Pflegesituation des betroffenen Menschen abdeckt. Vom Anbietermarkt erwarte ich ein umfassenderes und flexibleres Angebot, das sich nicht nur an den starren Regeln der Verrichtung nach dem Pflegegesetz orientiert. Es bleibt allerdings die Frage, mit wie viel bürokratischer Gründlichkeit und Dokumentation wir das erkaufen müssen. ◀

Baustein für eine stabile und nachhaltige Pflegeversicherung

► Wir müssen in der Pflegeversicherung das Prinzip „ambulant vor stationär“ stärken. Angesichts der steigenden Ausgaben der Pflegeversicherung brauchen wir aber auch kostengünstigere ambulante Versorgungsstrukturen. Das Persönliche Pflegebudget unterstützt beide Ziele

und ist damit ein wichtiger Baustein zur Entwicklung einer stabilen und nachhaltigen Pflegeversicherung. Das Budget muss jedoch eine Wahlleistung sein, denn nicht alle Menschen sind in der Lage, mit den hohen Anforderungen umzugehen, die damit verbunden sind.

Mit dem Budget werden die individuellen Bedürfnisse und Erwartungen der Pflegebedürftigen stärker berücksichtigt – und damit auch die kreative Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle angestoßen. Der Pflegebedürftige soll in diesem Prozess nicht mehr Leistungsempfänger sein, sondern Anstoßgeber, Partner und Mitentwickler. ◀



Petra Selg, MdB,
Pflegepolitische
Sprecherin der
Bundestagsfraktion
Bündnis 90/Die
Grünen

Im Juli: Bundesweiter Start für trägerübergreifende Budgets in der Behindertenhilfe

„Freiheit geben – Kosten sparen“



Foto: FS

Mehr finanzielle Flexibilität für Behinderte

► Mit der Einführung des SGB XII und der Änderung des SGB IX wurde das trägerübergreifende persönliche Budget in der Behindertenhilfe auf neue Füße gestellt. Eine Budgetverordnung wurde im Mai verabschiedet, die die Verfahren regelt, wie Behinderte ihr Budget erhalten können, zu dem potenziell alle Rehabilitationsträger ihren Beitrag leisten können: die Rentenversicherung etwa mit der Gewährung einer Arbeitsassistenz, die Integrationsämter mit Hilfen zur Gestaltung des Arbeitsplatzes, die Bundesanstalt für Arbeit in der Gewährung von Reisekosten zum neuen Arbeitsplatz, die Krankenversicherung durch die Gewährung von Budgets für die Hilfsmittelversorgung und die häusliche Krankenpflege, die Sozialhilfe durch die Gewährung der persönlichen Assistenz.

Von der großen Tagung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger Anfang Juni in Münster wurden die mit dem trägerübergreifenden personenbezogenen Budget gemäß §17 SGB IX aufgeworfenen Fragen eingehend und ausgesprochen konstruktiv diskutiert. Das Leistungserbringungsrecht neu denken und pragmatisch nach Lösungen suchen, wie der Budgetgedanke in der Wirklichkeit realisiert werden kann – das war das gemeinsame Anliegen der Tagungsbeteiligten in Münster. „Gibst du mir Freiheit, sparst du Kosten“, so könnte man den Deal überschreiben, der über dem trägerübergreifenden personenbezogenen Budget steht.

Auch das Experiment trägerübergreifendes Budget wird experimentell erprobt und wissenschaftlich begleitet. Es sieht nicht vor, dass die Pflegeleistungen in das Budget integriert werden, anders herum sieht das Pflegebudget nicht vor, dass andere Leistungen

von Rehabilitationsträgern oder den Krankenkassen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege integriert werden (siehe auch Infokasten Seite 8) Es wäre sinnvoll,

beide Projekte würden zumindest regional aufeinander abgestimmt und „integriert“ ihre Erfahrungen sammeln. ◀

Thomas Klie

Innovation mit positiven Effekten für die Nutzer

► **Der wichtigste Vorteil für die Pflegebedürftigen** ist zunächst einmal, dass die zersplitterte Finanzierungsstruktur, die derzeit für viele Probleme bei der ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger verantwortlich ist, „überwunden“ wird. Die Nutzer sind nicht mehr mit unterschiedlichen Kostenträgern konfrontiert und müssen nicht mehr mit der Ungewissheit leben, nie genau zu wissen, wann die Finanzierung wie durch welche Quelle erfolgt, wie sie weitergeht oder unter Umständen auch endet. Sie können besser kalkulieren, weil sie eine Finanzierung und einen klaren Finanzrahmen haben.

Das persönliche Pflegebudget ist eine Innovation, die vor allem für die Nutzer positive Effekte zeitigen dürfte. Zweifelsohne wird eine breitenwirksame Umsetzung auf struktureller Ebene zahlreiche Herausforderungen in sich bergen, man wird sehen müssen, wie diese zu lösen sind.

Der zu erwartende Qualitätsgewinn für die Nutzer wird sehr stark davon abhängen, dass die Case Manager nicht nur Care Management betreiben, also sich auf Versorgungs- und Kostenaspekte konzentrieren, sondern in der Tat Case Management leisten und dem einzelnen Patienten trotz aller gegebenen strukturellen Widrigkeiten eine individuelle Unterstützung bei der Bewältigung seiner Situation gewähren.

Als problematisch aus Nutzersicht stellt sich zudem die institutionelle Anbindung der Case Manager dar. Die Anbindung erfolgt überwiegend als Strukturaddition, d.h. die Case Manager werden zusätzliche Instanzen bilden und nicht in die ambulante Pflege integriert sein, wie dies beispielsweise sehr erfolgreich in der us-amerikanischen ambulanten



Prof. Dr. Doris Schaeffer,
Gesundheitswissenschaft und
Pflegeforschung, Universität
Bielefeld

Pflege realisiert wurde. Die Zahl der Instanzen, mit denen die Nutzer konfrontiert sind, erhöht sich also – was eine große Belastung für die Nutzer darstellt. Hier sehe ich noch Diskussionsbedarf.

Es gibt die Befürchtung, die Nutzer könnten das bestehende professionelle Versorgungsangebot im ambulanten Pflegesektor meiden und auf den Schattenarbeitsmarkt oder informelle Hilfe- und Pflegeangebote zurückgreifen – sei es aus Kosten- oder anderen Gründen. Die Zukunft wird enorm davon abhängen, inwieweit die ambulante Pflege die seit langem geforderte qualitative Weiterentwicklung in Angriff nimmt und sich mehr als bislang in Richtung Bedarfsgerechtigkeit ihres Leistungsangebots bewegt.

Die wird jedoch nur dann von Erfolg gekrönt sein, wenn ein Umdenken erfolgt: die enorme Bedeutung der ambulanten Pflege für die Versorgungsgestaltung mehr in die gesellschaftliche Aufmerksamkeit rückt, weitere Restriktionen dieses Sektors vermieden werden und das hierzulande verengte Pflegeverständnis erweitert wird. ◀

Case Manager: Moderne Pfadfinder der Pflege

► **Geld allein genügt für eine gute Pflege nicht. Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit greift meist tief in die Lebensplanung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ein und verlangt vielfältige Entscheidungen.** Wie lässt sich das Leben mit Pflegebedürftigkeit gestalten, für den Pflegebedürftigen und für die Pflegenden? Was soll und kann die Familie selber leisten, wo braucht sie welche Unterstützung? Was muss bei der Pflege beachtet werden und worin bestehen die wirklich notwendigen Hilfen für den Pflegebedürftigen?



Trainiert die Case Manager:
Thomas Pfundstein

Hier ist die Erfahrung und die Kompetenz des Case Managers gefragt. Er braucht fachliche Kenntnisse im Bereich der Pflege, organisatorische und rechtliche Kompetenzen um die Pflegesituation managen zu helfen und er braucht Fingerspitzengefühl: Pflegesitua-

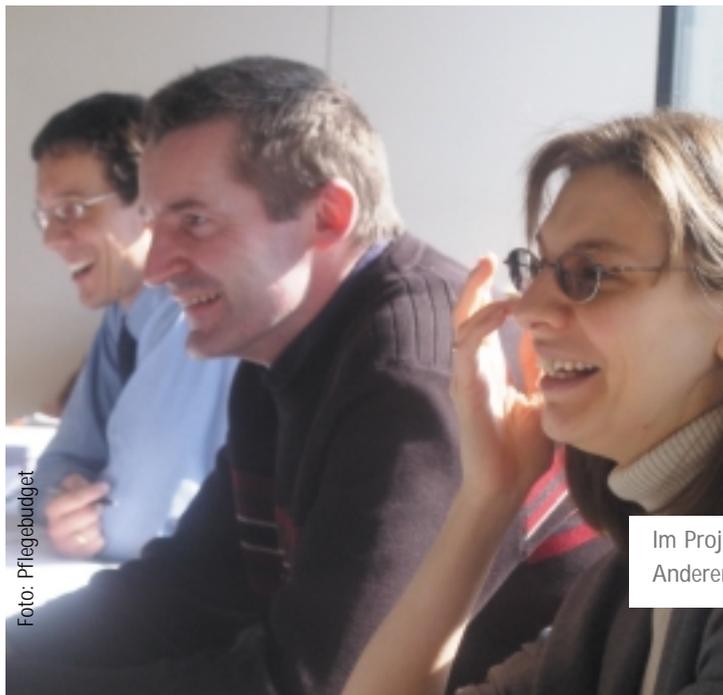


Foto: Pflegebudget

Im Projekt vom Anderen lernen.

Infokasten

Ähnliche Namen – verschiedene Konzepte

Das „Persönliche Pflegebudget“ und das „Trägerübergreifende persönliche Budget“ sind nicht zu verwechseln: Das Pflegebudget wird im Rahmen einer Modellklausel der Pflegeversicherung (§ 8 Abs. 3 SGB XI) an Pflegebedürftige ausgezahlt. Das Trägerübergreifende Budget ist Bestandteil des neuen Sozialhilferechts (festgelegt im § 57 SGB XII). Das Gesetz tritt am 1. Juli 2004 in Kraft. Behinderte Menschen können dann anstelle der bisherigen Sachleistungen die Trägerübergreifenden Budgets beantragen und damit ihre notwendigen Hilfen selbst einkaufen. Die Trägerübergreifenden Budgets sollen zunächst bis Ende 2007 in möglichst vielen Regionen erprobt werden.

tionen sind Situationen, die viel Sensibilität verlangen. Die Budgetnehmer im Projekt Pflegebudget erhalten deswegen nicht nur ein Budget, sondern auch eine unabhängige, kostenfreie Beratung und Unterstützung für die Feststellung des notwendigen Hilfebedarfes, für die Planung des Pflegeprozesses und die Ausgestaltung der Absprachen mit den Pflegediensten und anderen Pflegeanbietern.

Als Case Manager werden besonders ausgebildete Pflegefachkräfte und SozialarbeiterInnen eingesetzt. Sie geben keine Lösung für die Pflegebedürftigen vor, sondern erarbeiten diese mit ihnen und den Angehörigen. Sie vermitteln Leistungen und handeln mit den Pflegeanbietern, der Nachbarschaftshilfe, mit Familienangehörigen, aber auch bürgerschaftlich Engagierten aus, wie die Pflege gestaltet wird. Sie werden so zu wichtigen Vertrauenspersonen für den Pflegebedürftigen.

Sie haben aber auch eine darüber hinausgehende Funktion: Dort wo die Hilfen, die benötigt werden, vor Ort nicht verfügbar sind, werden sie mit darauf dringen, dass entsprechende Angebote entstehen, dass Pflegedienste und Pflegeanbieter ihr Leistungsspektrum erweitern oder auch dass Besuchsdienste oder sonstige Gruppen von freiwillig Engagierten entstehen.

Im Modellprojekt Pflegebudget wird sich zeigen, ob das von vielen geforderte Case Management in der Pflege den erhofften Beitrag zur Sicherung der Pflege leistet. Eine gemeinsame Ausbildung aller Case Manager im Projekt wird sicherstellen, dass in allen Projektorten nach einem gemeinsamen Verständnis von Case Management gearbeitet wird und jeder von den Erfahrungen des Anderen lernen kann.

Thomas Pfundstein

Impressum

PB-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 1700 Stück

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



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)

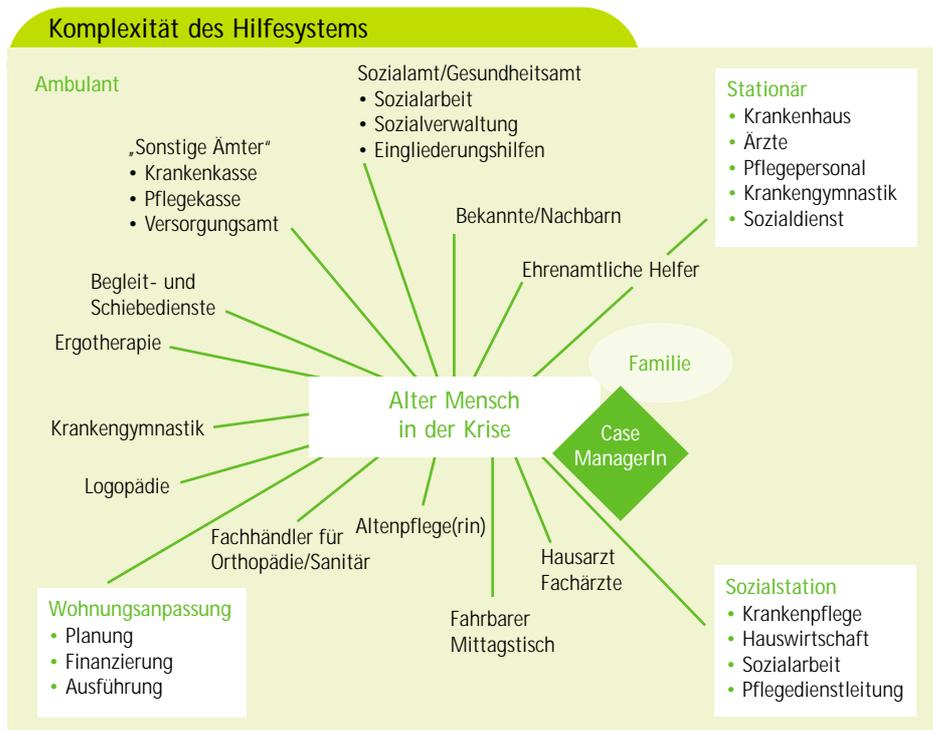
Case ManagerInnen betreten konzeptionelles Neuland

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,
Fachhoch-
schule
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.



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.

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.

Jürgen Spiegel, FIFAS Freiburg



FIFAS und ZEW wollen in der Begleitforschung vor allem herausfinden, ob der Bezug eines Pflegebudgets und die Entscheidungshilfen von geschulden 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

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

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)

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



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



Foto: PB

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



Foto: FS

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:

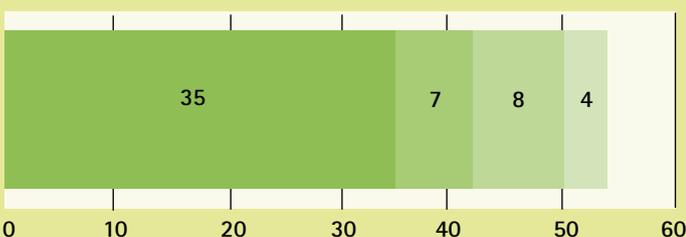
1. In den sechs Monaten zwischen den beiden Befragungen hat sich womöglich erst allmählich eine gewisse Routine eingestellt, was sich in veränderten Zeitbeiträgen niederschlägt. Diese Erklärung setzt allerdings voraus, dass es sich bei den Folgebefragten ganz überwiegend um Neuanträge handelt. Doch nur 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?

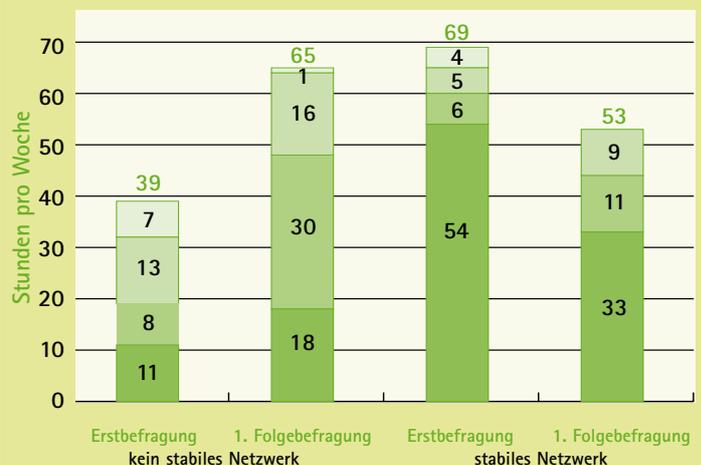


Durchschnittlicher Aufwand in Stunden pro Woche

- 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 Neuwed. 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

Fragen und Antworten

Budgets sorgen für Durchblick



Foto: PB

Projektleiter Thomas Klie: Budgetansätze erproben und Erfahrungen auswerten.

Gründlich diskutieren

Budgetansätze stoßen – wie innovative Projekte generell – anfänglich auf Resonanz- und Akzeptanzprobleme. Das zeigen Erfahrungen im Ausland. Das gilt auch für die deutschen Budgetprojekte – und bereichert sie. Denn die Erfahrungen, die gesammelt, die Kompetenzen, die entwickelt und die Instrumente, die eingesetzt werden, sind ebenso weiterführend wie die systematische Analyse der Vor- und Nachteile von Budgets und die der Vorbehalte und Widerstände, auf die Budgets treffen.

Über 500 Personen nehmen inzwischen am Modellprojekt PFLEGEBUDGET teil, 250 von ihnen beziehen das PFLEGEBUDGET als Geldbetrag. Im Schwesterprojekt INTEGRIERTES BUDGET zeigen sich hochinteressante Konstellationen, die es ermöglichen, die Zusammenführung des trägerübergreifenden PFLEGEBUDGETS zu erproben.

Bei der bevorstehenden Reform steht die Einführung von PFLEGEBUDGETS noch nicht auf der Tagesordnung. Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitforschung und des Projektträgers wäre es hierfür auch noch zu früh. Nicht weil die PFLEGEBUDGETS ihre Ziele beim Pflegebedürftigen verfehlen würden, sondern weil es lohnt, die mit dem Budgetansatz verbundenen grundsätzlichen Fragen zur Ausgestaltung der SGB-XI-Leistungen gründlich zu diskutieren – und zu beantworten.

Thomas Klie



Foto: FS

Häufig gestellte Fragen zum Modellprojekt PFLEGEBUDGET – hier werden sie beantwortet.

Gefährdet das Modellprojekt PFLEGEBUDGET die Qualität der Pflege?

Nein. Von einer gefährdeten Qualitätssicherung kann nicht die Rede sein.

Häufig behaupten Pflegedienste, im Modellprojekt PFLEGEBUDGET sei die Qualität der Pflege gefährdet, weil Personen oder Organisationen zum Zuge kommen können, die keinen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI haben und damit nicht an die üblichen Qualitätsvorgaben gebunden sind.

Es ist richtig, dass Modellprojekte der Spitzenverbände der Pflegekassen (nach § 8 Abs. 3 SGB XI) vom Verrichtungsbezug des § 36 SGB XI ausgenommen und damit flexibler in der Leistungserbringung sind. Die Modellprojekte sind auch von den vertraglichen Vorgaben zwischen Pflegekassen und Pflegediensten freigestellt: Der Leistungsaustausch wird über einen Dienstvertrag zwischen Leistungserbringer und Leistungsnehmer (Pflegebedürftiger) geregelt. Von einer gefährdeten Qualitätssicherung kann trotzdem nicht die Rede sein. Die Qualität wird auf andere Weise gesichert. So gilt

für alle Leistungen der Pflegeversicherung: Sie müssen dem anerkannten Stand der Pflege entsprechen, das gilt selbstverständlich auch für das Modellprojekt PFLEGEBUDGET.

Darüber hinaus wird der Budgetnehmer durch das Case Management beraten und unterstützt. Zur Beratung gehört in jedem Fall ein umfassendes Assessment, einschließlich der Pflegebedarfserhebung mit dem Resident Assessment Instruments Home Care (RAI H.C.). Darauf aufbauend wird ein Hilfeplan erstellt, der auf den Bedarf reagiert, Ressourcen berücksichtigt und Ziele vereinbart.

Das im Modellprojekt nach spätestens sechs Monaten verpflichtende erneute Assess-

• Info • Info • Info • Info •

Das 3. Symposium zum Modellprojekt findet vom 7. bis 8. Dezember 2006 in Koblenz statt. Infos und Anmeldung unter www.pflegebudget.de

ment führt zu einer ergebnisorientierten Qualitätssicherung: Die Wirkung aller Maßnahmen wird bewertet. Die Case ManagerInnen übernehmen damit im Modellprojekt eine Prozesssteuerung, die über eine Pflegeplanung im klassischen Sinn hinausgeht. Ergeben sich beim Assessment besondere Risikokonstellationen – das RAI weist hier-

Fördert das PFLEGEBUDGET den Leistungsmisbrauch?

► **Nein. Im Gegenteil: Das PFLEGEBUDGET sorgt mehr als jedes andere Setting für Transparenz und Rechtssicherheit.**

Das PFLEGEBUDGET ist als „Einkaufsmodell“ gestaltet, bei dem im Regelfall der gesam-

der Öffentlichkeit schnell der Illegalität verdächtigt werden, wenn sie aus einem osteuropäischen Land stammen – wird ggf. mit einem Statusfeststellungsverfahren die nötige Klarheit geschaffen. Befinden sie sich im Einklang mit dem geltenden Recht, ist es auch ausländischen Kräften möglich, Dienste in Haushalten der Budgetnehmer zu leisten. Auf der Homepage des PFLEGEBUDGETS findet sich eine rechtliche Analyse und Bewertung zu dieser Problematik (www.pflegebudget.de).

Die Bedingungen des PFLEGEBUDGETS und die Unterstützung des Case Managements ergeben also eine Beratungsdichte, die vorsätzlichen Leistungsmisbrauch nicht gänzlich verhindern kann, aber mehr als in jedem anderen Setting für Transparenz und Rechtssicherheit sorgt. Nimmt man den weitaus größten Teil der Pflegegeldempfänger in den Blick, wird klar, was gemeint ist.

Müssen Pflegedienste Einnahmeausfälle befürchten, wenn das PFLEGEBUDGET Regelleistung wird?

► **Nein. Die Erfahrung zeigt: Pflegedienste bleiben häufig wichtigster Dienstleister. Manche bauen ihre Dienstleistung aus oder gewinnen sogar neue Kunden.**

Nach der Konzeption der Pflegeversicherung können (zugelassene) Pflegedienste ihre Leistungen frei anbieten und um Kunden werben. Für die ist also ein Wechsel von einem Dienstleister zum anderen generell möglich und kurzfristig realisierbar. Dass sich pflegebedürftige „Kunden“ allerdings überwiegend an Qualität und Preis orientieren, ist auf dem „Pflegemarkt“ bisher eher weniger zu beobachten. Gewählt wird lieber nur einmal, nach Kriterien, die der Lebensstil vorgibt.

Diese Erfahrung ist auch im Modellprojekt PFLEGEBUDGET zu machen. Der Impuls ins PFLEGEBUDGET zu wechseln, ist nicht primär der Wunsch nach einem anderen Dienstleister, sondern der nach Flexibilität und Wahlfreiheit. Prinzipiell besteht im Modellprojekt die Möglichkeit, Leistungen von Personen oder Organisationen in Anspruch zu nehmen, die nicht über die formale Zulassung als Dienst im Sinne des SGB XI verfügen. Diese Wahl bietet aber nicht jeder regionale Markt. In keiner der Modellregionen hat sich bisher ein (größeres) Unternehmen gefunden, das die Möglichkeiten des PFLEGEBUDGETS nutzen möchte und auch ohne Kassenzulassung in den Pflegedienstleistungsmarkt eingestiegen wäre. Für die Budgetnehmer bleibt damit bisher neben der Wahl eines etablierten Dienstes nur



Foto: photoCase.com

Fragen zum PFLEGEBUDGET sind willkommen und werden auch auf der Homepage unter www.pflegebudget.de beantwortet.

für besondere Risikoindikatoren aus – wird die fachliche Hilfe von ggf. auch spezialisierten Pflegediensten angefordert. Zusammen mit der ärztlichen Betreuung ist das eine intensive Begleitung und Beobachtung, die der Qualitätssicherung im Sachleistungsbezug gleichwertig, wenn nicht überlegen ist.

Eine assessmentbasierte Prozesssteuerung ist im Sachleistungsbezug ja bisher nicht vorgesehen. Ambulanten Pflegediensten bietet die Zusammenarbeit mit den Case ManagerInnen im Modellprojekt PFLEGEBUDGET deshalb deutlich mehr Möglichkeiten, bedarfsgerechte und individuelle Leistungen anzubieten. Dies gilt besonders für die Betreuung und Unterstützung von Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

Last not least: Die Frage der Qualitätssicherung und -entwicklung ist Forschungsgegenstand im Modellprojekt PFLEGEBUDGET.

te Budgetbetrag für Pflegeleistungen ausgegeben wird, Restbeträge stehen nicht zur Verfügung. Ausdrücklich ausgeschlossen sind auch Leistungsentgelte an Verwandte ersten und zweiten Grades und an Personen, die in einer Lebenspartnerschaft einen gemeinsamen Haushalt mit dem Budgetnehmer führen.

Arbeitsverhältnisse, die aus Mitteln des PFLEGEBUDGETS finanziert werden, müssen zudem die Bedingungen des Arbeits- und Sozialrechts, Dienstleistungsverträge die des Vertrags- und EU-Rechts erfüllen. Die Maßstäbe, die hierbei angelegt bzw. die Nachweise, die in Zweifelsfällen gefordert werden, schließen einen Leistungsmisbrauch so gut wie aus.

Die erste Beratungsinstanz für arbeits- und dienstrechtliche Fragen ist das im Modellprojekt verankerte Case Management. Da die Case ManagerInnen selbst keine Rechtsberatung durchführen dürfen und können, vermitteln sie an kompetente Stellen. Das kann bei arbeitsrechtlichen Fragen die zuständige Bundesagentur für Arbeit, bei sozialrechtlichen Fragen die Krankenkasse sein. Sofern Budgetnehmer eine Arbeitgeberrolle übernehmen, wird auch für Rechtsberatung von autorisierter Seite gesorgt.

Sollen ausländische Arbeitnehmer oder Dienstleister beschäftigt werden – die derzeit in

die Möglichkeit Leistungen von Einzelpersonen einzukaufen. Im Modellprojekt PFLEGE BUDGET ist dabei die Anstellung auf Basis eines Minijobs auch eine Variante. Sie hat aber auf Grund der arbeitsrechtlichen Bedingungen ihre Grenzen, da zum Beispiel, wenn der Minijobber krank ist, keine Leistungen zu erwarten sind. Deshalb ist sie auch nur dann eine tragbare Lösung, wenn der Budgetnehmer über ein stabiles soziales Netzwerk verfügt, dass ggf. den Leistungsausfall kompensieren kann. Die Variante „Minijob“ nutzen vor allem Budgetnutzer der Pflegestufe I, die vormals Geldleistungen bezogen haben.

In der überwiegenden Zahl der Arrangements, die vor dem PFLEGE BUDGET von Sachleistungen gestützt waren, bleibt der Pflegedienst trotz PFLEGE BUDGET der dominante Dienstleister. Der Wunsch nach Wechsel kommt nur dann auf, wenn Kontinuität und Zuverlässigkeit des Pflegedienstes zu wünschen übrig lassen. Erwünscht ist aber häufig eine Veränderung der Leistungen, hin zu solchen hauswirtschaftlicher Art, hin zu situationsangepasster Betreuung und Unterstützung, die den Tagesrhythmus der Familien stützt. Nicht spe-

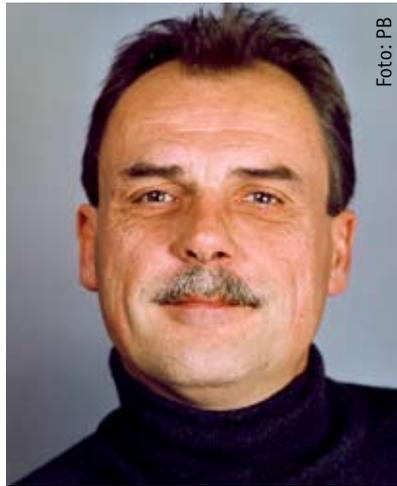


Foto: PB

Thomas Pfundstein: Das PFLEGE BUDGET sorgt mehr als jedes andere Setting für Transparenz und Rechtssicherheit.

zifische Leistungen wie etwa die Morgentoilette werden gewünscht, sondern ein längerer Zeitraum, in dem die Morgentoilette durchaus vorkommen kann, der aber auch Spielraum und -zeit für Individualität bietet.

Insgesamt ist die Bilanz der Pflegedienstbeteiligung nach dem heutigen Kenntnisstand neutral. Dem „Verlust“ im Sachleistungsbereich stehen „Gewinne“ bei den Kombileistungsnehmern (Mehrausgaben), den Geldleistungsnehmern und den Neuanträgen gegenüber. Die Bilanz für die Pflegedienste würde vermutlich noch positiver ausfallen, wenn sie mehr davon Gebrauch machen würden, den Kunden, deren Bedarf ein PFLEGE BUDGET nahe legt, das PFLEGE BUDGET auch zu empfehlen. Doch bisher sind Pflegedienste da eher reserviert. Die Bereitschaft, stundenbasierte Leistungen überhaupt anzubieten und von dem Modell der Modularisierung abzurücken, ist noch wenig zu finden.

Die häufig geäußerte Meinung, die Case Managerinnen im Modellprojekt würden Klienten raten, auf einen Pflegedienst zu verzichten, entbehrt jeder Grundlage. Im Gegenteil: Meist sprechen fachliche Argumente eindeutig für eine Beteiligung eines Pflegedienstes an den Versorgungsarrangements. Die letzte Entscheidung liegt allerdings beim Klienten. ■

Thomas Pfundstein,
Wissenschaftlicher Mitarbeiter AGP Freiburg

2. Konsultationsrunde im Oktober

Assessment auf dem Prüfstand

Erfahrungen mit dem Assessment-Instrument RAI HC aus pflegewissenschaftlicher Sicht und aus dem Blickwinkel des Case Managements stehen auf dem Programm der Konsultationsrunde, die im Oktober in Kassel stattfindet.

Das Instrument, mit dem die Case ManagerInnen des Modellprojekts den Pflege- und Versorgungsbedarf eines Klienten einschätzen, ist das Resident Assessment Instrument Home Care, kurz RAI HC 2.0. Mit Hilfe dieses Assessment-Instrumentes bleibt keine relevante Problemlage unentdeckt – der erste Schritt, sie im Einvernehmen mit dem Klienten

zu bewältigen. Wer mit dem RAI HC arbeitet, muss zunächst vor allem fragen, beobachten und zuhören können. Das Instrument führt dann zu einer größeren Komplexität: Es verknüpft Beobachtungen miteinander und sensibilisiert die Beteiligten für weniger offensichtliche Bereiche und Zusammenhänge. Allen Klagen über die Sperrigkeit



Willi Gertsen:
Assessments schärfen die Wahrnehmung.

des umfangreichen Instruments zum Trotz: Case ManagerInnen, KlientInnen und Angehörigen schätzen diese Schärfung der Wahrnehmung. Man darf dies im doppelten Sinne verstehen. Geschätzt wird die Systematik der Erhebung und die Erweiterung des Blickfeldes ebenso wie die gute Erfahrung, über das Gespräch und die Beobachtung ernsthaft wahrgenommen zu werden.

Nun muss ein Instrument, das ursprünglich für den pflegerischen Gebrauch entwickelt wurde, nicht automatisch für das Case Management geeignet sein, nur weil die Begrifflichkeit dies nahe legt. Nach zwei Jahren intensiver Erfahrung im Gebrauch des RAI HC soll jetzt das Instrument selbst daher noch einmal auf den Prüfstand. In einer

zweiten Konsultationsrunde am 10. Oktober 2006 in Kassel werden Erfahrungen in einer Expertenrunde diskutiert, aus pflegewissenschaftlicher Sicht und aus dem Blickwinkel des Case Managements.

Dabei wird sowohl Fragen der praktischen Anwendung nachgegangen als auch solchen nach einer weiteren Nutzung: Was im individuellen Fall weiterführend ist, kann es auch für die Gesamtgruppe der Projekt-TeilnehmerInnen sein. Wenn man sich also die Logik des Instrumentes zu eigen macht und zulässige Verknüpfungen anstellt, darf man gespannt sein, ob das ein Profil der Menschen erkennen lässt, die am Projekt teilnehmen. Die Diskussion, die darüber in Kassel anfängt, wird im Dezember beim Symposium in Koblenz weitergeführt. ■

Willi Gertsen,
Wissenschaftlicher Mitarbeiter AGP Freiburg

Beratung ist nicht gleich Beratung

Foto: photoCase.com



Das Case Management ist ein zentrales Element des Modellprojekts PFLEGEBUDGET und damit auch Forschungsgegenstand. Bei der zweiten Konsultationsrunde zum Case Management Anfang Juli ging es um die Herausforderungen, die es für die Case ManagerInnen mit sich bringt.

Die Beratungs- und Steuerungsfunktion des Case Managements sowie der Aushandlungsprozess und die Vereinbarungen mit Klienten waren die Themen, die von den Case ManagerInnen eingebracht wurden. Begrenzte Akzeptanz der Steuerung bei gleichzeitigem hohem Beratungsbedarf der Klienten – das sind die vorherrschenden Erfahrungen, die die Case Managerinnen in ihrer Arbeit machen. Das Angebot und die Qualität der Beratung in pflegerischen Fragen ist in den Regionen höchst unterschiedlich. So gibt es im Kreis Annaberg (Sachsen) noch gar kein unabhängiges Beratungsangebot, während die Case Managerinnen in Kassel und Marburg auf ein breites und differenziertes Beratungsangebot zurückgreifen können. Sie müssen also je nach Standort ganz unterschiedliches leisten. Während es in Annaberg vor einer Entscheidung zum PFLEGEBUDGET erst allgemeine Pflegeberatung ist, kann in Marburg oder Kassel viel schneller eine Beratung zu den Vor- und Nachteilen des PFLEGEBUDGETS erfolgen.

Beratung differenziert betrachten

Dr. Wolf Rainer Wendt, Professor in Stuttgart und einer der Pioniere des Case Management in Deutschland, plädiert für eine differenzier-

te Betrachtung der Beratung. Man müsse analytisch unterscheiden zwischen einer Beratung im Vorfeld, die vor allem zu den Möglichkeiten des Sozialsystems informiert (Leitfrage: Was ist der „Fall“?) und der eigentlichen Prozessberatung im PFLEGEBUDGET nach einer Vereinbarung zum Unterstützungsmanagement mit dem Klienten (Leitfrage: Wie lässt sich der „Fall“ bewältigen?). Kommt eine solche Vereinbarung zu Stande, stellt sich für Prof. Dr. Michael Wissert von der Fachhochschule Ravensburg/Weingarten, ebenfalls langjähriger Case-Management-Experte, nicht mehr die Frage, wer eigentlich steuert, son-

• Info • Info • Info •

Von der 6th European Conference on Health Economics, die Anfang Juli in Budapest stattfand, berichtet Dr. Alexander Spermann vom ZEW Mannheim. Ausgewählte Aspekte zur Entwicklung der Pflegesituation in den Niederlanden, Schweden und Australien als download unter www.pflegebudget.de

dern vielmehr wie auf leistungsrechtlicher, verfahrensrechtlicher und der Prozessebene gesteuert wird. Einig waren sich die Experten darin, dass Beratung nicht gleich Beratung ist: es gelte die Dimensionen der Beratung sehr genau zu differenzieren und auseinander zu halten: die inhaltliche (worüber wird beraten?), die methodische (wie wird beraten?) und die strukturelle (wer berät in welcher Institution?). Für die Implementierung des Case Managements muss sein Aufgabenprofil und Art und Umfang der Interaktion mit anderen Beratungsinstitutionen klar sein, denn beides entscheidet über den personellen Aufwand, der für das Case Management betrieben werden muss.

Mit dem Prozess der Rollenfindung unter den Bedingungen eines Forschungsprojektes beschäftigt sich Christine Schings, Diplom-Soziologin und Mitarbeiterin von FIFAS. Sie führt eine qualitative Studie zum Selbstverständnis der Case Manager und Case Managerinnen durch und stellte in der Konsultationsrunde ihren Forschungsansatz vor. Herausfinden will sie u.a. wie Case ManagerInnen sich selbst in ihrer Aufgabe sehen und definieren und welche Funktionen ihnen und ihrem neuen Berufsbild von anderen Akteuren im Feld unterstellt oder zugeschrieben werden. Dass all das auf einem durchaus noch konfliktträchtigem Terrain spielt, zeigten erste Eindrücke aus den Interviews, die Frau Schings geführt hat.

Eine Entwicklung zu gestärkter Rollenidentität konnte Michael Monzer, Diplom-Psychologe und im Modellprojekt Case Managementausbilder und Coach, feststellen. Sowohl die Forschungsfragen als auch die Inanspruchnahme des Coachings weisen darauf hin, dass sich das Case Management im Modellprojekt PFLEGEBUDGET etabliert hat und die Case ManagerInnen ihre Rolle immer selbstbewusster spielen – in der Auseinandersetzung mit der eigenen Funktion und mit den Ansprüchen, die von außen an sie herangetragen werden. Einig waren sich die Case ManagerInnen, dass kollegiale Beratung und Coaching den Beratungs- und Steuerungsprozess wirksam stützen und so zur Weiterentwicklung der noch neuen Funktion des Case Managements im Pflegekontext beitragen.

Willi Gertsen,
Wissenschaftlicher Mitarbeiter AGP Freiburg

Pflegegeldbezieher in Ost und West

Deutliche Unterschiede in der Akzeptanz des PFLEGEBUDGETS



Josefine Meng

► In Erfurt (Thüringen) und Neuwied (Rheinland-Pfalz) können im Gegensatz zu den anderen Standorten auch Pflegegeldbezieher zum PFLEGEBUDGET wechseln. Die Entwicklung der Fallzahlen zeigt nach anderthalb Jahren Laufzeit eine auffällige Diskre-

panz zwischen den beiden Regionen. Während sich in Neuwied rund 50 Prozent der interessierten Pflegebedürftigen aus dem Geldleistungsbezug für das PFLEGEBUDGET entschieden haben, sind es in Erfurt nur rund 10 Prozent. Den Ursachen der unterschiedlichen Zustimmung soll nun auf den Grund gegan-

gen werden. Dazu werden in einem gesonderten Forschungsprojekt solche Pflegegeldbezieher, die zunächst Interesse am PFLEGEBUDGET angemeldet, sich dann aber doch dagegen entschieden hatten, zu den Gründen ihrer Ablehnung befragt. Als Forschungsmethoden kommen in der ersten Stufe ein halbstrukturierter Fragebogen und in der zweiten Stufe Tiefeninterviews in ausgewählten Fällen zum Einsatz. Mit der Fragestellung beschäftigt sich Josefine Meng, die seit Juli 2006 als Mitarbeiterin beim AGP am Standort Erfurt arbeitet. Die diplomierte Sozialarbeiterin ist Autorin des in Kürze erscheinenden Fachbuches „Evidence-Based Social Work Practice“¹. Erste Zwischenergebnisse der Expertise werden auf dem 3. PFLEGEBUDGET-Symposium im Dezember in Koblenz präsentiert.

¹Paolo-Freire-Verlag, Oldenburg

Studie in München

Case Management – Arbeitsplatz und Methode



Birgit Schuhmacher

► Kommunalverwaltung, Wohlfahrtsverbände, Krankenhäuser – wo sind Case ManagerInnen angestellt? Das wird seit Anfang August mit einer Studie am PFLEGEBUDGET-Standort München untersucht. Der mit der Expertise beauftragte

Arbeitschwerpunkt Gerontologie und Pflege (AGP) der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der EFH Freiburg geht der Frage nicht nur im Bereich der Altenhilfe nach, sondern auch in der Kinder- und Jugendhilfe, im Fallmanagement der Arbeitslosenhilfe II und in anderen Disziplinen. Neben solchen Stellen, die explizit für Case Management ausgeschrieben sind, werden auch Aufgabenbereiche untersucht, in denen Case Management als Methode eingesetzt wird. Ziel der Studie ist es unter anderem, Parallelstrukturen zu entdecken: Wird also dieselbe Zielgruppe durch unterschiedliche Stel-

len angesprochen? Oder werden dieselben Aufgabenbereiche mal mit, mal ohne Case Management bearbeitet? Die Studie trägt damit zu einer effizienteren Nutzung von Ressourcen bei und zur empirischen Forschung, wie sich Case Management implementieren lässt.

Eine Aktenanalyse gibt Aufschluss über Finanzierung, Ausstattung und programmatische Verankerung von Case Management. In offenen Interviews mit Experten und Case ManagerInnen wird nach Aufgaben, Zielgruppen und Netzwerkpartnern, aber auch nach der Anzahl der bearbeiteten Fälle (Case Load) und der beruflichen Herkunft der Case ManagerInnen gefragt. Aufgaben-Tagebücher geben Aufschluss über bewältigte Aufgaben und Zeitaufwand.

Erste Ergebnisse der Studie werden auf dem 3. PFLEGEBUDGET-Symposium in Koblenz vorgestellt. Auf einem abschließenden Workshop werden die Ergebnisse diskutiert und weiterentwickelt.

Birgit Schuhmacher,
Wissenschaftliche Mitarbeiterin AGP Freiburg

Coaching im Modellprojekt

Hilfreich und erfolgreich



Photo: PB

Angebote weiterentwickeln

► Coaching im Modellprojekt PFLEGEBUDGET hat drei Ziele:

- Unterstützung der Case ManagerInnen in schwierigen Fallkonstellationen
- Evaluation und Konsolidierung der Case-Management-Praxis
- konzeptionelle und systemsteuernde Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen.

Nach eineinhalb Jahren lassen sich nun erste Erfahrungen zusammenfassen. Anlässe für Coaching waren und sind:

- 1. Der Zugang zum PFLEGEBUDGET:** Zu Beginn des Modellprojekts ging es häufig um die Eignung von Interessenten und damit um den Konflikt zwischen den formalen Kriterien und den Bedürfnissen von pflegebedürftigen Menschen.
- 2. Einzelfälle:** Später rückten schwierige Einzelfälle in den Mittelpunkt und damit Probleme wie Missbrauch des PFLEGEBUDGETS, Schärfung der eigenen Rolle als Case Manager, Einschaltung Dritter, unproduktive Kommunikationsmuster, Abbruch etc.
- 3. Strukturelle Behinderungen:** Sie sind typisch für den Case-Management-Ansatz, so auch beim PFLEGEBUDGET, zum Beispiel im Umgang mit dem Kontrollgruppendesign.

Erfreulicherweise wurde das Coaching-Angebot an allen Standorten angenommen. Bisher fanden 17 Coachingprozesse statt. Gespräche wurden meist telefonisch geführt, nur in besonders schwierigen Fällen wurden Besprechungstermine vereinbart. In den meisten Fällen löste ein Kontakt mit anschließender Rückmeldung das Problem. Andere Coachings erstreckten sich über mehrere Termine, weil sie einen ganzen Prozess begleiteten. Gefragt, ob Coaching hilfreich gewesen sei, hieß es mehrheitlich „Ja!“.

Dipl.-Psychologe Michael Monzer,
Leinfelden-Echterdingen

Akzeptanztest: Neue Leistungsformen

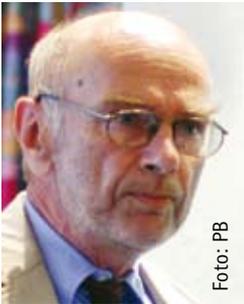


Foto: PB

Prof. Dr. Baldo Blinkert

Im Zusammenhang mit der Begleitforschung zum PFLEGEbudget wurde in den Landkreisen Annaberg und Unna eine ergänzende Untersuchung durchgeführt. Befragt wurde eine für die beiden Landkreise repräsentative Stichprobe von 1.005 Personen im Alter von 40 bis 65 nach ihren „pflegekulturellen Orientierungen“, das heißt, nach ihren Präferenzen und Absichten für die Versorgung im Falle von Pflegebedürftigkeit.

► 40- bis 65-Jährige deswegen, weil sie pflegenaher Jahrgänge sind – im doppelten Sinn: In dieser Altersgruppe muss man damit rechnen, dass in absehbarer Zeit eine nahestehende Person pflegebedürftig wird und dass man über ihre Versorgung entscheiden muss. Zum anderen beginnen Personen dieses Alters, sich Gedanken über die Möglichkeit einer eigenen Pflegebedürftigkeit zu machen. Beides wird durch die Studie bestätigt: Mehr als 50 Prozent der Befragten können über Erfahrungen mit der Versorgung einer ihnen nahestehenden Person berichten und über 90 Prozent halten es für möglich, einmal selber pflegebedürftig zu werden. Die Untersuchungen für die Landkreise Annaberg und Unna knüpfen an Vorläufer-Studien an, in denen wir zeigen konnten, dass pflegekulturelle Orientierungen nicht zufällig in der Gesellschaft verteilt sind. Eine der auch

pflegepolitisch bedeutsamen Erkenntnisse war, dass die Bereitschaft zur häuslichen Versorgung je nach soziokultureller Verankerung schwankt. Sie nimmt mit steigendem sozialen Status ab und ist dann besonders gering, wenn Personen sich an einem modernen Lebensentwurf orientieren. Die Präferenz „selber zu Hause pflegen“ ist am stärksten in den sozialen Milieus verankert, die es immer weniger gibt, in den traditionell-konservativen Milieus. Dieses Ergebnis wurde im wesentlichen auch durch die Untersuchungen in den Landkreisen Unna und Annaberg bestätigt. Weiteres Erkenntnisziel waren Aufschlüsse darüber, wie die Generation der 40- bis 65-Jährigen zu neuen Leistungsformen steht, die durch die Einführung eines PFLEGEbudgets möglich würden. Dazu wurden Alternativen der Leistungserbringung, der Pflegeorganisation und der Bezahlung vorgelegt, die nach ihrem Akzeptanzgrad bewertet werden konnten. Zu den Alternativen gehörten

Modalitäten der bisherigen Praxis und neue Optionen, die sich unter den Bedingungen des PFLEGEbudgets realisieren lassen.

Leistungen von Pflegediensten gefragt

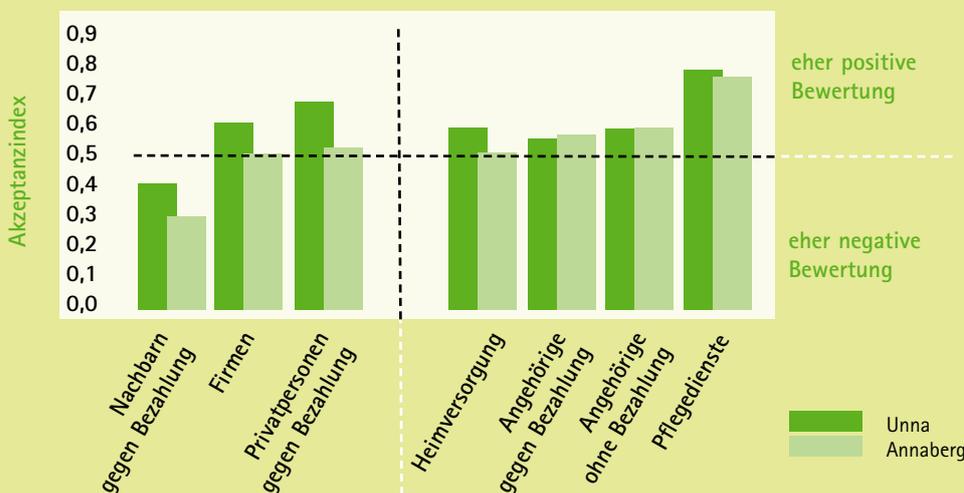
Die Ergebnisse sind einigermaßen überraschend. Im Landkreis Annaberg überwiegt die Skepsis gegenüber neuen Möglichkeiten, im Landkreis Unna dagegen das Interesse an ihnen. Exemplarisch ist, welche Arten der Leistungserbringung hoch, welche weniger hoch im Kurs stehen (siehe Grafik). Durch das PFLEGEbudget eröffnete neue Möglichkeiten sind u.a. die Leistungserbringung durch Firmen, die ihre Dienste auf einem freien Markt anbieten und Leistungen, die von Privatpersonen gegen Bezahlung erbracht werden. Sie stehen in Unna noch höher auf der „Akzeptanz-Skala“ als traditionelle Formen wie die Heimversorgung oder die Leistungserbringung durch Angehörige. Nur die Angebote von Pflegediensten werden in noch höherem Maße für die eigene Versorgung akzeptiert. Im Landkreis Annaberg dagegen werden alle neuen Möglichkeiten der Leistungserbringung durchweg skeptisch beurteilt und für die eigene Versorgung eher nicht in Betracht gezogen.

Die Ergebnisse geben zu vielfältigen Fragen Anlass: Was sind die Gründe für diese Unterschiede? Spielt die unterschiedliche Sozialgeschichte der Regionen eine Rolle? Oder liegt es eher an der etwas stärker ausgeprägten Urbanisierung des Landkreises Unna? Und besonders wichtig: Was ist auf der Basis dieser Ergebnisse für das Bundesgebiet insgesamt zu erwarten? Unsere Ergebnisse lassen sich ja nicht einfach „hochrechnen“, denn beide Landkreise – auch wenn man die Stichproben zusammenfasst – sind gewiss nicht repräsentativ für das ganze Bundesgebiet.

Prof. Dr. Baldo Blinkert, FIFAS

>> **Download:** „Die Annaberg-Studie“ unter >> www.pflegebudget.de

Präferenzen für die Art der Leistungserbringung



neue Möglichkeiten durch das Pflegebudget

traditionelle, etablierte Leistungen

Quelle: FIFAS

Grafik: PB

„Hilfe ohne die komischen Module“

Foto: FS



Das INTEGRIERTE BUDGET – erste Erfahrungen



Annerose Siebert:
Mehr Selbstbestimmung durch Budgets.

Seit Anfang diesen Jahres haben in den Modellregionen Kreis Neuwied und Stadt Mainz die Koordinierungs-

büros des INTEGRIERTEN BUDGETS ihre Arbeit aufgenommen. An fünf Organisationen der Behindertenhilfe und Selbsthilfe¹ angeschlossen arbeiten dort im Case Management geschulte und von der Projektleitung durch regelmäßige Treffen und kontinuierliche Begleitung unterstützte MitarbeiterInnen. Bisher nutzen 13 Personen das INTEGRIERTE BUDGET. Es setzt sich bei den bisherigen BudgetnehmerInnen überwiegend aus dem PFLEGE BUDGET und einem Budget nach §§ 53 ff. SGB XII (Eingliederungshilfe) zusammen. In einigen Fällen kommt ein Budget nach §§ 61 ff. SGB XII (Hilfe zur Pflege) hinzu. Besonders erwähnenswert ist auch die Kombination aus PFLEGE BUDGET und Leistungen nach SGB V. In dieser Konstellation erhält ein Budgetnehmer außer dem PFLEGE BUDGET auch Physiotherapie und Hilfsmittel als Persönliches Budget.

Individuelle Hilfestaltung

Bereits in den ersten Interviews der Begleitforschung mit den BudgetnehmerInnen bestätigt sich die Vermutung, dass der strenge Verrichtungsbezug der modularisierten Pflegeleistungen einer individuell organisierten Hilfe im Wege stehen kann. Die Leistungsform Budget macht ein größeres Maß an Selbstständigkeit und Selbstbestimmung möglich. Eine Budgetnehmerin dazu: „Der größte Unterschied ist eigentlich, dass mir diese gan-

zen komischen Module nicht mehr angetan werden...“. Ein anderer Budgetnehmer sagte: „Da hat man ja das Geld in der Hand und kann dann ohne diesen Leistungskatalog vom Pflegedienst sagen okay, das ist gerade egal wie oft wir ja jetzt dieses oder jenes machen und bei dem Pflegedienst bisher da muss es ja immer nach diesem Modulverfahren gehen, das ist schon sehr nervig ... und da finde ich es ja schon eine riesen Erleichterung wenn ich da nicht mehr diese Module habe...“.

Unterstützung durch Case Management

Die Leistungsform Budget führt zu deutlich höherem Informations- und Unterstützungsbedarf. Dies ist keine Besonderheit des INTE-

GRIERTEN BUDGETS oder des PFLEGE BUDGETS, sondern ein der Komplexität geschuldetes Phänomen, das sich auch im Trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach § 17 SGB IX zeigt. Der im Verhältnis zu anderen Budgetformen oder Modellprojekten gute Start des INTEGRIERTEN BUDGET lässt sich unter anderem darauf zurückführen, dass mit dem im INTEGRIERTEN BUDGET verbindlichen Case Management eine strukturierte Begleitung gegeben ist. Die MitarbeiterInnen führen das Assessment durch, machen gemeinsam mit den BudgetnehmerInnen die Hilfeplanung und unterstützen bei der Vernetzung und Koordination zur Organisation von Hilfen. Die ersten Erfahrungen zeigen, dass diese Form der Unterstützung in der benannten Komplexität sowohl im Einzelfall wie auch auf der Strukturebene Wirkung zeigt. ◀

Annerose Siebert,
Wissenschaftliche Mitarbeiterin AGP Freiburg

¹ Nähere Informationen zu den Koordinierungsbüros unter >> www.integriertesbudget.de

„Mehr Lebensqualität durch INTEGRIERTES BUDGET“



Elke Bartz: Hilfe muss bedarfs- und bedürfnisgerechter werden.

die rigide Einstufungspraxis zur Leistungsberechtigung, die zwar angesichts des ‚Teilkasko-Charakters‘ der Pflegeversicherung notwendig sein mag, im Ergebnis aber mit den minutiös festgelegten Leistungsmodulen an den individuellen Bedürfnissen der Menschen

vorbeigeht. Das INTEGRIERTE BUDGET bietet dagegen die Möglichkeit, Leistungen so einzukaufen bzw. zu organisieren, dass sie zusammen mit anderen Leistungen – ergänzende Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe, Arbeitsassistenz usw. – bedarfs- und bedürfnisgerechter werden. Dies ist unabdingbar für eine teilhabeorientierte Pflege. Damit einher geht eine größere Nutzerzufriedenheit, Selbstbestimmung und Lebensqualität der Budgetnehmerinnen und -nehmer. Hin zu personenzentriertem, weg von institutionellem Handeln in der Pflege: INTEGRIERTE BUDGETS sind dafür die richtige und notwendige Voraussetzung.“ ▶

Elke Bartz, Vorsitzende Bundesweites, verbandsübergreifendes Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e.V., >> www.forsea.de

„In Zukunft Budgets?!? Was hab' denn ICH damit zu tun?“



Foto: FS

► Unter diesem etwas provokanten Titel findet am 26. September 2006 in Neuwied eine Open-Space-Konferenz statt. Die Idee entstand im Landesbeirat Rheinland-Pfalz, nachdem wiederholt recht positive Erfahrungen der Budgetnehmer auf die Skepsis der Pflegedienste prallten. Erwartet werden neben den Menschen, die das PFLEGE BUDGET oder das INTEGRIERTE BUDGET beziehen oder sich dafür interessieren, Akteure der Pflegedienste, Vertreter der Pflege- und Krankenkassen und verschiedener Verbände, Minijobber und andere.

Im Open Space, besonders geeignet für große Gruppen, können Teilnehmer nahezu ohne Vorgaben entscheiden, was sie mit dem Thema verbinden und wie sie sich einbringen wollen. Diese Freiheit macht es – anders als die klassische Tagung mit Vorträgen und strukturierten Arbeitsgruppen – unter Umständen einfacher, Standpunkte zu überdenken und neue Impulse für die zukünftige Arbeit zu entwickeln.

Getragen und durchgeführt wird der Tagesworkshop von einem breiten Bündnis der Trägerverbände, dem Sozialministerium Rheinland-Pfalz, den Kreisen Unna und Neuwied, der Stadt Mainz und dem Projektträger.

Auf das Ergebnis darf man gespannt sein – die PFLEGE BUDGET-Medien werden berichten!

Open-Space-Konferenz:

Johannes-Haw-Heim in Leutesdorf, 9 Uhr bis 17.30 Uhr
Wegen begrenzter Teilnehmerzahl ist eine Anmeldung erforderlich bei: Case Managerin Johanna Wurm, Telefon 02631/803738,
>> wurm@pflegebudget.de

Hilfe und Pflege – wie gewünscht

► Speziell für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige ist die neue Broschüre zum PFLEGE BUDGET gemacht, die Ende August herausgekommen ist. „Hilfe und Pflege, wie Sie sie wünschen“: Unter diesem Titel gibt es auf 16 Seiten ausführliche und aktualisierte Informationen zu dem neuen Angebot der Pflegeversicherung und zum Setting des Modellprojekts. Beantwortet werden Fragen wie: Warum wird ein neues Angebot der Pflegeversicherung erprobt? Wer kann am Modellprojekt teilnehmen? Was leistet das Case Management? Wie hoch ist

das PFLEGE BUDGET? Wofür darf man das Budget verwenden und wofür nicht? Was passiert mit den erhobenen Daten? Eine Anleitung für die ersten „Zehn Schritte zum PFLEGE BUDGET“ und die Adressen der PFLEGE BUDGET-Büros an den sieben Standorten runden die Informationen ab.



Die Broschüre gibt es ab sofort in allen PFLEGE BUDGET-Büros und kann im PDF-Format unter >> www.pflegebudget.de heruntergeladen werden.



Teilhabeorientierte Pflege

Ausweg aus einem sozialhilferechtlichen Problem

► Menschen mit Behinderung und Assistenzbedarf, die das Arbeitgebermodell wählen, müssen ihre Assistenzkräfte aus dem Pflegegeld bezahlen. Das entspricht an sich nicht der Zweckbestimmung des Pflegegeldes, wurde aber durch § 66 Abs. 4 Satz 2 SGB XII ermöglicht, damit Leistungen der Pflegeversicherung in Assistenz- und Arbeitgebermodellen eine Rolle spielen können. Das INTEGRIERTE BUDGET macht es nun möglich, diese dogmatisch problematische Konstruktion zu verlassen. Mit dem INTEGRIERTEN BUDGET steht pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung und Assistenzbedarf ein höherer pflegeversicherungsrechtlicher Betrag zur Verfügung, der sie und vor allem auch die Sozialhilfeträger entlasten würde. Die mit dieser Thematik zusam-

menhängenden Fragen wurden auch im Arbeitskreis „teilhabeorientierte Pflege“ bei der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen erörtert. ◀

Prof. Dr. Thomas Klie, AGP Freiburg



Foto: FS

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 7.000 Exemplare

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



Projektleiter Thomas Klie:
Zeigen, dass Pflege gelingen kann.

Zwischenbilanz

Das Modellprojekt PFLEGEBUDGET ist in der Auswertungsphase angekommen. Es endet am 30. April 2008. In einem Jahr legen wir unseren Abschlussbericht vor – Zeit für eine Zwischenbilanz also. Die Zahl der Budgetnehmerinnen und -nehmer ist kontinuierlich gestiegen, ebenso die Zahl der Menschen, die sich für die Leistungen des PFLEGEBUDGETS zwar noch interessieren, für die es aber seit Spätherbst 2007 keine Chance mehr gibt, noch aufgenommen zu werden.

Wir berichten in dieser Ausgabe der MEILENSTEINE und live beim 4. Symposium am 6. und 7. Dezember 2007 in Bonn über Zwischenergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung und hoffen sehr, dass sie auch in der aktuellen Diskussion um die Pflegereform aufgenommen werden. Die durch das PFLEGEBUDGET mögliche Befreiung aus dem Modulgefängnis, die Inblicknahme der speziellen Lebenssituation und Bedürfnisse des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen sind ein Schlüssel dafür, dass Pflege gelingen kann und wir im guten Sinne pfleglich mit Pflegebedürftigen umgehen. Das Projekt PFLEGEBUDGET ist in jedem Fall in der Lage, die fachliche Sicht auf das, was Pflegebedürftige brauchen, zu korrigieren – mit vielfältigen Konsequenzen für die rechtliche Rahmung, aber auch für die Struktur der Pflegesicherung.

Thomas Klie

Pflegereform setzt auf Fallmanagement

Vom PFLEGEBUDGET lernen



Fotos (2): fotoonline.de

► **Mehr als 20.000 Case Manager für die Pflege in Deutschland?** So lauteten die ersten Hochrechnungen nach dem Eckpunkte-Papier der Koalition zur Pflegereform im Frühsommer. Von einem Fallmanager auf hundert Pflegebedürftige war da die Rede. Man sieht offenbar die Notwendigkeit, Pflegebedürftigen in der vergleichsweise unübersichtlichen Pflegelandschaft eine bessere, eine effektivere Beratung und Begleitung zuteil werden zu lassen als dies derzeit der Fall ist.

Die Forderungen nach der Einführung eines Case Managements sind keineswegs neu. Zahlreiche Modellprojekte haben Varianten erprobt und eigentlich immer sichtbar werden lassen, wie wichtig berufsgruppen- und institutionenübergreifende Care- und Case-Management-Strukturen sind – dies nicht zuletzt auch unter ökonomischen Gesichtspunkten. Man kann und sollte inzwischen auch aus den Erfahrungen der Arbeitsverwaltung mit dem Fallmanagement im SGB II lernen. Case Management bedarf danach einer

» Das PFLEGEBUDGET macht's vor: Case Management funktioniert und nutzt – ein Trendsetter in Effizienz. «

klaren Aufgaben- und Rollenkonzeption und einer tragfähigen Qualifikation. Auch Unabhängigkeit und Freiheit von eindimensionaler Zielsetzung muss gewährleistet sein. Die Arbeitsverwaltung hat sich inzwischen auf die Standards der DGCC¹ verständigt. Unvorstellbar ist allerdings: Case Management allein bei den Pflegekassen, Case Management durch Sozialversicherungsfachangestellte (SOFAS). Nicht, dass es ohne die Pflegekassen ginge, aber auch nicht ohne Beteiligung der Kommunen, ohne die Verschränkung mit anderen Leistungsträgern

• Info • Info • Info • Info •

Das 4. Symposium zum Modellprojekt findet vom 6. bis 7. Dezember 2007 in Bonn statt. Infos und Anmeldung unter www.pflegebudget.de www.integriertesbudget.de

¹ Deutsche Gesellschaft für Case und Care Management

Leistungskraft im Netzwerk

Case Management ist seit der geplanten Pflegereform zum zentralen Thema geworden – in der politischen Diskussion und in der Fachöffentlichkeit. Viele Augen richten sich deshalb verstärkt auf das Case Management im Modellprojekt PFLEGE-BUDGET. Schließlich können die Projektbeteiligten inzwischen mehrjährige Erfahrungen nachweisen und verfügen über fundierte Erkenntnisse.

» Es ist ein großer Schritt, dem Case Management in der Pflege einen Ort und eine Chance zu geben. «

ment regelrecht ausblenden. Es ist ein großer Schritt, dem Case Management in der Pflege einen Ort und eine Chance zu geben. Viele Pflegebedürftige, allein lebende vor allem, sind auf Case Management angewiesen, und Care-Management-Strukturen sind überall gefragt, wo man gesundheitsökonomisch einigermaßen



Foto: fotoolia.de

» Case Management ist auch gesundheitsökonomisch vernünftig. «

vernünftig handeln will. Es sollte gelingen, in einer konzertierten Aktion der beteiligten Bundesministerien, der Länder und der kommunalen Spitzenverbände sowie der Wissenschaft mit ihren vielfältigen Erfahrungen aus der modellhaften Erprobung von Case Management, ein Rahmenkonzept für Care und Case Management in der Pflege zu entwickeln, das unter anderem die zahlreichen und sehr positiven Erfahrungen auch aus dem Projekt PFLEGE-BUDGET aufnimmt. Das PFLEGE-BUDGET macht's vor: Case Management funktioniert und nutzt – ein Trendsetter in Effizienz. ◀

Prof. Dr. Thomas Klie



Grafik: fotoolia.de

► Im Modellprojekt PFLEGE-BUDGET hat das Case Management seit Beginn einen zentralen Platz. Es wurde schnell deutlich, dass die Case ManagerInnen in der Praxis nicht nur mit vergleichsweise einfachen Entscheidungshilfen für den Einkauf und die Organisation von Dienstleistungen dienen, sondern dass sie häufig anspruchsvolle Aushandlungsprozesse um Werte, Bedarfe und Ressourcen moderieren – mit der Folge, dass sie die Beteiligten zugleich binden und entlasten.

Die Leistungskraft des Case Managements zeigt sich vor allem in prekären Netzwerkkonstellationen, wenn keine Angehörigen die Pflege übernehmen können, und Pflegearrangements gefragt sind, die nachbarschaftliche Hilfen und bürgerschaftliches Engagement mit Leistungen von Minijobbern und ambulanten Diensten verbinden. Der Aushandlungsprozess und die Hilfeplanung erfordern Zeit, Kompetenz und Planung, die weit über das hinausgehen, was derzeit unter Pflegeplanung verstanden wird.

Case Management ist vor allem in Pflegearrangements gefragt, in denen die Leistungen von Minijobbern und ambulanten Diensten mit denen nachbarschaftlicher Hilfen und bürgerschaftlichen Engagements verbunden werden müssen.

Knappe Ressourcen

Aufgabe des Case Managements im PFLEGE-BUDGET ist es, sowohl die Pflege- und Versorgungsqualität des Pflegebedürftigen als auch

Phasen des Case Managements

- Intaking
- Assessment
- Hilfeplanung
- Linking
- Monitoring
- Evaluation



Thomas Pfundstein: Aushandlungsprozess und Hilfeplanung erfordern Zeit und Kompetenzen, die weit über die klassische Pflegeplanung hinausgehen.

die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen zu würdigen. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen sind meist äußerst knapp. Case Management ermittelt den Bedarf aus fachlicher Sicht, bringt eine reiche Kenntnis über die Möglichkeiten des Marktes und des Dienstleistungsangebots mit und unterstützt bei der Erstellung eines Hilfeplans, der Bedarf, individuelle Bedürfnisse und Ressourcen in ein austariertes Verhältnis zueinander setzt. Was, wann, wie und von wem erbracht bzw. geleistet wird, folgt keinen starren Zielen, sondern dem Autonomiegebot. Teilweise erschließen sich Ziele erst im Aushandlungsprozess. Zum Beispiel dann, wenn ein Bedarf von den Beteiligten bisher nicht erkannt wurde, Belastungen pflegender Angehöriger unberücksichtigt blieben oder emotionale Beziehungen in der Familie aus der Balance zu geraten drohen. Case Manager brauchen deshalb auch Kompetenz in Gesprächsführung und Moderation.

Care- und Case-Management differenzieren

Methodisch ist das Unterstützungsmanagement in verschiedene Phasen gegliedert. Zunächst wird geprüft, wo das Angebot des PFLGEBUDGETS überhaupt in Frage kommt (Intaking). Es folgt das Assessment – die Einschätzung des Bedarfs und der verfügbaren Ressourcen –, auf dem der Hilfeplan aufbaut. In dieser Phase wird beraten und ausgehandelt, wer, wann welche Hilfen bereitstellt und wie dies erfolgt. Das Linking, die Vermittlung von Diensten, setzt diese Planung dann um, vermittelt zwischen Klient und Diensten und verhandelt auf Wunsch das Leistungsangebot. Das Monitoring umfasst die Begleitung und Prüfung der Leistungen. Hier wird noch einmal geprüft, ob Planung und Realität übereinstimmen und wenn nötig werden Korrekturen vorgenommen. Die Evaluation erfüllt die Aufgabe, den gesamten Unterstützungsprozess in sei-

ner Gesamtheit zu bewerten, in den Blick zu nehmen, ob Maßnahmen zweckmäßig waren und die gesetzten Ziele erreicht wurden.

Eingebettet in dieses methodische Phasenmodell erfüllt das Case Management verschiedene Funktionen:

- **Gatekeeping:** prüft Anspruchsvoraussetzungen und Angemessenheit des Angebotes (hier des PFLGEBUDGETS) im Sinne des Bedarfs und der Bedürfnisse des Klienten
- **Brokering:** ist die Aufgabe der Zusammenstellung und Vermittlung des Dienstleistungsangebots. Bedarf und Wünsche des Klienten werden mit dem verfügbaren Angebot abgeglichen.

• **Advocacy:** Hier ist das Case Management in den Funktionen des Verbraucherschutzes und des Verfahrensrechtes gefragt. Der Klient wird in seinen berechtigten Ansprüchen gegenüber Dritten anwaltschaftlich vertreten.

• **Social Support:** verweist auf die erforderliche soziale Unterstützung bei Konflikten im Hilfearrangement, bietet neue Sicht- und Deutungsweisen für die Bewältigung der Lebenssituation mit Pflegebedarf und hilft bei der Bewältigung von Krisen.

Nach nunmehr drei Jahren Projektzeit mit mehr als 2.000 Bewerbern und über 500 PFLGEBUDGET-Nehmern hat sich auch gezeigt, dass die ganze Palette sozialer Unterstützung wie sie das Case Management anbietet, nicht immer erforderlich ist. Es gibt durchaus Konstellationen, in denen eine allgemeine Beratung zu den Möglichkeiten der Hilfe reicht. Ein nicht unerheblicher Teil der Budgetnehmer benötigt zudem eher ein Care Management, also die Beratung und Vermittlung von Dienstleistungen, die einem klar umrissenen Bedarf entsprechen. Aus einer vermeintlich „einfachen“ Beratung und Vermittlung kann aber schnell ein komplexes und zeitintensives Unterstützungsmanagement werden, wenn sich für den Pflegebedürftigen die gesundheitliche familiäre oder soziale Situation unerwartet und gravierend ändert, zum Beispiel, wenn die schwer zu ersetzende Hauptpflegeperson selbst erkrankt und das Hilfearrangement in kurzer Zeit neu gestaltet werden muss.

Das Modellprojekt PFLGEBUDGET beleuchtet die Differenzierung zwischen Care- und Case Management. Dazu werden die bisherigen Erfahrungen hinsichtlich Fallkomplexität und -problematik analysiert. Die Ergebnisse werden auf dem Symposium vorgestellt. ◀

Thomas Pfundstein,
Wissenschaftlicher Mitarbeiter AGP Freiburg

Budgetangebote

Ziel: Mehr Selbstbestimmung



PD Dr. Felix Welti

► **MEILENSTEINE:** Das Trägerübergreifende Budget findet nicht die Resonanz, die man sich erhofft hatte. Woran liegt das?

DR. FELIX WELTI: Ich hatte keine sehr hoch gesetzten Erwartungen, wurde also auch nicht so enttäuscht. Ein Grund für die geringe Inanspruchnahme Trägerübergreifender Budgets scheint mir zu sein, dass die Gemeinsamen Servicestellen nicht auf eine Budget-Assistenz eingerichtet sind und sich nicht als umfassende Anlaufstelle in Teilhabefragen verstehen. Außerdem ist es wahrscheinlich, dass Leistungsberechtigte vor dem Aufwand einer Budget-Nutzung zurückschrecken und dass sie Angst haben, eine Neuerung könnte auf eine Leistungskürzung hinauslaufen

MEILENSTEINE: Wie hat sich die Gutscheinelösung im Trägerübergreifenden Budget bewährt?

DR. FELIX WELTI: Generell sollte die Gutscheinelösung die Ausnahme bleiben, weil sie dem Selbstbestimmungsziel des Budgets entgegenläuft.

MEILENSTEINE: Können Sie sich das INTEGRIERTE BUDGET als Regelleistung vorstellen?

DR. FELIX WELTI: Das Budget könnte Leistungen von Katalogen befreien und stärker am Bedarf orientieren. Voraussetzungen wären ein trägerübergreifendes, fachlich konsentiertes und an der ICF orientiertes Bedarfsfeststellungsverfahren und die flächendeckende Einrichtung von Servicestellen, die ihre gesetzlichen Aufgaben auch erfüllen können.

PD Dr. Felix Welti,
Lehrstuhlvertreter für Sozialrecht und
Verwaltungsrecht Hochschule Neubrandenburg

Deutliche Entlastung und mehr Lebensqualität

Die Begleitforschung hat bereits deutlich gemacht, wie unterschiedliche Gegebenheiten – ländliche Regionen, (groß)städtischer Bereich, gutes oder prekäre Netzwerkstrukturen – auf die einzelnen Versorgungsarrangements wirken. Mit der weiteren Forschung wird der Fokus verstärkt darauf gelegt, welche Leistungen und welche Anbieter besonders gefragt sind. Die Auswertung von rund 500 Teilnehmer-Daten der Programm- und Kontrollgruppen lassen einige Trends erkennen.

Pflegearrangements

Abb. 1

Zeitbetrag der Sektoren in den Erhebungswellen



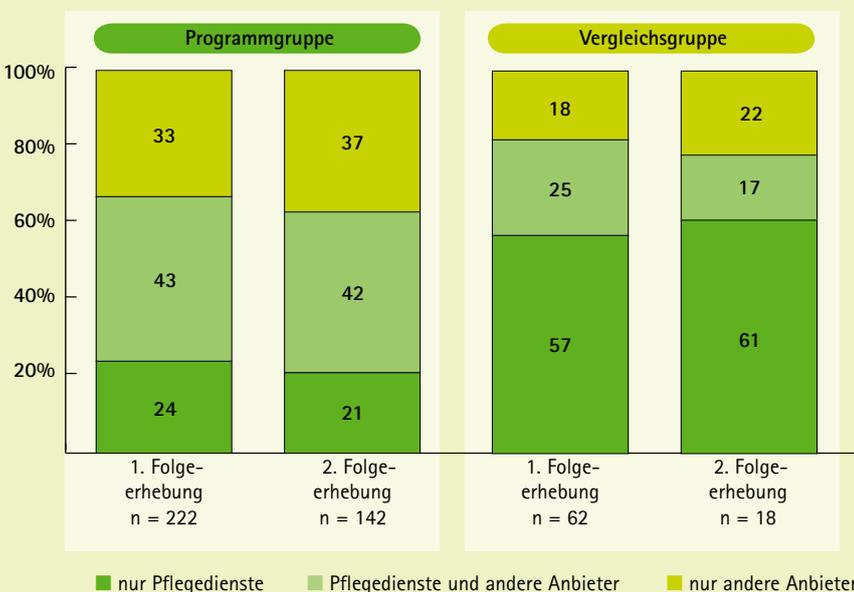
Erläuterung: Informeller Sektor 1 = Angehörige • Informeller Sektor 2 = Nachbarn, Bekannte, Freunde, Ehrenamtliche • Formeller Sektor 1 = professionelle Pflegekräfte/-dienste • Formeller Sektor 2 = sonstige berufliche und kommerzielle Anbieter

► **Pflegearrangements** werden durch das PFLEGE BUDGET in erheblichem Maße beeinflusst: Budgetnehmer nehmen verstärkt Leistungen von nicht professionellen Anbietern in Anspruch. In erster Linie ersetzen sie den von Angehörigen erbrachten Zeitaufwand (Leistungen des so genannten „formellen Sektors 2“, siehe Abb.1). Zu den gefragten Dienstleistern zählen berufliche und kommerzielle Anbieter, die nicht über eine pflegfachliche Ausbildung verfügen, zum Beispiel Hauswirtschafterinnen und andere Assistenzpersonen. Das hat zwei wichtige Konsequenzen: Deutliche Entlastung der Angehörigen und mehr Lebensqualität für den Pflegebedürftigen und seine Familie. Die ergibt sich daraus, dass die zukunftsweisende Versorgungskonfiguration eines Welfare-Mix bei den Budgetnehmern, also in der Programmgruppe, an Bedeutung gewinnt. Diese Entwicklung lässt sich über alle Erhebungswellen und tendenziell mit steigender Intensität beobachten. Eine auch nur annähernd ähnliche Entwicklung ist bei den Teilnehmern der Vergleichsgruppe nicht zu beobachten (siehe Abbildung 1).

Inanspruchnahme der Leistungen

Abb. 2

von verschiedenen Anbietern (1. und 2. Folgerhebung – gewichtete Stichprobe)



2. Die Budgetnehmer fragen immer mehr nach auch pflegerischen Leistungen von nicht oder wenig organisierten Anbietern, von Personen und Initiativen – allerdings ohne, dass sie in erkennbarem und signifikantem Maße auf die Leistungen von Pflegediensten und Pflegefachkräften verzichten würden. Die professionelle Pflege behält für Budgetnehmer ihren Wert, verliert allerdings ihre monopolartige Stellung (siehe Abbildung 2).

3. Interessant ist auch die Art der von Budgetnehmern nachgefragten Leistungen jenseits der Fachpflege. Es sind häufig Leistungen, die als Betreuung zu bezeichnen sind und einen Beitrag dazu leisten, Würde und Wellness im Sinne von Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person aufrechtzuerhalten. Beides spiegelt zutiefst menschliche Bedürfnisse, die durch die kodifizierte Sachleistungslogik jedoch nicht befriedigt werden. Der Mensch will teilhaben und Teil sein

- Leistungen wie „Begleitung“, „Spazierengehen“, „Besuchen“, „Gespräche führen“ verhehlen dazu. Würde und Wellness stehen und fallen auch mit der Achtung, die man pflegebedürftigen Menschen entgegenbringt



Prof. Dr. Baldo Blinkert

– zum Beispiel durch Biografiearbeit. In dem engeren und zeitlich längeren Betreuungskontakt, den das PFLEGEBUDGET ermöglicht, wird Biografiearbeit bewusst

geleistet, erkennbar an Aussagen über das Wahrnehmen und die Erfüllung von kleinen, gleichwohl konstitutiven Wünschen: einer Patientin wird das Haar nachgetönt, für einen älteren Mann eine Fußpflege oder eine Massage arrangiert. Auch Aussagen über rehabilitative und präventive Leistungen wie Gedächtnisübungen oder Krankengymnastik lassen darauf schließen, wie individuell, behutsam und wirkungsvoll sich unter den Bedingungen des PFLEGEBUDGETS arbeiten lässt.

Dass Leistungen, die Würde und Wellness fördern, gefragt sind, bestätigt das, was Abraham Maslow als „höhere Bedürfnisse“ des Menschen analysiert und konstatiert hat: Teilhabe, Anerkennung und Sicherung der personalen Integrität.

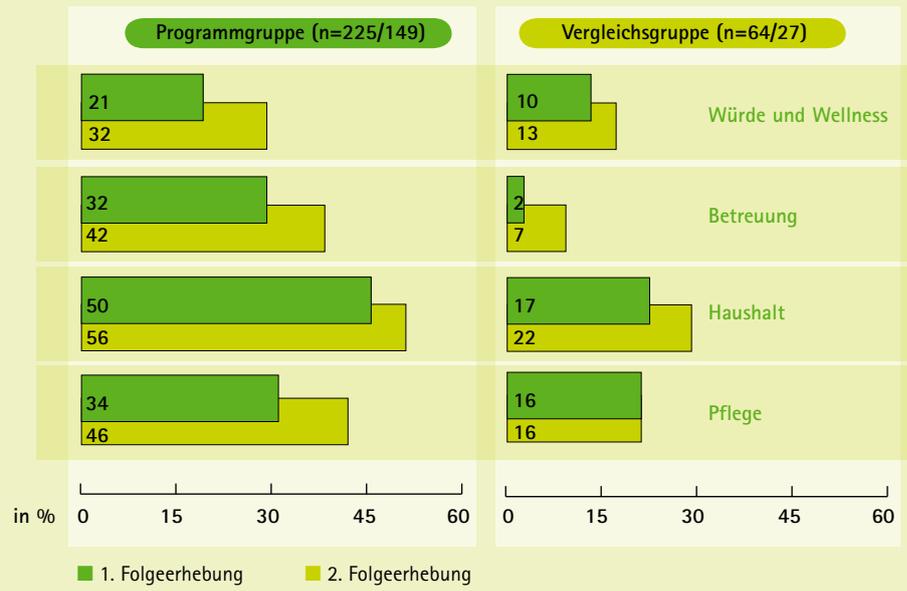
In der Vergleichsgruppe werden solche Leistungen nur selten nachgefragt – nicht weil die Menschen sie nicht brauchen, sondern weil die Möglichkeiten, sie zu bekommen, sehr viel schlechter sind. Die Budgetnehmer dagegen nutzen ihre Freiheit und machen relativ häufig Aussagen über von ihnen gebuchte Leistungen, die Würde und Wellness dienlich sind – Faktum und Anregung übrigens auch für eine Neukonzeption des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (siehe Abbildung 3).

4. Durch die Umstrukturierung von Pflegearrangements und die geänderte Nachfrage sind auch die Ausgaben der Budgetnehmer im Verlauf der Erhebungswellen deutlich gestiegen. Dazu müssen zwei Aspekte berücksichtigt werden: Zum einen enthalten die Ausgaben auch Beträge, die zusätzlich zu den von den Kassen geleisteten Zahlungen aufgewendet werden. Die Herkunft von gezahlten Beträgen genau festzustellen ist derzeit noch nicht möglich und wird vermutlich auch nur exemplarisch über qualitative Fallstudien zu klären sein. Zum ande-

Nachgefragte bezahlte Leistungen

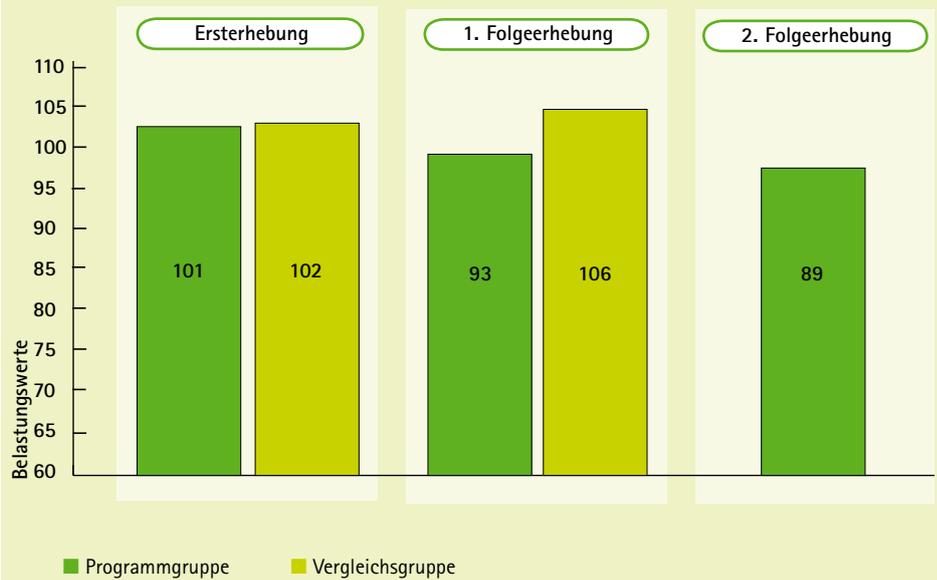
Abb. 3

von Anbietern, die keine Pflegedienste sind



Belastungswerte für Hauptpflegepersonen

Abb. 4



ren ist zu berücksichtigen, dass sich besonders hohe Ausgabensteigerungen vor allem bei ehemaligen Geldleistungsempfängern beobachten lassen. Bei den Pflegebedürftigen, die vor Aufnahme in das Modellprojekt Sach- oder Kombileistungen bezogen haben, kommt es zwar auch zu einer Ausgabensteigerung, sie fällt jedoch deutlich flacher ist als bei den ehemaligen Geldleistungsempfängern.

5. Die Umstrukturierung von Pflegearrangements verbessert die Situation der pflegenden Angehörigen deutlich. Ihr Zeitaufwand für Pfle-

ge und Betreuung sinkt und damit ihre Belastungen, das heißt wir messen deutlich mehr Zufriedenheit mit der Lebensqualität. (siehe Abbildung 4).

Die Ergebnisse der Begleitforschung zeigen, dass sich der Hilfebedarf mit dem PFLEGEBUDGET präziser befriedigen lässt. Subjektive Bedürfnisse und soziale Kontexte können in die Gestaltung des Hilfearrangements besser einbezogen werden. Vor das führt zur messbaren Entlastung von Angehörigen. ◀

Prof. Dr. Baldo Blinkert, FIFAS

Leistungsanbieter im PFLEGE BUDGET: Findig oder träge?

Das **PFLEGE BUDGET** hat das Ziel, die pflegerische Versorgung durch **individuellere, flexiblere, passgenauere und damit langfristig auch wirtschaftlichere Hilfe zu verbessern. Dazu soll die Pflegewirtschaft in marktwirtschaftlichen Strukturen denken und handeln lernen.**

Marktwirtschaftliche Strukturen

In Märkten bewegen sich Nachfrager und Anbieter ja aufeinander zu, das will auch das **PFLEGE BUDGET** erreichen, indem es Nachfrager und Anbieter in ihrer Gestaltungsfreiheit und damit Marktfähigkeit stärkt. Erste Schritte sind eine Lockerung des engen Leistungskatalogs und der Aufbau von Kundensouveränität. Die Erwartung ist, dass so allmählich ein Pflegemarkt entsteht, der in der Lage ist, die gewünschten Leistungen zu produzieren und anzubieten. Wo Kaufkraft winkt, sollen Phantasie, Können und Verkaufskraft für die gewünschten Angebote sorgen.

Pflege und Betreuung als Markt?

Ob diese Vorteile marktwirtschaftlicher Ordnung auch in der Pflege ihre Wirkung entfalten können, wird von der wirtschaftswissenschaftlichen Begleitforschung beobachtet. Dabei wird zum einen der Blickwinkel der Nachfrage eingenommen: Werden die Pflegebedürftigen durch Budget und Beratung (Case Management) hinreichend in Stand

gesetzt, als souveräne Kunden für ihre Bedürfnisse zu sorgen? Zum anderen wird die Anbieterseite in den Blick genommen: Welche Anreize und Spielräume bietet das **PFLEGE BUDGET** denn den Dienstleistern, neue Leistungen und Angebotsformen zu kreieren? Die Forschungsgruppe der Fachhochschule Kempten nimmt sich dieser zweiten Frage an.

Theoretischer Hintergrund

Nach der reinen Theorie der Marktwirtschaft würden die Anbieter tatsächlich auf jede Nachfrageveränderung reagieren: Sei es um neue Verdienst- oder Gewinnchancen zu realisieren, sei es um Gefahren wie der der Einbuße von Marktanteilen zu entgehen. In der Praxis erleben wir allerdings, dass viele Branchen träge und verspätet oder nur in ausgewählten Bereichen auf eine veränderte Nachfrage reagieren. Liegt das an der Unfähigkeit des Managements oder folgt es der einer anderen Logik? Die differenzierte Wirtschaftswissenschaft erfasst, dass

- jede Umstellung Risiken in sich birgt, die es erst einmal abzuschätzen gilt
- Umstellungen Entwicklungsaufwand verursachen

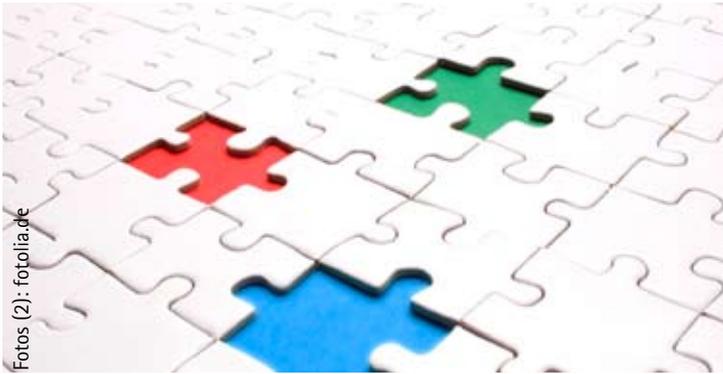


Prof. Dr. Johannes Zacher

- Veränderungen oft erst ab einer hinreichenden Nachfragemenge interessant werden
- Marktforschung, Konkurrentenbeobachtung und Entwicklung neuer Vertragsstrukturen und Preisvereinbarungen notwendig werden und als Umstellungsaufwand zu berücksichtigen sind
- neue Leistungen ins bisherige Angebotspektrum eingefügt werden müssen oder über Outsourcing, Kooperationen, Tochterfirmen in neue Organisationsformen münden

Forschungsdesign Für die Anwendung der Theorie auf den Pflege-„Markt“ ist also zu fragen, welche Bedingungen zur Möglichkeit freierer Leistungsgestaltung und Abrechnung nach Stunden bei freier Preisgestaltung hinzukommen müssen, damit die Pflegebedürftigen die Leistungen, die sie benötigen, finden und erhalten.

Das Forschungsdesign folgt diesen theoretischen Überlegungen. Gefragt wird zunächst nach neuen oder veränderten Leistungen und welche neuen Leistungsanbieter hinzugekommen sind. Gefragt wird dann nach deren Rahmenbedingungen und Hindernissen: Welche Leistungen passen in einer Organisationsform zusammen, welche nicht. Für welche Leistungen muss erst Entwicklungsaufwand getrieben werden. Welche Unsicherheiten begleiten sie? Welche Kommunikationsaufgaben sind zu bewältigen, welche Umstel-



Fotos (2): fotolia.de

Neue Leistungen ins bisherige Angebotsspektrum einfügen oder über Outsourcing, Kooperationen oder Tochterfirmen in neue Organisationsformen münden lassen.

lungen beim Vertragsabschluss und in der Gewährleistung von Qualität sind zu beachten?

Erste Ergebnisse

Aus den bisher ausgewerteten Beobachtungen ergeben sich bereits interessante Thesen:

- Der Anbieterbereich würde sich durch das PFLEGEBUDGET tendenziell differenzieren in Anbieter von Fachpflege und Anbieter von „einfacheren“, zeitintensiveren Betreuungsleistungen.
- Unterschiede in Notwendigkeit und Pflicht zu Dokumentation und Qualitätssicherung führen dabei zu deutlichen Unterschieden im Aufwand von Zeit und Geld und damit zu Preisunterschieden.
- Die Koordinierung von zugelassenen Pflegediensten und freien Betreuungsdiensten führt zu hohem Abstimmungsaufwand.
- Je mehr Budgetnehmer auftreten, umso schwieriger werden Partnersuche und Leistungsvereinbarung.
- Die Informationsverbreitung und die Zusammenführung von Angebot und Nachfrage sind mit Aufwand verbunden, der neue Marktstrukturen schafft.
- Unter den Preisfunktionen haben die Gesteungskosten langfristig den größten Einfluss, was für personale Dienstleistungen typisch ist.
- Die freien Betreuungsdienste tragen ein hohes unternehmerisches Risiko. Kultur-

aspekte (Selbstbestimmtes Arbeiten, persönliche Beziehung, Status) bestimmen die hier tätigen Anbieter stärker als rein wirtschaftliche Aspekte. Ihr Potenzial und das des Marktsegments „Betreuungsdienste“ ist daher begrenzt.

Für die Umsetzung des PFLEGEBUDGETS bedeuten diese Ergebnisse eine Bestätigung der Hauptthese. Neben den Marktchancen sind unbedingt auch die Transaktionskosten und Transformationskosten ins Kalkül zu ziehen, um die tatsächliche Veränderung der Versorgungsstrukturen durch die Einführung eines PFLEGEBUDGETS zu prognostizieren.

Ausblick und Dank

Es gibt Dienste, die eher die Energie und die Ressourcen haben, sich auf ein Projekt einzulassen und etwas auszuprobieren, und solche, die eher vorsichtig sind. Die Erforschung solcher Unterschiede ist sehr spannend, weil ihr differenzierter Blick auf die Leistungserbringer erlaubt, Verhaltensweisen, die als willkürlich, hinhaltend, uninteressiert o.ä. interpretiert werden könnten, auch als rational zu erkennen. Die Dienste, die Leistungen im PFLEGEBUDGET getestet haben, haben zur Erforschung seiner Möglichkeiten und Grenzen sehr beigetragen. Für ihre Bereitschaft, darüber hinaus auch für unsere Befragung zur Verfügung zu stehen, bedanken wir uns sehr. Es ist ihnen zu wünschen und auch zu erwarten, dass diese Dienste ein Plus an Erfahrung, an Reflexion, an Bestätigung oder an Zukunftsorientierung im Modellprojekt erlangt haben. ◀

Prof. Dr. Johannes Zacher, Kempten

Standort Unna

Gute Erfahrungen mit dem Pflegebudget

▶ Alle Pflegebedürftigen im Kreis Unna, die sich für einen „Umstieg“ in das Pflegebudget entschieden haben, äußern sich sehr zufrieden. Das hängt vor allem damit zusammen, dass ihnen mehr Zeit für Unterstützung, Betreuung und



Foto: PB

Gabi Hinzen

Pflege zur Verfügung gestellt wird – möglich durch die im Pflegebudget individuelle Differenzierung der Leistungen oder durch die Abrechnung der Leistungen nach Stunden. Das bedeutet, dass individueller auf Wünsche von Pflegebedürftigen eingegangen werden kann und pflegende Angehörige mehr Zeit zum Durchatmen und Kraft tanken haben.

Ein weiteres Plus ist das mit dem Pflegebudget einhergehende Case Management. Ratsuchende haben kontinuierlich einen Ansprechpartner – sowohl zu Anfang bei der anbieterneutralen Zusammenstellung des Hilfearrangements als auch dann, wenn Problemen auftreten sollten.

Bei professionellen Akteuren war durchaus Zurückhaltung gegenüber dem Pflegebudget zu spüren. Diese hat unserer Einschätzung nach auch etwas mit den Rahmenbedingungen eines Modellprojektes zu tun. Wenn nur wenige Personen in einem räumlich begrenzten Gebiet auf das Pflegebudget zugreifen können, lohnt es sich für einen Pflegedienst ökonomisch kaum, anderes Personal, zum Beispiel für Betreuung, einzustellen. Andere Faktoren kommen sicher hinzu – etwa die Sorge vor Dumping-Preisen im Pflegemarkt. Positiv bewerten Pflegedienste die Unabhängigkeit von den Leistungskomplexen und dass Demenzzranke von dieser Leistungsart profitieren.

Trotz aller Startschwierigkeiten sprechen wir uns für die Aufnahme des Pflegebudgets als vierte Leistungsart (neben Sachleistung, Geldleistung, Kombileistung) in die Novelle der Pflegeversicherung aus. Die Diskussion um Pflegebudget und Case Management wird weiter geführt werden. Es wäre ein großer Verlust, wenn die guten Erfahrungen der Betroffenen in dieser Diskussion kein Gehör fänden. ◀

Gabi Hinzen

Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen

Ökonomische Aspekte

Die Erprobung des persönlichen PFLEGE BUDGETS biegt auf die Zielgerade ein. Pflegebedürftige, die das PFLEGE BUDGET beziehen, haben in den zweieinhalb Jahren des Modellprojekts umfangreiche Erfahrungen mit dem PFLEGE BUDGET gesammelt. Die Begleitforschung am Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) in Mannheim wird diese Erfahrungen jetzt auswerten und lässt eine Zusatzerhebung am Standort Neuwied durch TNS Infratest durchführen.



Foto: fotolia.de

► In Neuwied aus zwei Gründen: Zum einen sind dort Pflegebedürftige aus allen drei Regelleistungsarten im Projekt vertreten. Zum anderen bietet die große Zahl von Teilnehmern in Neuwied eine repräsentative Stichprobe, die innerhalb kurzer Zeit befragt werden kann. Mit der Befragung werden die Untersuchungen des ZEW zu den ökonomischen Wirkungen des PFLEGE BUDGETS vertieft.



Foto: PB

Dr. Melanie Arntz



Foto: PB

Prof. Dr. Stephan Thomsen

Hauptfrage der ökonomischen Wirkungsanalyse ist, ob das PFLEGE BUDGET im Vergleich zu anderen Regelleistungen zur besseren Versorgung bei gleichen Kosten führt, das heißt zu einer kosteneffizienteren Versorgung. Dadurch, dass das PFLEGE BUDGET mehr Leistungen und mehr Anbieter zulässt als die Sachleistung, sollen die Pflegebedürftigen in die Lage versetzt werden, ein Pflegearrangement nach ihrem Bedarf zu gestalten – Ziel: bessere Versorgung bei gleicher Leistungshöhe. Die Zusatzerhebung soll die Verwendung des PFLEGE BUDGETS detaillierter als bisher möglich erfassen, damit die durch das PFLEGE BUDGET neu erschlossenen Leistungsberei-

che deutlich werden. Ergebnisse auf Basis der laufenden Erhebung deuten darauf hin, dass das PFLEGE BUDGET dazu ermutigt, Leistungen von Anbietern einzukaufen, die außerhalb des Versorgungsvertrages mit den Pflegekassen agieren, zum Beispiel Haushaltshilfen. Die Zusatzerhebung soll klären und differenzieren helfen, welche Anbieter welche Art von Leistungen mit welchem Zeitumfang erbringen. Gleichzeitig soll das Versorgungsniveau, das heißt der Umfang der Versorgung und ihre subjektiv empfundene Bedarfsgerechtigkeit und Wirkung auf die Lebensqualität abgeschätzt werden. Gefragt wird auch nach Teilhabe und Mobilität des Pflegebedürftigen, um die Qualität der Versorgungssituation zu bewerten.

Ein zweites Anliegen der ökonomischen Wirkungsanalyse ist es, herauszufinden, ob die Leistung PFLEGE BUDGET aus Sicht der Pflegeversicherung kostenneutral ist. Case Management und Leistungsausdehnung gegenüber dem Pflegegeld führen zunächst zu mehr Kosten. Kostenneutralität ist zu erreichen, wenn das PFLEGE BUDGET im Vergleich zu den Regelleistungen zu längerem Verbleib in der kostengünstigeren ambulanten Versorgung führt. Nach ersten Berechnungen des ZEW ist in den Pflegestufen 1 bzw. 2 eine Kostenneutralität des PFLEGE BUDGETS im Vergleich zur Sachleistung erst gegeben, wenn sich die Dauer der ambu-

lantens Versorgung durch das PFLEGE BUDGET um 14% bzw. 27% verlängert. Ob das PFLEGE BUDGET zu einer deutlichen Verlängerung der ambulanten Versorgung beiträgt, soll durch einige Fragen der Zusatzerhebung weiter abgeschätzt werden. Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige werden dazu gebeten, die Stabilität der Versorgung zu bewerten und sie werden zu ihrer finanziellen Situation befragt, besonders zur Herkunft der eingesetzten Mittel. Dies ermöglicht Rückschlüsse auf die Stabilität des Pflegearrangements, von der zum Beispiel wenig zu halten wäre, wenn das derzeitige Pflegearrangement nur durch ein „Entsparen“ des Pflegehaushalts funktioniert.

Auch über die mit der Organisation des PFLEGE BUDGETS einhergehenden Belastungen soll die Zusatzerhebung Aufschluss geben: Die Budgetnehmer werden um ein Zwischenresümee zu Rolle und Bedeutung des Case Managements für die Umsetzung des PFLEGE BUDGETS gebeten. Im Rahmen dieses Zwischenresümées wird es auch offene Fragen geben, um Teilnehmer zu animieren, Vor- und Nachteile des PFLEGE BUDGETS zu nennen, zu diskutieren und Anstöße für eine verbesserte Ausgestaltung des PFLEGE BUDGETS zu geben. Erste Ergebnisse der Zusatzerhebung sollen im Spätherbst vorliegen und auf dem Symposium in Bonn vorgestellt werden. ◀

*Dr. Melanie Arntz,
Wissenschaftliche Mitarbeiterin, ZEW, Mannheim
Prof. Dr. Stephan Thomsen,
Juniorprofessor für Arbeitsmarktökonomik,
Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg*

Von außen betrachtet

Pflegebudget stärkt Kundensouveränität

Das seit 2004 in verschiedenen Regionen Deutschlands erprobte Pflegebudget hat das Potenzial, die noch recht unterentwickelte Nutzerorientierung im Pflegesektor zu stärken.



Elisabeth SCHARFENBERG, Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Pflegepolitische Sprecherin, Mitglied im Ausschuss für Gesundheit

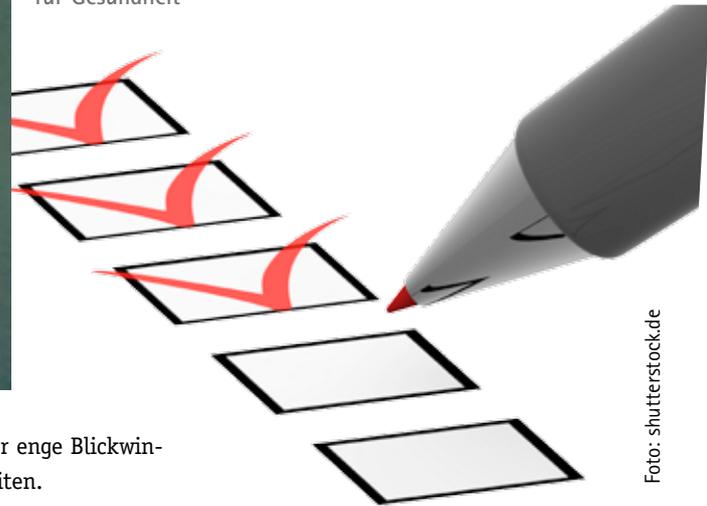


Foto: PB

Foto: shutterstock.de

Das Pflegebudget ermöglicht Pflegebedürftigen und ihren Bezugspersonen Hilfen und Angebote frei vom starren und unflexiblen Leistungskatalog der Pflegeversicherung zu wählen. Mehr individuelle, d.h. wirklich passende Pflege- und Hilfeleistungen können so zustande kommen. Geltende gesetzliche Regelungen scheren ja dagegen eher über einen Kamm und gehen fälschlicherweise von einer Homogenität des Bedarfs aus. Da die Nutzer mit dem Pflegebudget die Leistungen wählen und einkaufen können, die sie für die Bewältigung der täglichen Hilfe und Pflege wirklich benötigen, ist zu erwarten, dass die stark somatische Ausrichtung des Leistungskatalogs in der Pflegeversicherung mittelfristig aufgeweicht wird. Gefragt sind ja oft und immer mehr psychosoziale Hilfen und komplementäre Dienstleistungen, und die könnten damit endlich auch vergütet werden.

Blick erweitern

Art und Menge des Angebots auf dem Pflegemarkt werden gegenwärtig primär durch die SGB XI-Finanzierung und die sich allein daran orientierenden Leistungen der Pflegeanbieter bestimmt. Diese Entwicklung hat in weiten Kreisen der Bevölkerung zu der Meinung geführt, dass Pflege eben das und nur das ist, was die Pflegeversicherung bezahlt. Mit dem

Pflegebudget ließe sich dieser enge Blickwinkel sicher nach und nach weiten.

Pflege wird aufgewertet

Unter den Bedingungen des Pflegebudgets geben ja die Nutzer vor, welche Leistungen für sie sinnvoll und hilfreich sind. Wird es als Leistungsform eingeführt, wird der Pflegemarkt reagieren und seine Angebote stärker als heute auf die Wünsche und Bedürfnisse seiner Kunden ausrichten müssen. Erbringer von Pflegeleistungen, die ihre Position auf dem Pflegemarkt halten wollen, werden ihre gesamte Arbeitsstruktur und ihre Arbeitsinhalte flexibler, kreativer und kundenorientierter gestalten müssen. Das wird den Wettbewerb beleben mit der wünschenswerten Folge eines breiter gefächerten und pluralen Leistungsangebots, auch im Sinne eines public-private-Mixes. Solche Wirkungen des Pflegebudgets würden die Pflege zudem als berufliches Handlungsfeld, aber auch als multidimensionales Phänomen in einen weiteren Kontext stellen – das heißt aufwerten.

Unabhängiges Case Management unabdingbar

Das Pflegebudget schafft denen Kundensouveränität, die wirklich noch als Kunden agieren können und wollen. Das noch wenig über-

schaubare und wenig transparente Pflegesystem erleichtert das nicht gerade. Nicht für jeden Nutzer wird das Pflegebudget deshalb das geeignete Instrument zur Ausgestaltung des häuslichen Pflegearrangements sein. Um die, die sich für das Pflegebudget entscheiden, nicht zu überfordern, ist seine Flankierung durch ein unabhängiges Case Management unabdingbar. Planung, Organisation und Umsetzung eines individuell sinnvollen Pflegearrangements gelingen verlässlich, effektiv und effizient, wenn Case ManagerInnen beratend und begleitend dabei sind.

Risiken minimieren

Das Pflegebudget soll die Leistungsformen der Pflegeversicherung ergänzen und die Wahlmöglichkeiten der Nutzer erweitern. Befürchtungen und Risiken im Kontext Pflegebudget, wie die Stimulierung illegaler Pflege, seine Nutzung als Kostendämpfungsmaßnahme, noch mehr Kontrollinstanzen oder aber die mittelfristige Privatisierung von Pflegerisiken, sollten vor der Überführung in die Regelversorgung natürlich minimiert, besser gänzlich neutralisiert werden. ■

Elisabeth SCHARFENBERG

Hilfe so gestalten, dass sie wirklich passt



Fotos (2): fotoliade

Lässt sich die Autonomie von Menschen mit Behinderung stärken, wenn sie Pflegeleistungen aus einem persönlichen Budget bestreiten können? Dieser Frage geht die Begleitforschung des Modellprojekts INTEGRIERTES BUDGET nach. Die bislang gesammelten Daten erlauben eine positive Antwort.

► Um es zunächst mit den Worten einer Budgetnehmerin zu sagen: „Es tut niemandem gut, wenn ständig von außen in sein Privatleben eingegriffen wird – was beim Sachleistungsbezug aber der Fall ist. Außerdem lernt man es so nicht, Verantwortung für sich zu übernehmen oder man verlernt es sogar!“

Die Aussage weist hin auf die Chancen und Möglichkeiten, die das INTEGRIERTE BUDGET mit sich bringt, ist Absicht und Ziel persönlicher Budgets doch, „den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbst bestimmtes Leben zu ermöglichen“ (§ 17 Abs. 3.2 SGB IX). Das geschieht offensichtlich: Mit dem INTEGRIERTEN BUDGET können Menschen mit Behinderung ihren Alltag flexibler gestalten als ohne. Dem individuellen Hilfebedarf angemessen, können Leistungen der Pflege und Assistenz mit Budgets effektiv gestaltet werden. So lassen sich mit Hilfe des Budgets stundenweise Assistenzdienste einkaufen – ohne dass die Regularien eines Sachleistungsbezuges beachtet werden müssen.

Ein anderes Beispiel zeigt, wie das INTEGRIERTE BUDGET auch in Konstellationen wirken kann, in denen Betreuer gefragt sind. Ein älterer Herr mit Lernbehinderung und Demenz stand wegen seines sich verschlechternden Gesundheitszustandes unter Druck, aus dem betreuten Wohnen, in dem er lebte, in ein Pflegeheim umzuziehen. Sein Wunsch war aber, in seiner Wohnung zu bleiben und Begleitung zum Verlassen des Hauses zu bekommen. Die gesetzliche Betreuerin und die Fachkraft des betreuten Wohnens waren in der sich verschlechternden Situation an die Grenzen ihrer zeitlichen Mög-

lichkeiten gestoßen. Mit Hilfe der Case Managerin im Modellprojekt INTEGRIERTES BUDGET konnten sie jedoch ein neues Hilfearrangement aufstellen. Die Leistung der Pflegeversicherung nach § 36 SGB XI, der Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff SGB XII und die Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff wurden als Budgets beantragt und als Gesamtbudget für Pflegedienst, Haushaltshilfe und Assistenz zum Verlassen der Wohnung eingesetzt. So konnte dem Wunsch des Mannes entsprochen werden. Die Fachkräfte sind zeitlich entlastet: zum einen durch die flexible Arbeitsteilung, zum anderen durch eine Assistenzkraft, die mit dem älteren Herrn längere Spaziergänge unternimmt und für Gespräche „von Mann zu Mann“ da ist. So kann seine Mobilität trotz des sich verschlechternden Gesundheitszustandes trainiert und zugleich seinem Bedürfnis nach Kommunikation nachgekommen werden.

Budgetkombinationen im INTEGRIERTEN BUDGET

Das Verfahren zur Gewährung von persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX wird durch eine Budgetverordnung geregelt. Dieses Verfahren gestaltet sich umfangreich und kompliziert. Im Modellprojekt INTEGRIERTES BUDGET kann ein

vereinfachtes Verfahren angewendet werden, das jedoch einen Anschluss an das trägerübergreifende Verfahren nach § 17 SGB IX erlaubt. Im Modell werden die Leistungen der Pflegeversicherung als echte Budgetleistungen neben einem weiteren Budget mindestens eines anderen Leistungsträgers erbracht. Im Modellprojekt sind das derzeit viermal die Leistungen der Eingliederungshilfe „Hilfe nach Maß¹“ nach SGB XII, einmal Fahrtkosten nach SGB XII, zweimal Fahrtkosten nach SGB V und einmal Leistungen der Physiotherapie nach SGB V. Sechs weitere Personen erhalten aufstockend die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII und als drit-

Leistungen im INTEGRIERTEN BUDGET

Budget mit zwei Leistungen	Anzahl
PFLEGE BUDGET + Hilfe nach Maß	4
PFLEGE BUDGET + Fahrtkosten SGB V	3
PFLEGE BUDGET + Fahrtkosten SGB XII	1
PFLEGE BUDGET + Physiotherapie SGB V	1

Budgets mit drei Leistungen	Anzahl
PFLEGE BUDGET + Hilfe nach Maß + Hilfe zur Pflege	6

Stand Juli 2007

tes Budget Leistungen der Eingliederungshilfe „Hilfe nach Maß“ nach SGB XII (siehe Grafik).

Verfahren vereinfachen

In den aufgeführten Konstellationen entfällt die Rolle des Beauftragten. Die Leistungen werden vom jeweiligen Leistungsträger direkt auf das Konto der BudgetnehmerIn überwiesen. Dieses vereinfachte Verfahren, gepaart mit dem Angebot des Case Manage-

ments, hat sich im Modellprojekt INTEGRIERTES BUDGET bewährt. Nachdem die MitarbeiterInnen in den beiden Projektregionen im Januar 2006² ihre Arbeit aufgenommen hatten, haben sich im Laufe eines halben Jahres elf Personen für eine Teilnahme am Modellprojekt entschieden, bis Ende des Jahres kamen drei weitere hinzu. Mittlerweile beziehen 15 Personen Leistungen von jeweils zwei Leistungsträgern in Budgetform. Die Möglichkeit von verschiedenen Trägern Leistungen in Budgetform zu erhalten, ohne den Verfahrensablauf im Sinne des § 17 Abs.4 SGB IX durchlaufen zu müssen, erhöht die Akzeptanz des Einzelnen, die neue Lei-



Das INTEGRIERTE BUDGET ist eine wesentliche Erweiterung für meine Lebensplanung und damit definitiv positiv.

Budgetnehmer

stungsform Budget zu erproben.

Selbst ohne dass das Gesamtplanverfahren durchgeführt wird – also bei der Antragstellung eines einfachen Budgets – hat sich jedoch auch im Modellprojekt gezeigt, wie stark die Praxis von der gesetzlichen Vorgabe abweicht. So schreibt § 14 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB IX Fristen zur Bedarfsfeststellung vor. Die Bearbeitungszeit betrug jedoch durch-

schnittlich zwei bis drei Monate, wobei die zügigste Bearbeitung in sechs Wochen und die langwierigste nach elf Monaten abgeschlossen war.

Zieht man zum Vergleich die Ergebnisse der Begleitforschung des Modellprojekts Trägerübergreifendes Budget hinzu, wird der Vorteil des vereinfachten Verfahrens und der Möglichkeit, Leistungen der Pflegeversicherung als echte Budgets einzubeziehen, noch einmal sehr deutlich. Nach über zwei Jahren kam es in acht Bundesländern mit insgesamt 14 Modellregionen gerade einmal zu 19 Trägerübergreifenden Budgets³.

Frage der Unterstützung

Dass Beratung und Unterstützung notwendig sind steht außer Zweifel. Wie sie gestaltet werden, ist noch offen. Im Zwischenbericht der Bundesregierung zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget und den sich darauf beziehenden Stellungnahmen der Fachverbände⁴ wird deutlich wie wesentlich die Gestaltung dieses Bereiches für ein Gelingen der Implementation Persönlicher Budgets ist.

Im Modellprojekt INTEGRIERTES BUDGET setzt man auf das Case Management. Das Konzept⁵ sieht vor, Case Management in bereits bestehende Organisationen der Behindertenhilfe und Selbsthilfe anzusiedeln. Die dort in Behindertenhilfe erfahrenen MitarbeiterInnen kennen die örtliche Infrastruktur und stabile Netzwerke. Sie haben die Grundhaltung des Paradigmenwechsels in der Behindertenhilfe internalisiert und sind dadurch befähigt, das Prinzip der Selbstbestimmung in der Praxis zu unterstützen. Das kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden, da es die Voraussetzung dafür ist, den Budgetgedanken, „Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen“ (§ 17 Abs. 3 Satz 2 SGB IX) umzusetzen. In Verbindung mit Qualitätssicherung durch Schulung im Case Management und eine enge Anbindung an das Projektmanagement tragen diese Voraussetzungen sicher zu der guten Annahme des INTEGRIERTEN BUDGETS bei.

Case Management wirkt im Einzelfall, kann aber auch Veränderungen im System anstoßen, indem es nach neuen Angeboten fragt und den Markt fordert. Ziel der Persönlichen Budgets ist es ja, die Hilfen so zu gestalten, dass sie wirklich „passen“. Hierfür müssen oftmals neue Angebote initiiert werden.

Das INTEGRIERTE BUDGET läuft in einigen



Annerose Siebert

Monaten aus. Es wird sich zeigen, ob der ehemalige Staatssekretär von Rheinland-Pfalz, Richard Auernheimer, recht behält mit seiner Aussage, das „Rheinland-Pfalz Budgetland“ ist. Es ist zu hoffen, dass die positiven Erfahrungen jenseits des Projekts weiterwirken, zum Beispiel durch den Wegfall der Gutscheinregelung im § 35a SGB XI und die Einbeziehung der Pflegeversicherungsleistungen als echte Budgets in die Gestaltung von Hilfeleistungen.

>> www.integriertesbudget.de

Annerose Siebert

Dipl. Sozialpädagogin/wiss. Mitarbeiterin an der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg
siebert@efh-freiburg.de

¹ „Hilfe nach Maß“ war der Projektname eines Modellprojektes in Rheinland Pfalz, in dem Leistungen der Eingliederungshilfe, die den Bereich Wohnen betrafen, in Budgetform gewährt wurden. Dieses Projekt wurde überführt in die Regelungen auf der Grundlage des § 17 SGB IX und wird derzeit in allen rheinland-pfälzischen Kommunen unter der alten Bezeichnung eingesetzt.

² In der Region Neuwied startete das Projekt unter kommissarischer Leitung des Pflegebudgetbüros bereits im Juni 2005 und in der Stadt Mainz konnte der Projektstart auf Oktober 2005 datiert werden. Die Zeitdifferenz zum tatsächlichen Start Januar 2006 erklärt sich u.a. durch erforderliche Schulungen der MitarbeiterInnen

³ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Bericht der Bundesregierung über die Ausführung der Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 17 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX). Stand 31. Oktober 2006, S.74.

⁴ vgl. Stellungnahmen: Paritätischer Gesamtverband; Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.; Verband für Anthroposophische Heilpädagogik Sozialtherapie und Soziale Arbeit e.V.; Diakonisches Werk der EKD; online im Internet: <http://www.budget.paraetaet.org> (Stand: 20.06.2007)

⁵ vgl.: Siebert, A., Case Management im Integrierten Budget – neue Wege in der Budgetunterstützung in der Behindertenhilfe, Case Management 01/2006, Seite 51-52

Das INTEGRIERTE BUDGET in der Praxis



» Wenn ich mit dem Anton (Assistenzkraft) einen Spaziergang gemacht habe, bin ich wieder ein besserer Mensch. «

Hans Hermanns*, Budgetnehmer

► **Hans Hermanns* (63) lebt in einer barrierefreien Wohnung des betreuten Wohnens** eines größeren Trägers der Behindertenhilfe. 2004 war er hierhin gezogen, da seine schlecht zu kontrollierende Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), eine demenzielle Erkrankung, eine seit langem bestehende Lernbehinderung sowie drei Operationen für Beipässe es nicht länger zuließen, alleine zu leben. Depressive Verstimmungen wegen fehlender sozialer Kontakte und eine Scheidung kamen als Umzugsgründe hinzu. Sein Gesundheitszustand verschlechtert sich zusehends, nicht zuletzt, weil es ihm nicht gelang mit den Bedingungen der Zuckerkrankheit angemessen umzugehen. Spaziergänge kann er nicht mehr allein unternehmen. Zeitliche und räumliche Desorientierung lassen ihn den Haushalt nicht mehr führen. Ein starkes Zittern schränkt seine Motorik zusätzlich ein. Seine gesetzliche Betreuerin nimmt er zeitlich sehr in Anspruch, ebenso die Mitarbeiterin des betreuten Wohnens. Sie ist statt der vereinbarten drei bis fünf Stunden wöchentlich bis zu acht Stunden für ihn da – ohne die Mehrkosten abrechnen zu können. Dieses Hilfeeinrichtung trägt auf Dauer nicht. Eine Hei-munterbringung droht. Herr H. ist dagegen.

Unterstützungsarrangement vor Eintritt ins INTEGRIERTE BUDGET:

- Herr H. hat eine gesetzliche Betreuung für die Bereiche Gesundheit, Aufenthalt, Vermögen, Wohnungsangelegenheiten und mit Eintritt in das betreute Wohnen die Hilfe einer sozialpädagogischen Fachkraft für drei Stunden/Woche. Zweimal täglich kommt ein Pflegedienst zur Kontrolle des

Diabetes und zur Unterstützung bei der täglichen Körperpflege.

Unterstützungsarrangement mit INTEGRIERTEM BUDGET:

- Trotz seines Gesundheitszustands kann Herr H. in seiner Wohnung bleiben.
- Alle Leistungen fließen auf das von der Betreuerin verwaltete Konto und verhel-fen dazu, ein Hilfeeinrichtung von größerer Freiheit und Transparenz als vorher zu „stricken“.
- Dreimal täglich kommt der Pflegedienst zu Diabeteskontrolle und Körperpflege. Frühstück und Abendbrot bereitet eine Hauswirtschaftshilfe zu. Alle Dienstleister (Pfle-gedienst, Betreutes Wohnen, Hauswirt-schaftsdienst und Assistenten) sind darüber hinaus frei, ohne Verrichtungsbezug nach Zeitabrechnung, kleine, notwendige Hilfen zu leisten: Getränke einschenken, Körperteilwäschen, Umkleiden, situationsbedingte Reinigungen der Wohnung ...
- Montag bis Samstag kommt einmal am Tag die Fachkraft des betreuten Wohnens, eine neu beauftragte Haus-haltshilfe oder ein Mitarbeiter zur Freizeitgestaltung.
- Alle engagierten Personen und Dienste haben Kernaufgaben gemäß ihrer Finanzierungsgrundlage, können aber zeitlich und inhaltlich auch situa-tionsbezogen reagieren. Ergebnis ist eine kontinuierliche und verlässliche Ansprache und Begleitung, was Herrn Hermanns' kör-perlichen und psychischen Zustand stabili-siert. Das neue Arrangement „befreit“ die Mitarbeiterin des betreuten Wohnens für notwendige administrative Tätigkeiten in

Absprache mit der gesetzlichen Betreuerin. Besonders wichtig für Herrn H. ist die Tatsache, dass zur Freizeitassistenz ein Mann mittleren Alters kommt, mit dem er „von Mann zu Mann“ reden kann. Im gesamten Setting sind ja sonst ausschließlich Frauen oder jüngere Männer tätig. Sein größtes Bedürfnis „nicht immer allein zu sein“ befriedigt das neue Arrangement sozusagen nebenher.

- Die Hilfen koordiniert die Mitarbeiterin des betreuten Wohnens.

Aufgabe des Case Managements:

- Wesentliche Aufgabe des Case Manage-ments war es den Zugang zum INTEGRIER-TEN BUDGET zu verschaffen, ein Assess-ment in den Bereichen der Eingliederungshilfe und Pflege zu erstellen und die notwendigen finanziellen Ressourcen zu erschließen. Hinzu kam die Vernetzung der im Hilfeeinrichtung tätigen Dienstleister und Personen. ◀



» Mit dem INTEGRIERTEN BUDGET ist man nicht mehr das Objekt so genannter Fachlichkeit. «

Lisa Lindstedt*, Budgetnehmerin

Lisa Lindstedt* (36) ist Rollstuhlfahrerin und braucht aufgrund ihrer körperlichen Behinderung (spastische Tetraplegie) umfassende Unterstützung bei Alltagsverrichtungen. Sie ist halbtags berufstätig. Vor sechs Jahren ist sie aus einem Wohnheim ausgezogen und lebt seitdem mit ihrem Partner in einer barrierefreien Wohnung des betreu-

ten Wohnens. Den Umzug realisierte sie u.a. mit einem persönlichen Budget (Hilfe nach Maß). Von der Pflegekasse erhält Frau L. Sachleistung der Pflegestufe II – die von einem Pflegedienst übernommen wird – und vom Sozialhilfeträger dazu Hilfe zur Pflege sowie Eingliederungshilfe.

Frau L. leidet unter der Abhängigkeit von Hilfen und Unterstützung ihres Partners. Sie möchte alleine zurechtkommen und Assistentinnen organisieren, die ihr helfen. Hilfe durch Frauen ist ihr wichtig. Frau L. empfindet ihre derzeitige Situation zwar „näher an der Lebensrealität“ als die Wohnsituation im Wohnheim, sie wünscht sich jedoch mehr Selbstbestimmung und psychische Stabilität. Beides verspricht sie sich vom Arbeitgebermodell.

Unterstützungsarrangement vor Eintritt ins INTEGRIERTE BUDGET:

- Ein Pflegedienst übernimmt die pflegerische Versorgung und ist drei Stunden täglich bei ihr.
- Hauswirtschaftlich versorgt wird sie drei Stunden wöchentlich von einem Dienstleister.
- Frau L. wohnt im betreuten Wohnen. Bis zu drei Stunden wöchentlich unterstützt sie eine der dortigen Mitarbeiterinnen.
- Informelle Hilfe und Beratung erhält sie von ihrem Partner und über das Zentrum für selbstbestimmtes Leben (ZSL).

Unterstützungsarrangement mit INTEGRIERTEM BUDGET:

- Frau L. hat eine Assistentin als Halbtagskraft und vier Hilfskräfte auf Minijobbasis angestellt. Dies finanziert sie über das PFLEGE BUDGET im INTEGRIERTEN BUDGET, die Hilfe zur Pflege und die Eingliederungshilfe als Budgetleistung. Hilfe nach Maß fließt ebenfalls zur Finanzierung des Gesamtarrangements als Budget mit ein. Ihr subjektives Wohlbefinden ist gestiegen, ihre Stimmungslage stabiler. Selbst die Versorgung einer Katze ist ihr möglich – ein Gegenüber, das ihr nicht zu unterschätzenden psychischen Halt gibt. Das ZSL übernimmt (als Dienstleister) das Abrechnungsverfahren der Assistentkraft.

Aufgabe des Case Managements:

Frau L. koordiniert ihre Hilfen mit einem Berater des ZSL und tritt mit der Case Managerin nur in Kontakt für Assessment, Reassessment und Evaluation. Die Arbeitseinsätze organisiert Frau L. eigenständig. ◀

» Der größte Unterschied zu den Hilfeleistungen, die ich bisher bekommen habe: Beim INTEGRIERTEN BUDGET werden mir diese ganzen Module nicht mehr angetan. Siegfried Sandbach*, Budgetnehmer



Siegfried Sandbach* (41) ist Rollstuhlfahrer und braucht aufgrund seiner progressiven Muskelerkrankung umfassende Unterstützung bei Alltagsverrichtungen. Von der Pflegekasse erhält er die Sachleistung in Pflegestufe III, vom Sozialhilfeträger dazu Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe. Alle Leistungen werden als Sachleistungen erbracht.

- Herr S. lebt in einer barrierefreien Wohnung, allein und am Stadtrand und ist mit dieser Wohnsituation unzufrieden: Freunde wohnen zu weit entfernt, es gibt kaum gesellschaftliche Aktivitäten in der Wohnlage, das Wohnumfeld ist nicht barrierefrei und Versorgungsmöglichkeiten sind kaum vorhanden.
- Im Zuge eines angestrebten Umzugs erfährt Herr S. vom INTEGRIERTEN BUDGET. Da es ihn schon lange stört, dass seine Versorgung durch Module bestimmt und bis hin zu persönlichsten Details dokumentiert wird, erhofft er sich durch die Teilnahme am INTEGRIERTEN BUDGET vor allem mehr Privatsphäre.
- Herr S. hat vor langer Zeit in einem Wohnheim gewohnt. Vor allem in administrativen Belangen, zum Beispiel zur Durchsetzung der Finanzierung seiner Hilfen, hat er noch wenig Erfahrungen und benötigt derzeit Hilfe.

Unterstützungsarrangement vor Eintritt ins INTEGRIERTE BUDGET:

- Ein Pflegedienst unterstützt Herrn S. in der Woche an durchschnittlich 59,5 Stunden. Nach langer Suche und schlechten Erfahrungen ist es ein Dienst, der von der Grundhaltung Assistenz leistet und Herrn S. selbst die Art und Weise der Hilfestellung bestimmen lässt. Die Dokumentation von Modulen ist gleichwohl zwingend, da der Dienst Sachleistungen der Pflegeversicherung erbringt. Hilfe von Freunden und Bekannten, wenngleich möglich, wird von Herrn S. nicht gewünscht, um diese Beziehungen nicht zu belasten.

Unterstützungsarrangement mit INTEGRIERTEM BUDGET:

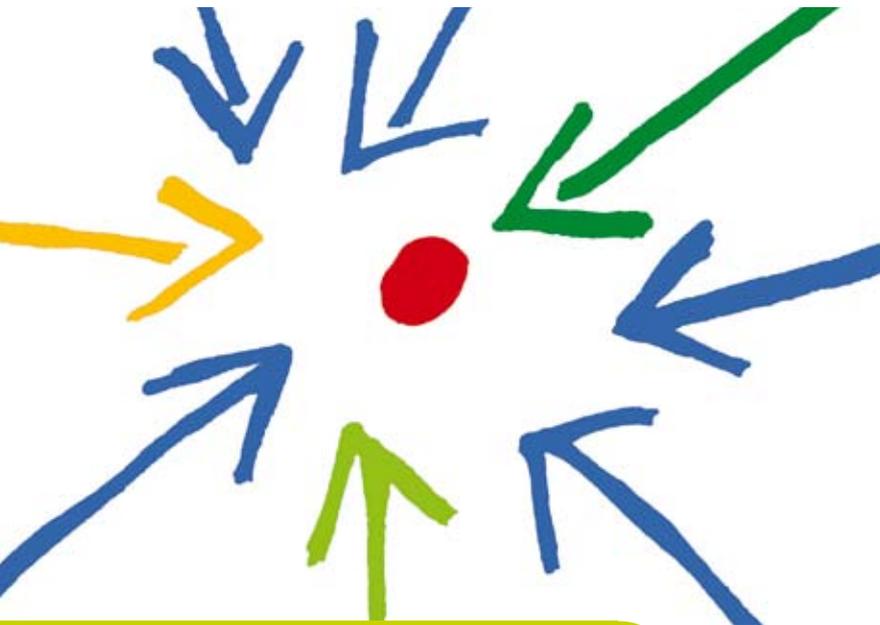
- Der Pflegedienst ist weiterhin im Einsatz, wird aber nun nach Stunden bezahlt, die Dokumentation der Module entfällt. Herr S. fühlt sich dadurch in Lebensqualität und Eigenverantwortung gestärkt.
- Die Eingliederungshilfe und die Hilfe zur Pflege werden in Budgetform gewährt, was ihn sehr viel flexibler bestimmen lässt, wofür er Mittel einsetzt.
- Eine Dipl.-Pädagogin unterstützt Herrn S. bei Behördengängen und administrativen Aufgaben mit 1,5 Stunden/wöchentlich. Diese Hilfe übernimmt der Sozialhilfeträger (Hilfe nach Maß). Während der Wohnungssuche und des Umzuges wurden 3 Stunden wöchentlich genehmigt.
- Die Assistenzkräfte unterstützen engagiert und unterstützen bei allen Verrichtungen des Alltags, ohne Rücksicht darauf, ob das nun gerade Freizeitgestaltung oder unterstützende Hilfe ist. Eine passende Wohnung wird gefunden und Herr S. zieht um.

Aufgabe des Case Managements:

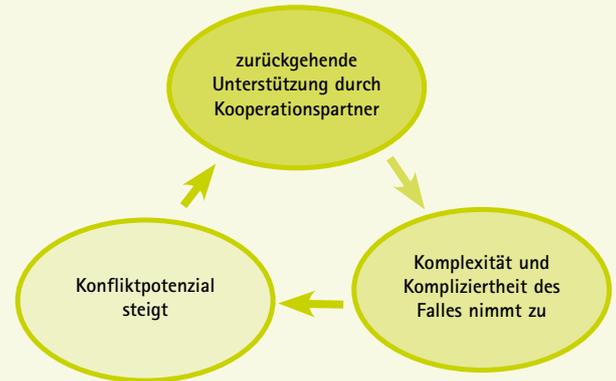
Das Case Management ist bei einer Organisation angesiedelt, die Herr S. bereits kennt. Beratung, Information und nachfolgende Bedarfserhebung ist für ihn daher ohne „Schwellenangst“ möglich. Wesentliche Aufgabe des Case Management: bei Behördengängen unterstützen, die Hilfe einer Diplom-Pädagogin beantragen (Finanzierung in Budgetform über die Hilfe nach Maß), die Beteiligten im Netzwerk koordinieren und den individuellen Hilfebedarf erheben. ◀

* Namen geändert
Zahlen und Fakten zur Finanzierung der Hilfen in den hier geschilderten Praxisbeispielen:
>> www.integriertesbudget.de

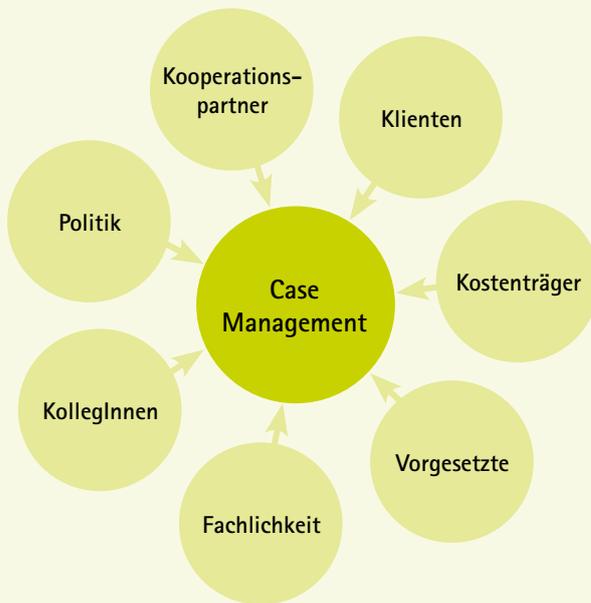
Rollenkonflikte



Konfliktdreieck



Stakeholder



und zur Frage, wie sie mit ihnen umgehen.

Das Konzept des Stakeholder-Managements soll hier zur Analyse aller am Fall Interessierten (den Stakeholdern) verhelfen. Deren Interessen bzw. die expliziten und impliziten Aufträge des Case Managements verhalten sich oft gegenläufig und konfliktuell zueinander. Konflikte und Rollenambiguitäten sind also vorgezeichnet, will ein Case Manager alle Erwartungen und Aufträge erfüllen.

In einer Voruntersuchung mit den Case ManagerInnen des PFLEGE-BUDGETS konnten schnell 18 unterschiedliche Auftraggeber des Case Managements ausgemacht werden, die insgesamt 68 unterschiedliche Aufträge erteilten.

Die Analyse der Stakeholder im Case Management führt auch zur strategischen Klärung, welche Interessenten einen Fall fördern, welche im Einzel- oder in allen Fällen Macht haben, auf wen besonders zu achten ist und wer noch gewonnen werden sollte. Der Stakeholderansatz fördert die Reflexion im Umgang mit Konflikten im Case Management und kann zur Organisation fairer Verhandlungen führen. Dazu gilt es Bedingungen zu schaffen, die Kompromisse finden lassen:

- Offenheit, Werteorientierung herstellen, Verantwortlichkeiten klären
- Sich auf den Aushandlungsprozess zu konzentrieren durch Partizipation und guten Umgang mit Informationen
- Verhandlungsprozesse bewusst zu organisieren und zu führen
- Eigenschaften guter VerhandlerInnen zu erkennen und einzusetzen
- Einseitige Anwaltschaft zu vermeiden

Näher zu analysieren sind noch die Variablen, die „gerne“ zur Eskalation führen und solche, die das vermeiden oder sogar unterbinden. Dazu sollen die Case Managerinnen und Case Manager befragt werden. Ziel ist der Entwurf von Szenarien, die Konflikte vermeiden oder Eskalation eindämmen helfen. ◀

Michael Monzer, Dipl. Psychologe, Ausbilder für Case ManagerInnen und freier wissenschaftlicher Mitarbeiter AGP im Modellprojekt PFLEGE-BUDGET.

► **Rollenunsicherheit und Rollenkonflikte gehören zum Alltag von Case ManagerInnen (CM).** In der CM-Ausbildung wird in diesem Zusammenhang vom Umgang mit Dilemmata gesprochen. Ein großes Thema in der Fachöffentlichkeit ist solcher Umgang, das heißt die Möglichkeiten erfolgreichen Selbstmanagements von Case ManagerInnen, allerdings noch nicht. Case ManagerInnen selber als Faktoren zu betrachten, mit denen Erfolg steht oder fällt, führt zur Suche nach Konflikten, die in ihrer Arbeit vorkommen

• Info • Info • Info • Info •

Neue Behindertenbeauftragte von Rheinland-Pfalz ist **Marita Boos-Waidosch**. Die 54jährige Bankkauffrau war bislang Behindertenbeauftragte in Mainz. Die Rollstuhlfahrerin ist Expertin in eigener Sache und seit den 70er Jahren politisch aktiv. 1993 gründete sie das erste Zentrum für Selbstbestimmtes Leben in Rheinland-Pfalz mit. (ug)

Konzept zur Implementation

► Von Beginn an wurden im Modellprojekt PFLEGE BUDGET systematisch Daten erhoben, die Aufschluss darüber geben, was die Einführung eines PFLEGE BUDGETS fördert und wann sie auf Hindernisse trifft. Bereits 2004 berichteten die Case Managerinnen und Case Manager auf dem 1. Symposium in München von den sehr unterschiedlichen infrastrukturellen, wirtschaftlichen und soziodemographischen Bedingungen aus ihren jeweiligen Standorten und welche Konsequenzen das für die Einführung des PFLEGE BUDGETS hat. Im Jahr 2005 wurden spezifische Fragen der Implementation bearbeitet: Wie lassen sich

bestehende Beratungsstellen sinnvoll mit den neu geschaffenen Budget-Stellen verschränken? Welche Rolle spielen Pflegedienste als Partner des Budgets?

Mario Störkle im PFLEGE BUDGET-Büro Freiburg bereitet derzeit in enger Zusammenarbeit mit den Case ManagerInnen die vorliegenden Erkenntnisse, Erfahrungen und Analysen systematisch auf, ergänzt und wertet aus. Im Zentrum des Forschungsinteresses stehen die Infrastrukturentwicklung (Neue Angebote?), die Wirkung von Öffentlichkeitsarbeit sowie unterschiedliche Modi der Steuerung (Welche Akteure? Welche Konflikte?). Erforscht

wird auch das Zusammenwirken von Diensten und Leistungsträgern (Stichwortkooperativistische Strukturen). Interviews mit örtlichen Experten (Verantwortliche der Kassen, Leiter von Pflegediensten) und eine schriftliche Befragung von Pflegediensten soll weiteren Aufschluss darüber geben, wie die Implementation einzuleiten und zu begleiten ist, damit sie gelingt.



Birgit Schuhmacher

Erste Ergebnisse werden Anfang Dezember auf dem 4. Symposium in Bonn präsentiert. ◀

Birgit Schuhmacher, Dipl. Soziologin, Wissenschaftliche Begleitforschung im Modellprojekt PFLEGE BUDGET, AGP.

Chance

RAI-Home Care

Vielfalt der Assessment-Daten

► Das im Modellprojekt PFLEGE BUDGET erprobte Resident Assessment Instrument Home Care, kurz RAI HC 2.0, liefert für die Pflegeplanung und die wissenschaftliche Begleitforschung wichtige Informationen über die pflegerische und soziale Situation der Budgetnehmer. Das RAI wird von den Case ManagerInnen mit Hilfe einer elektronischen Dateneingabemaske innerhalb der Case-Management-Software durchgeführt. Die Daten werden mit einer eigens dafür programmierten Software exportiert und können so für das statistische Auswertungsprogramm aufbereitet werden. Das RAI liefert pro Budgetnehmer und Assessment bis zu 400 Variablen. Bei gegenwärtig knapp 400 Budgetnehmern kommt da eine beachtliche Datenfülle zusammen. Da nach der Ersterhebung bis zu neun Folgeerhebungen pro Budgetnehmer vorgesehen sind, kann die Anzahl der Variablen pro Budgetnehmer auf 4000 anwachsen. Durch die Vielzahl der so ermit-

telten Assessment-Daten können somit auch Entwicklungen und Verläufe der sozialen und pflegerischen Situation des Klienten über längere Zeiträume dargestellt und mit Daten aus anderer Assessments verglichen werden. Die Kehrseite der Medaille: Die Vielfalt der Assessment-Daten macht das RAI für die wissenschaftliche Begleitforschung allerdings auch etwas sperrig. Gerade für epidemiologische und statistisch vergleichende Zwecke ist dieses Instrument zu komplex. Erforderlich ist ein schlankes Screening-Modell, das die Anforderungen nach den Qualitätsgesichtspunkten Validität, Reliabilität, Spezifität



Grafik: fotolia.de

» Entwicklungen und Verläufe der sozialen und pflegerischen Situation lassen sich mit dem RAI-HC gut darstellen. Die Kehrseite der Medaille: Das Assessment-Instrument ist etwas sperrig und zu komplex. ◀

und Sensitivität erfüllt. Ein solches Screening-Instrument auf Basis des RAI wird deshalb derzeit entwickelt. ◀

Budgets im Lichte der Pflegereform

Die Erkenntnisse aus den Budgetprojekten bereichern die Diskussion um das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das Anfang nächsten Jahres die parlamentarischen Hürden nehmen soll.

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz enthält viele Themen, die wir in den Modellprojekten PFLLEGEBUDGET und INTEGRIERTES BUDGET bearbeitet und weiterentwickelt haben: Das Case Management etwa, oder die Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure in der Praxis. Beides soll nun in den genannten Pflegestützpunkten systematisch gefördert werden. War beim Referentenentwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes noch davon die Rede, dass das Budget in 16 Bundesländern weiter erprobt werden soll, so ist das im Kabinettsentwurf nicht mehr vorgesehen. Warum auch? Es liegen ja genügend Erfahrungen vor, deren Auswertung die Politik in die Lage versetzen sollten, eine Entscheidung zu treffen: Budgets – ja oder nein und wenn ja, unter welchen Bedingungen. Die Entscheidung soll im November 2008 fallen. Ebenso soll bis dahin der Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Begutachtungsverfahren überarbeitet sein – zwei Problemfelder, zu denen die Modellprojekte weiterführende Erkenntnisse liefern. Sie zeigen, dass sich Assessment-Instrumente und -tools entwickeln und miteinander kombinieren lassen, die mehr erkennen lassen als den Pflegebedarf nach einem auf Verrichtungen verengten Pflegebedürftigkeitsbegriff. Mit unseren Assessment-Instrumenten sind wir in der Lage, relevante Zustände und damit den gesamten Bedarf sichtbar werden zu lassen, den Menschen mit Behinderung und/oder Pflegebedürftigkeit haben. Auf der Basis solch breiten Assessments können professionelle Anbieter ihre Leistungen koordinieren und im Aushandlungsprozess mit dem Hilfesuchenden ein wirklich passendes Hilfearrangement gestalten.



Grafik: fotolia.de

Die Erkenntnisse aus den Budgetprojekten haben viel Potenzial, die Diskussion um das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zu bereichern. Aufgegriffen wurde bereits die Bedeutung von nicht richtungsbezogenen Hilfeleistungen für Pflegebedürftige, das Thema „Pools von Leistungen“ besonders in Wohngruppen, und eben auch das Thema Case Management. Logik

und Strategie eines politischen Verständigungs- und Einigungsprozesses sind allerdings andere als die der Praxis oder die der wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung. Die Politik vereinnahmt gerne einmal Begriffe aus Forschungsprojekten, zum Beispiel den Begriff des „Pflegebegleiters“, der inzwischen durch den des „Pflegeberaters“ ersetzt wurde. Manche Erkenntnisse fallen im politischen Prozess aber taktischen Erwägungen zum Opfer. Wir hoffen, dass dies den Erkenntnissen aus den Projekten PFLLEGEBUDGET und INTEGRIERTES BUDGET zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nicht passiert. In den vergangenen Jahren wurde auf der Grundlage des § 8 Abs. 3 SGB XI viel Geld ausgegeben und die Politik sollte sehr daran interessiert sein, wofür! Damit solches Interesse auch wirklich geweckt wird und nicht erlahmt, und damit auch die längst geweckten Erwartungen der Projektbeteiligten – Budgetnehmer, Case Manager, Dienstleister – für eine bessere Pflegesicherung erfüllt werden, liegt es an den Projektträgern, aus wissenschaftlicher Distanz in Form und Inhalt gut fassbare Erkenntnisse für wirksame Entscheidungen zu liefern. ◀

Prof. Dr. Thomas Klie, Projektleitung PFLLEGEBUDGET und INTEGRIERTES BUDGET

IV. Symposium –
Willkommen in Bonn!

Vom PFLLEGEBUDGET lernen

6./7.12.2007

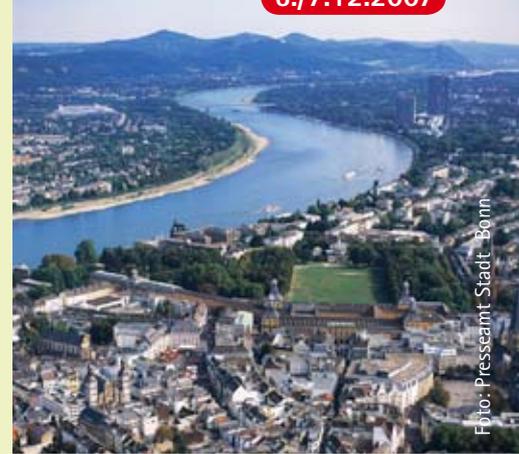


Foto: Presseamt Stadt Bonn

Das IV. Symposium der Modellprojekte PFLLEGEBUDGET und INTEGRIERTES BUDGET findet am 6. und 7. Dezember 2007 im Gustav-Stresemann-Institut in Bonn statt. Zur Diskussion stehen Budgets und Case Management im Licht der Pflegereform. Die Teilnahme an der Tagung ist kostenlos.

Bitte anmelden unter
>> www.pflegebudget.de und
>> www.integriertesbudget.de

Impressum

MEILENSTEINE

Infodienst der Modellprojekte
PFLLEGEBUDGET und
INTEGRIERTES BUDGET

www.pflegebudget.de
www.integriertesbudget.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. 7.000 Exemplare

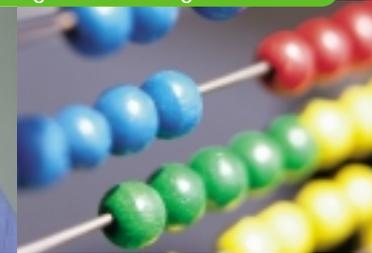
Produktion und Redaktion:

FORUM SOZIALSTATION, Bonn mit

- ImageDesign, Köln (Grafik)
- Courir Media, Bonn (Druck)

Das Pflegebudget

Ein neues Angebot der Pflegeversicherung



Mehr wissen – selbst entscheiden.

Impressum

www.pflegebudget.de

HERAUSGEBER

Kontaktstelle für praxisorientierte
Forschung e.V.
Bugginger Straße 38
79114 Freiburg

Telefon ++49 (0)761/47812638
Fax ++49 (0)761/47812699

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Thomas Klie

Auflage 20.000 Stück

Redaktion:
FORUM SOZIALSTATION e.V., Bonn

Gestaltung: ImageDesign, Köln

Druck: Courir-Druck GmbH, Bonn

Fotonachweis:

Seiten 1, 2 und 5: Lubomir Tükör
alle anderen: FORUM SOZIALSTATION



- 4 Warum wird ein neues Angebot der Pflegeversicherung erprobt?
- 5 Erhoffte Wirkungen
- 6 Die Aufgaben der Wissenschaftler
- 7 Programmgruppe und Vergleichsgruppe
- 7 Der Zufall mischt die Gruppen
- 8 Wer kann teilnehmen?
- 9 Was leistet das Case Management?
- 10 Das Pflegebudget – wie hoch ist es?
- 10 Wofür können Sie Ihr Budget verwenden und wofür nicht?
- 11 Was sollten Sie bei der Verwendung Ihres Budget beachten?
- 11 Wann können Sie Ihre Teilnahme am Projekt unterbrechen oder beenden?
- 12 Was passiert mit den erhobenen Daten?
- 12 Wer ist der Projektträger ?
- 13 Die ersten 10 Schritte zum Pflegebudget
- 14 Wo finde ich ein Pflegebudget-Büro in meiner Nähe?
- 15 Datenschutz

Warum wird ein neues Angebot der Pflegeversicherung erprobt?

Die Pflegeversicherung ist zehn Jahre alt und hat sich insgesamt bewährt. Eine leistungsfähige Infrastruktur mit ambulanten Diensten hat sich entwickelt, neue Angebote konnten geschaffen werden, etwa die Tages- und Kurzzeitpflege. Die Pflegeversicherung genießt einen guten Ruf in der Bevölkerung.

Es hat sich aber auch gezeigt, dass sie weiterentwickelt werden muss, damit sie auch in Zukunft ihren Beitrag zur Sicherung der Pflege leisten kann. Menschen mit Demenz etwa werden erst unzureichend von der Pflegeversicherung unterstützt, die Pflegeleistungen der ambulanten Dienste kommen den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen häufig wenig entgegen. Die Entlastung pflegender Angehöriger muss verbessert werden.

Das „Pflegebudget“ will diesen Unzulänglichkeiten entgegenwirken, indem im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen auf der Grundlage internationaler Erfahrungen das neue Angebot der Pflegeversicherung erprobt wird. Pflegebedürftige Menschen erhalten von der Pflegeversicherung das Geld zum „Einkauf“ von Pflegeleistungen, ein „Budget“ also, zur eigenverantwortlichen Verwendung und Verwaltung.

Mit dem Pflegebudget länger zu Hause bleiben können.

Erhoffte Wirkungen

Das Pflegebudget schafft mehr Raum für Entscheidungen und Selbstorganisation, damit Pflege und Betreuung daheim kostengünstiger, effektiver und wirklich passend zum Haushalt des Pflegebedürftigen gestaltet werden können. Nicht für alle, aber doch für eine ganze Reihe von Pflegebedürftigen kann dies attraktiv sein:

- Für behinderte Menschen etwa, die ihr Leben möglichst autonom gestalten wollen.
- Oder für pflegebedürftige Personen, deren Pflege von Angehörigen organisiert wird, und die neben bisherigen Diensten etwa auch die Nachbarschaftshilfe oder selbst ausgesuchte Pflegekräfte engagieren wollen.
- Schließlich für demenzkranke Menschen, denen Pflegedienste häufig nur ein begrenztes Angebot bieten.

Trotz Pflege zu Hause bleiben, und leben wie gewünscht, in einem stabilen familiären Pflegearrangement, und das kostengünstiger als bisher – kann das Pflegebudget das erreichen? Das wollen wir im Projekt „Pflegebudget“ herausfinden. Angehörige und Pflegebedürftige werden dabei von Case ManagerInnen (Pflegefachkräfte und SozialarbeiterInnen) beraten und unterstützt.



Die Aufgaben der Wissenschaftler



Mehrere Forschungsteams werten die Erfahrungen mit dem Pflegebudget aus.

Ob die erwarteten positiven Wirkungen auch tatsächlich eintreten und ob sie mit der Hilfe der Case ManagerInnen zusammenhängen, die in der Projektzeit an Ihrer Seite stehen, soll eine wissenschaftliche Begleitforschung herausfinden. Sie wird von Mitarbeitern des Freiburger Institutes für angewandte Sozialwissenschaft (FIFAS) unter Leitung

von PD Dr. Baldo Blinkert, des Mannheimer Zentrums für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) unter Leitung von PD Dr. Alexander Spermann und der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg unter Leitung von Professor Dr. Thomas Klie geleistet.

Programmgruppe und Vergleichsgruppe

Um Pflege mit und ohne Pflegebudget wissenschaftlich vergleichen zu können, werden im Modellprojekt Pflegebedürftige, die mit dem Pflegebudget arbeiten (Programmgruppe), und Pflegebedürftige, die die gängigen Sachleistungen beziehen (Vergleichsgruppe), beobachtet. Die Teilnehmer dieser gleich großen Gruppen werden in regelmäßigen Abständen (ca. alle sechs Monate) über Erfahrungen sowie Veränderungen im Pflegeumfang, der Lebensqualität und zum Lebensumfeld befragt. In der Programmgruppe übernimmt dies der Case Manager, der die Pflegebedürftigen auch im weiteren Verlauf betreut, in der Vergleichsgruppe ein geschulter „Interviewer“. Beide Gruppen sind für Aussagen über die Wirksamkeit des „Pflegebudgets“, das heißt für das Gelingen des Projektes gleich wichtig.



Pflege mit und ohne Pflegebudget wird wissenschaftlich verglichen.

Der Zufall mischt die Gruppen

In welche der beiden Gruppen Sie kommen, entscheidet der Zufall. Das gehört zur wissenschaftlichen Methode und Redlichkeit. Dem Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft werden alle Interessenten für das Modellprojekt genannt und dort durch einen Zufallsgenerator in Programm- oder Vergleichsgruppe eingeteilt. Das Ergebnis wird Ihnen schriftlich mitgeteilt.

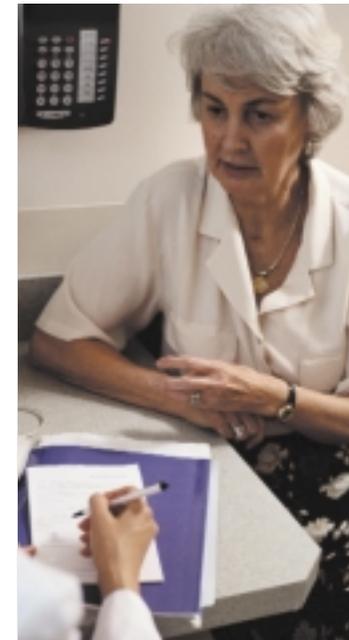


Wer kann teilnehmen?

- Sie müssen in einer der sieben Regionen wohnen, die für das Modellprojekt ausgesucht wurden: Kreis Annaberg (Sachsen), Stadt Erfurt (Thüringen), Stadt Kassel und Kreis Marburg-Biedenkopf (Hessen), Kreis Neuwied (Rheinland Pfalz), Kreis Unna (NRW) und die Stadtteile München-Bogenhausen und München-Neuperlach (Bayern).
- Sie müssen der gesetzlichen Pflegeversicherung angehören.
- Sie sind pflegebedürftig (Pflegestufe I bis III) mit überwiegender Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst (Sachleistungsbezug) oder
- Sie beziehen Pflegegeld (nur möglich an den Standorten Erfurt und Neuwied) oder
- Sie stellen einen Erstantrag auf Pflegeleistungen oder
- Sie stellen einen Höherstufungsantrag bei Sachleistungsbezug.
- Sie sind bereit, an der wissenschaftlichen Begleitforschung teilzunehmen.
- Als Teilnehmer in der Programmgruppe akzeptieren Sie die Begleitung und Unterstützung eines Case Managers.

Personen mit Pflegestufe 0 (keine Einstufung) sowie Leistungsbezieher des trägerübergreifenden Budgets können leider nicht an dem Modellprojekt teilnehmen.

Was leistet das Case Management?



Beratung und Information wird beim Pflegebudget groß geschrieben.

Die Case ManagerInnen haben eine Ausbildung in einem Pflegeberuf und/oder als Sozialarbeiter absolviert und werden zusätzlich für das Projekt geschult. Sie sollen Sie, Pflegebedürftige und Angehörige, dabei unterstützen, eine bedarfsgerechte häusliche Pflege zu organisieren, die fachlich verantwortet werden kann und Selbstbestimmung erhält.

Der Case Manager soll helfen, die richtigen Dienstleister für Ihre Pflege und Versorgungswünsche zu finden. Er unterstützt Sie bei Gesprächen und Vertragsverhandlungen und beim Aufbau Ihres individuellen Hilfe-Netzwerkes. Er erarbeitet mit Ihnen einen so genannten Hilfeplan, der in Ihre Lebenswelt passt und flexibel genug ist, um auf sich wandelnde Bedürfnisse zu reagieren. Dazu muss sich der Case Manager einen tragfähigen Eindruck vom Ihrem Pflegebedarf und Ihrem Lebensumfeld bilden. Der Case Manager wird Ihnen zu Beginn Ihrer Zusammenarbeit folglich einige Fragen stellen und Ihnen viel zuhören. Sie erleichtern seine Aufgabe, wenn Sie ihm zum Beispiel Einblick geben in ein bereits vorhandenes Gutachten des Medizinischen Dienstes oder andere Unterlagen, die Ihre Situation beschreiben.



Das Pflegebudget – wie hoch ist es?

Die Pflegekasse überweist direkt an Sie. Die Beträge entsprechen den Höchstgrenzen, die ambulante Dienste mit den Pflegekassen abrechnen können:

- Pflegestufe I: 384,00 EUR
- Pflegestufe II: 921,00 EUR
- Pflegestufe III: 1432,00 EUR

Sie entscheiden mit dem Case Manager, wofür Sie diese Mittel ausgeben wollen und müssen sich dabei an einige Regelungen halten.

Wofür können Sie Ihr Budget verwenden?

Sie können grundsätzlich alle Leistungen nutzen, die ein Pflegedienst derzeit anbietet. Sie können aber auch andere Leistungen „einkaufen“, die in den Leistungskatalogen nicht vorkommen, die sie aber für Ihre häusliche Pflege benötigen. Stellen Sie sich vor, Sie brauchen jemanden, der für Sie einkauft oder Ihre Wohnung reinigt, jemanden, der Ihnen etwas vorliest oder Sie auf einem Spaziergang begleitet und ihn dadurch vielleicht erst ermöglicht. Vielleicht benötigen Sie auch jemanden, der Ihre Angehörigen entlastet. All das können Sie mit Ihrer Case Managerin oder Ihrem Case Manager besprechen, planen und mit geeigneten Anbietern verwirklichen.

Wofür dürfen Sie Ihr Budget nicht verwenden?

Das Pflegebudget darf nicht an nahe Angehörige (Ehepartner, Lebenspartner, Kinder, Eltern und Geschwister) ausgezahlt werden, auch wenn diese die Pflege übernehmen. Auch darf es nicht für Pflegeleistungen vom „Schwarzmarkt“ eingesetzt werden.

Was sollten Sie bei der Verwendung Ihres Budget beachten?

Das Pflegebudget soll Ihnen ermöglichen, Leistungen von unterschiedlichen Anbietern „einzukaufen“, nicht allein von Pflegediensten. Sie können zum Beispiel Ihre Nachbarin beauftragen, für Sie einzukaufen oder zu kochen, und ihre Dienste aus dem Pflegebudget bezahlen.

Allerdings müssen Sie Absprachen und Verträge grundsätzlich auf der Basis des geltenden Rechtes gestalten, das heißt vor allem arbeitsrechtliche und steuerrechtliche Gepflogenheiten berücksichtigen. Dabei unterstützt Sie Ihre Case Managerin oder Ihr Case Manager.



Wann können Sie Ihre Teilnahme am Projekt unterbrechen oder beenden?

Das Modellprojekt lebt davon, dass über einen möglichst langen Zeitraum Entwicklungen beobachtet werden können. Selbstverständlich ist es Ihnen aus einem wichtigen Grund dennoch jederzeit möglich, Ihre Teilnahme zu beenden. Ein wichtiger Grund ist zum Beispiel ein längerer Krankenhausaufenthalt oder der Umzug in ein Heim. Eine ordentliche Kündigung Ihrer Teilnahme ist zu jedem Monatsende möglich.



Was passiert mit den erhobenen Daten?



Alle Daten werden ohne Namen und Adresse gespeichert und anonym ausgewertet.

Der Case Manager nutzt die Daten, um Sie umfassend zu beraten. Für die wissenschaftliche Begleitforschung werden Ihre Befragungsdaten aber von Ihren Adressdaten getrennt. Die weitere Bearbeitung erfolgt dann unter einer Kenn-Nummer. Die Befragungsdaten werden also ohne Namen und Adresse separat gespeichert. Eine Auswertung erfolgt ohne Zuordnung zu einzelnen Personen. Alle Auswertungen werden anonym zum Beispiel einer Altersgruppe zugerechnet. Eine Auswertung könnte so zum Beispiel lauten, dass die teilnehmenden Frauen zu 55 Prozent jünger als 60 Jahre sind.

Eine Weitergabe der Daten durch den Case Manager an Dritte, zum Beispiel Ihren Arzt oder Pflegedienst, erfolgt nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung.

Wer ist der Projektträger?

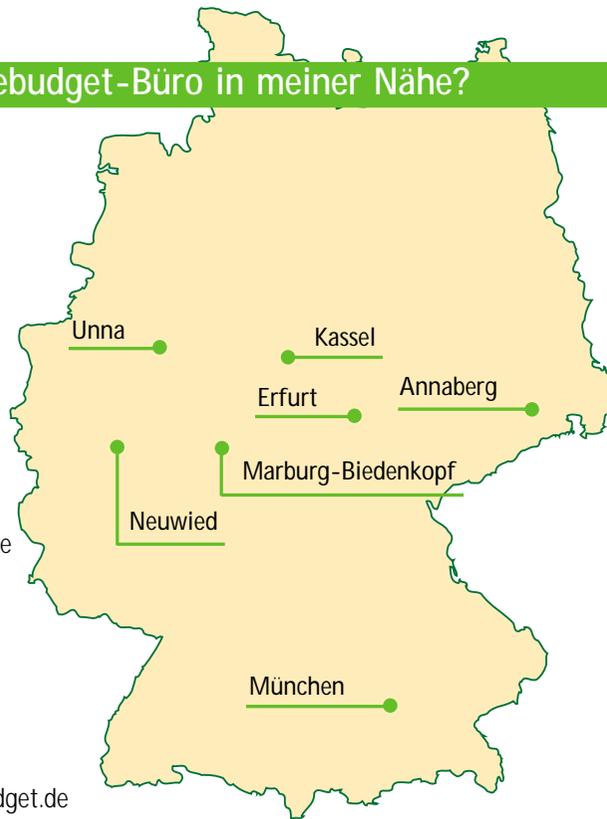
Das Projekt wird von der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule in Freiburg durchgeführt – die größte Forschungseinrichtung an einer Fachhochschule im Sozial- und Gesundheitswesen in Deutschland. Sie ist bekannt für ihre innovative und praxisorientierte Forschung und Projektentwicklung.

Die ersten 10 Schritte zum Pflegebudget

1. Sie nehmen Kontakt auf zu einem Pflegebudget-Büro in Ihrer Nähe oder Sie melden sich beim Projektträger in Freiburg.
2. Ob Sie teilnehmen können, wird der Case Manager gemeinsam mit Ihnen klären (Wohnort, Mitglied der gesetzlichen Pflegeversicherung etc.).
3. Sie fragen den Case Manager alles, was Sie über das Projekt noch wissen wollen.
4. Sie erklären verbindlich Ihren Wunsch, dass Sie am Projekt „Pflegebudget“ teilnehmen wollen.
5. Das Freiburger Institut für angewandte Sozialforschung (FIFAS) entscheidet daraufhin per Zufallsgenerator, ob Sie ein Teilnehmer der Programmgruppe oder der Vergleichsgruppe werden und informiert Sie schriftlich.
6. Sind Sie Teilnehmer der Programmgruppe, vereinbart der Case Manager einen Besuchstermin mit Ihnen und beginnt den Beratungs- und Begleitungsprozess.
7. Sie erarbeiten mit dem Case Manager einen ersten Hilfeplan.
8. Sie füllen mit ihm den Antrag an Ihre Pflegekasse auf Gewährung des Persönlichen Pflegebudgets aus.
9. Ihre Pflegekasse gewährt das Pflegebudget.
10. Nun sind Leistungen nach dem Hilfeplan über das Budget abrechenbar.

Wo finde ich ein Pflegebudget-Büro in meiner Nähe?

- Landkreis Annaberg
kreis-annaberg@pflegebudget.de
- Stadt Erfurt
erfurt@pflegebudget.de
- Stadt Kassel
kassel@pflegebudget.de
- Landkreis Marburg-Biedenkopf
marburg-biedenkopf@pflegebudget.de
- München-Neuperlach
muenchen-neuperlach@pflegebudget.de
- München-Bogenhausen
muenchen-bogenhausen@pflegebudget.de
- Landkreis Neuwied
kreis-neuwied@pflegebudget.de
- Kreis Unna
kreis-unna@pflegebudget.de



Datenschutzhinweis

1. Die Teilnahme am Projekt „Persönliches Pflegebudget“ ist freiwillig.
2. Sofern Sie sich für eine Teilnahme am Projekt entscheiden, setzt dies Ihre Bereitschaft voraus, dass Sie der Erhebung und Weitergabe Ihrer persönlichen Daten zustimmen. Diese Daten werden für folgende Zwecke genutzt:

Das Case Management nutzt die im Assessment erhobenen Daten und die Informationen aus den Beratungsgesprächen für Ihre persönliche Begleitung und Beratung. Diese werden **nur** vom Case Manager oder der Case Managerin und **nur** im Zusammenhang mit Ihrer Hilfe- und Pflegebedürftigkeit genutzt. Die Case Manager und Case Managerinnen sind selbstverständlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Weitergabe von Daten und Informationen an Dritte (Pflegekassen, Ärzte, Pflegedienste) erfolgt nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung werden mit Ihnen und Ihrer Hauptpflegeperson zweimal jährlich Interviews zur Pflegesituation, der Verwendung des Pflegebudgets und der Lebensqualität geführt. Die dort erhobenen Daten dienen der wissenschaftlichen Forschung und werden nach der Erhebung anonymisiert. Ein Rückschluss von den Ergebnissen auf Ihre Person und Ihre persönlichen Lebensverhältnisse ist damit ausgeschlossen.

Die Kündigung der Teilnahme am Projekt hat keine Konsequenzen für Ihre Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung. Nach der Beendigung der Teilnahme haben Sie die Wahl der üblichen Leistungen der Pflegeversicherung (Geld-, Kombi- oder Sachleistungen). Die Teilnahme an der Vergleichsgruppe ist ebenfalls kündbar. Weitere Interviews werden dann nicht mehr geführt. Der Leistungsbezug bleibt hiervon unberührt.

pflegebudget

Ein Projekt gefördert
durch die Spitzenverbände
der Pflegekassen

Hilfe und Pflege, wie Sie sie wünschen



Das PFLEGEbudget
Ein neues Angebot der Pflegeversicherung

Modellprojekt in ausgewählten Regionen der Bundesrepublik

www.pflegebudget.de

Impressum

www.pflegebudget.de

HERAUSGEBER

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

Bugginger Straße 38
79114 Freiburg

Telefon ++49 (0)761/47812638
Fax ++49 (0)761/47812699

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Thomas Klie

Auflage: 7.500 Exemplare

Redaktion: FORUM SOZIALSTATION e.V. Bonn

Grafik: ImageDes!gn, Köln

Druck: Courir-Druck GmbH, Bonn

Fotos: FORUM SOZIALSTATION
Seite 9: Lubimir Tükör



Inhaltsverzeichnis

- 4 Was ist das PFLEGEBUDGET?
- 5 Wer kann teilnehmen?
- 6 Wofür können Sie Ihr PFLEGEBUDGET verwenden?
- 7 Was leistet das Case Management?
- 8 Hilfe und Pflege wie gewünscht
- 10 Was müssen Sie bei der Verwendung Ihres PFLEGEBUDGETS beachten?
- 10 Wann können Sie Ihre Teilnahme am Projekt unterbrechen oder beenden?
- 11 Programmgruppe und Vergleichsgruppe
- 11 Der Zufall mischt die Gruppen
- 12 Warum wird ein neues Angebot der Pflegeversicherung erprobt?
- 13 Die Aufgaben der Wissenschaftler
- 13 Wer ist der Projektträger?
- 14 Was passiert mit den erhobenen Daten?
- 14 Datenschutz
- 15 Die ersten zehn Schritte zum PFLEGEBUDGET
- 16 Wo finde ich ein PFLEGEBUDGET-Büro in meiner Nähe?
- 16 Wer finanziert das Projekt?

Das PFLEGE BUDGET – eine neue Leistung der Pflegeversicherung



*Pflege und Hilfe
selbst gestalten.*

Sie sind pflegebedürftig und wollen zu Hause gut versorgt sein. Dazu brauchen Sie Menschen, die Sie unterstützen und Hilfen, die Sie sich leisten können. Sie wollen, dass jemand kommt, wenn Sie jemanden brauchen und nicht dann, wenn Sie „eben an der Reihe“ sind. Sie brauchen kleinere Handreichungen oder größere Dienstleistungen – welche, das möchten Sie selbst entscheiden.

Sie sind pflegende(r) Angehörige(r): Dann sehnen Sie sich vielleicht danach, stunden- oder tageweise in der Betreuung entlastet zu werden. Vielleicht wollen Sie nach längerem Pausieren wieder in Ihrem Beruf Fuß fassen. Oder Sie haben andere Wünsche und Pläne, können sie aber nur verwirklichen, wenn Sie eine verlässliche Betreuung haben, die das häusliche Pflegearrangement trägt. Mit dem PFLEGE BUDGET ist das alles leichter möglich.

Das PFLEGE BUDGET kann Ihnen helfen. Das PFLEGE BUDGET ist eine neue Geldleistung der Pflegeversicherung, die erprobt wird. Mit ihr können Sie Pflege und Hilfe nach Ihrer persönlichen Vorstellung gestalten. Das dürfen Sie vom PFLEGE BUDGET erwarten:

Ihnen steht ein persönlicher Berater oder eine Beraterin (Case Manager) zur Seite. Sie unterstützen Sie, Ihre Versorgung optimal zu organisieren, mit der Hilfe, die Sie sich wünschen. Das kann außer der fachlichen Pflege durch einen Pflegedienst eine Betreuung in der Nacht sein, die stundenweise Anwesenheit einer Betreuungsperson, eine Begleitung zum Arzt, das Erledigen von Einkäufen, eine hauswirtschaftliche Unterstützung oder Ähnliches.

Als PFLEGE BUDGET steht Ihnen das zur Verfügung, was die Pflegekassen normalerweise für Sachleistungen direkt an die Pflegedienste zahlen. Mit diesem Betrag können Sie nicht nur pflegerische, sondern auch zum Beispiel Betreuungsdienste oder hauswirtschaftliche Dienste bezahlen – andere Leistungen der Pflegeversicherung geben diese Freiheit nicht.

Wer kann teilnehmen?

Das PFLEGE BUDGET können Sie beantragen.

- wenn Sie gesetzlich kranken- und pflegeversichert sind und
- in einer der sieben Regionen wohnen, die für das Modellprojekt ausgesucht wurden: Kreis Annaberg-Buchholz (Sachsen), Stadt Erfurt (Thüringen), Stadt Kassel und Kreis Marburg-Biedenkopf (Hessen), Kreis Neuwied (Rheinland Pfalz), Kreis Unna (NRW) und die Stadt München (Bayern).

Zusätzlich ist noch eine der folgenden Voraussetzungen zu erfüllen:

- Sie haben bereits eine Pflegestufe und erhalten Sachleistung oder Kombileistung durch einen ambulanten Pflegedienst (mindestens zu 50 Prozent)
- Sie beziehen Pflegegeld (nur möglich an den Standorten Erfurt und Neuwied)
- Sie beantragen eine Pflegestufe neu
- Sie kommen von Pflegestufe I in die Pflegestufe II oder von Pflegestufe II in die Pflegestufe III
- Sie werden aus dem Krankenhaus oder einer Reha-Klinik entlassen

außerdem

- müssen Sie bereit sein, an der wissenschaftlichen Begleitforschung teilzunehmen
- und – als Teilnehmer in der Programmgruppe – die Begleitung und Unterstützung eines Case Managers akzeptieren.

Personen mit Pflegestufe 0 (keine Einstufung) sowie Leistungsbezieher des trägerübergreifenden Budgets können leider **nicht** an dem Modellprojekt teilnehmen.

Über wieviel Geld können Sie verfügen?

Die Pflegekasse überweist das PFLEGEBUDGET direkt an Sie, teilweise erhalten Sie eine Zuzahlung bis zum Höchstbetrag durch das

Modellprojekt. Die Beträge entsprechen denen, die ambulante Dienste mit den Pflegekassen abrechnen können:

• Pflegestufe I:	384,00 EUR
• Pflegestufe II:	921,00 EUR
• Pflegestufe III:	1432,00 EUR

Wofür können Sie Ihr PFLEGEBUDGET verwenden?

Sie entscheiden mit dem Case Manager, wofür Sie Ihr PFLEGEBUDGET ausgeben wollen. So können Sie grundsätzlich alle Leistungen nutzen, die ein Pflegedienst anbietet. Sie können aber auch zusätzliche oder andere Hilfen „einkaufen“, die die Pflegeversicherung bislang nicht übernimmt, die Sie aber für Ihre häusliche Pflege gerne hätten. Stellen Sie sich vor, Sie brauchen jemanden, der für Sie einkauft oder Ihre Wohnung reinigt, jemanden, der Ihnen etwas vorliest oder Sie auf einem Spaziergang begleitet und ihn dadurch vielleicht erst ermöglicht. Vielleicht benötigen Sie auch jemanden, der Ihre Angehörigen

entlastet. All das können Sie mit Ihrer Case Managerin oder Ihrem Case Manager besprechen, planen und mit geeigneten Anbietern verwirklichen.

Dafür dürfen Sie Ihr PFLEGEBUDGET nicht verwenden:

Das PFLEGEBUDGET darf nicht an nahe Angehörige (Ehepartner, Lebenspartner, Kinder, Eltern und Geschwister) ausgezahlt werden, auch wenn sie die Pflege übernehmen. Es ist auch nicht erlaubt, das PFLEGEBUDGET für Pflegeleistungen vom „Schwarzmarkt“ einzusetzen.

Was leistet das Case Management?

Die Case Manager im Modellprojekt PFLEGEBUDGET sind erfahrene Sozialarbeiter oder haben langjährige Erfahrungen in einem Pflegeberuf. Sie sind zusätzlich darin geschult, Pflegebedürftige und Angehörige dabei zu unterstützen, die häusliche Pflege so zu organisieren, dass sie bedarfsgerecht ist, selbstbestimmt leben lässt und fachlichen Standards genügt.

vollständiges Bild vom Ihrem Pflegebedarf und Ihrem Lebensumfeld machen. Sie erleichtern seine Aufgabe, wenn Sie ihm zum Beispiel Einblick geben in ein Gutachten des Medizinischen Dienstes oder andere Unterlagen, die Ihre Situation beschreiben.

Der Case Manager hilft, die richtigen Dienstleister für Ihre Pflege und Versorgungswünsche zu finden. Er unterstützt Sie bei Gesprächen und Vertragsverhandlungen und beim Aufbau Ihres Hilfe-Netzwerks. Er erarbeitet mit Ihnen einen so genannten Hilfeplan, der in Ihre Lebenswelt passt und flexibel genug ist, wenn sich Ihre Bedürfnisse ändern. Dazu muss sich Ihr Case Manager ein



Beratung und Information wird beim PFLEGEBUDGET groß geschrieben.

Aus der Praxis

Hilfe und Pflege wie gewünscht

Maria Huber* ist 85 Jahre alt und lebt seit über 20 Jahren alleine in ihrem Haus in einem ländlichen Vorort einer größeren Stadt. Sie ist leicht verwirrt (Altersdemenz) und hat die Pflegestufe I. Der Pflegedienst kommt jeden Tag für 20 Minuten zur Grundversorgung und rechnet dies als Sachleistung (in Modulen) mit der Pflegeversicherung ab.

Elisabeth Stark*, die Tochter von Frau Huber, lebt in der Stadt und kümmert sich einmal in der Woche um den Haushalt ihrer Mutter. Das wird ihr jedoch langsam zu viel – zugleich ist es für die Mutter zu wenig. Aufgrund der beginnenden Demenz der Mutter müsste sie, so der Wunsch der Familie, in der Woche mehrmals, am besten täglich so betreut werden, dass ein verlässlich geregelter Alltag zustande kommt. Ein Umzug in ein Pflegeheim soll so

lange wie möglich vermieden werden. Mit der Sachleistung der Pflegeversicherung ist das aber nicht zu schaffen.

Die Grundpflege durch den ambulanten Pflegedienst führt zudem seit einiger Zeit zu Problemen. Frau Huber fühlt sich überwacht und ist oft bereits angezogen, wenn die Pflegekraft kommt. Sie schickt sie dann unverrichteter Dinge wieder weg. Eigentlich braucht Frau Huber, dass ab und zu jemand kommt und bleibt, zum Reden oder zum Spaziergehen und dadurch den Alltag organisiert. Solche Leistungen sind aber in der Pflegeversicherung bisher nicht vorgesehen. Mit dem PFLEGEbudget werden sie derzeit in ihrer Wirkung erprobt.

Das **PFLEGEbudget** bietet Frau Huber eine zu ihr passende Lösung. Eine Beraterin (Case Managerin) ist ihr und ihrer Familie bei der Umgestaltung der Pflege- und Betreuungssituation behilflich: An drei Tagen in der Woche kommt der Pflegedienst für 45 Minuten zur Grundversorgung. Falls die Tagesform von Frau Huber das nicht erlaubt, bleibt die Pflegerin dennoch und kümmert sich um sie. Zusätzlich kommt eine ehrenamtliche Helferin. Sie begleitet Frau Huber dreimal pro Woche ins nahe gelegene Alten- und Service-Zentrum zum Mittagstisch – vergütet mit einer kleinen Aufwandsentschädigung aus dem PFLEGEbudget.

Frau Huber hat also jetzt täglich Kontakt zu anderen Personen, die Zeit mitbringen, was ihr gut tut und den Tag und die Woche strukturiert. Damit erfüllen sich für Frau Huber und für

ihre Familie die wichtigsten Wünsche für ihre Pflege und Betreuung.

**Name und hinweisgebende Ortsangaben von der Redaktion geändert*



Mit dem PFLEGEbudget länger zu Hause bleiben können.



Was müssen Sie bei der Verwendung Ihres PFLEGE BUDGETS beachten?

Abreden und Verträge mit helfenden Personen oder professionellen Dienstleistern sind grundsätzlich auf der Basis geltenden Rechts zu gestalten. Das heißt vor allem arbeitsrechtliche und steuerrechtliche Gepflogenheiten müssen berücksichtigt werden. Dabei unterstützt Sie Ihr Case Manager.

Können Sie Ihre Teilnahme am Projekt unterbrechen oder beenden?

Das Modellprojekt lebt davon, dass über einen möglichst langen Zeitraum Entwicklungen und Veränderungen beobachtet werden können. Selbstverständlich ist es Ihnen aus einem wichtigen Grund dennoch jederzeit möglich, Ihre Teilnahme zu beenden. Ein wichtiger Grund ist zum Beispiel ein längerer Krankenhausaufenthalt oder der Umzug in ein Heim. Eine ordentliche Kündigung Ihrer Teilnahme ist zu jedem Monatsende möglich.

Programmgruppe und Vergleichsgruppe

Um Pflege mit und Pflege ohne PFLEGE BUDGET vergleichen zu können, werden Pflegebedürftige, die mit dem PFLEGE BUDGET leben (Programmgruppe), und Pflegebedürftige, die die gängigen Sachleistungen beziehen (Vergleichsgruppe), wissenschaftlich begleitet. Die Gruppen sind gleich groß (Ausnahme: In München gibt es keine Aufteilung in Gruppen). Die Projektteilnehmenden beider Gruppen werden in regelmäßigen Abständen (ca. alle sechs Monate) über Erfahrungen sowie Veränderungen im Pflegeumfang, der Lebensqualität und zum Lebensumfeld interviewt. In der Programmgruppe übernimmt dies der Case Manager, der die Pflegebedürftigen auch sonst betreut, in der Vergleichsgruppe ausgewählte Projektmitarbeiter. Beide Gruppen sind für Aussagen über die Wirksamkeit des PFLEGE BUDGETS und für das Gelingen des Projekts gleich wichtig.

Der Zufall mischt die Gruppen

In welche der beiden Gruppen am PFLEGE BUDGET interessierte Pflegebedürftige kommen, entscheidet der Zufall. Das gehört zur wissenschaftlichen Methode und Redlichkeit. Dem Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft werden alle Interessenten für das Modellprojekt genannt und dort durch einen so genannten Zufallsgenerator in Programm- oder Vergleichsgruppe eingeteilt. Das Ergebnis wird den Interessenten schriftlich mitgeteilt.

Warum wird ein neues Angebot der Pflegeversicherung erprobt?

Trotz Pflege zu Hause leben wie gewünscht – in einem stabilen familiären Pflegearrangement: Das soll mit dem PFLEGEbudget erreicht werden. Ob und wie das gelingt, wird das Projekt PFLEGEbudget ergeben.

Die Pflegeversicherung ist inzwischen über zehn Jahre alt. Sie hat sich insgesamt bewährt. Ein leistungsfähiges Netz aus ambulanten Diensten hat sich entwickelt. Neue Angebote konnten geschaffen werden, etwa die Tages- und Kurzzeitpflege.

Die Pflegeversicherung genießt alles in allem einen guten Ruf. Unverkennbar ist aber auch, dass sie weiterentwickelt werden muss, damit sie auch in Zukunft ihren Beitrag zur Sicherung der Pflege leisten kann. Menschen mit Demenz zum Beispiel werden bislang nur unzureichend von der Pflegeversicherung unterstützt. Auch kommen Pflegeleistungen der ambulanten Dienste vielfach den Bedürf-

nissen von pflegebedürftigen Menschen und Angehörigen wenig entgegen. Die Entlastung pflegender Angehöriger lässt ebenso zu wünschen übrig.

Das PFLEGEbudget will diesen Unzulänglichkeiten entgegenwirken. Im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen wird – auf der Grundlage positiver internationaler Erfahrungen – mit dem PFLEGEbudget ein neues Angebot der Pflegeversicherung erprobt: Pflegebedürftige Menschen erhalten von der Pflegeversicherung das Geld zum „Einkauf“ von Pflegeleistungen, ein „Budget“ also, zur eigenverantwortlichen Verwendung und Verwaltung.

Die Aufgaben der Wissenschaftler

Ob die erwarteten positiven Wirkungen des PFLEGEbudgets auch tatsächlich eintreten und ob sie, wie ebenso erwartet, mit der Hilfe der Case ManagerInnen zusammenhängen, sollen Wissenschaftler herausfinden, die das fünfjährige Projekt begleiten. Die Forschungsarbeiten werden von Mitarbeitern

des Freiburger Instituts für angewandte Sozialwissenschaft (FIFAS), des Zentrums für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) in Mannheim und der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung, Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege (AGP), an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg geleistet.

Wer ist der Projektträger?

Das Projekt wird von der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule in Freiburg durchgeführt. Die Kontaktstelle ist die größte Forschungseinrichtung, die es an einer

deutschen Fachhochschule im Sozial- und Gesundheitswesen gibt. Sie ist bekannt für ihre innovative und praxisorientierte Forschung und Projektentwicklung.



Mehrere Forschungsteams werten die Erfahrungen mit dem PFLEGEbudget aus.

Was passiert mit den erhobenen Daten?

- Der Case Manager nutzt alle Informationen und Daten, die er von Ihnen hat, um Sie umfassend zu beraten.
- Für die wissenschaftliche Begleitforschung werden Ihre Befragungsdaten von Ihren Adressdaten getrennt. Die weitere Bearbeitung erfolgt dann unter einer Kenn-Nummer, das heißt, Ihre Daten werden ohne Ihren Namen und Ihre Adresse separat gespeichert und ausgewertet, zum Beispiel nach Altersgruppen.
- An Dritte, zum Beispiel Ihren Arzt oder Pflegedienst, gibt der Case Manager Ihre Daten nur dann weiter, wenn Sie ausdrücklich und schriftlich zugestimmt haben.

Die Kündigung der Teilnahme am Projekt hat keine Konsequenzen für Ihre Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung. Nach der Beendigung der Teilnahme haben Sie die Wahl der üblichen Leistungen der Pflegeversicherung (Geld-, Kombi- oder Sachleistungen). Die Teilnahme an der Vergleichsgruppe ist ebenfalls kündbar. Weitere Interviews werden dann nicht mehr geführt. Der Leistungsbezug bleibt hiervon unberührt.

Datenschutzhinweis

1. Die Teilnahme am Projekt „Persönliches Pflegebudget“ ist freiwillig.
2. Sofern Sie sich für eine Teilnahme am Projekt entscheiden, setzt dies die Bereitschaft voraus, dass Sie der Erhebung und Weitergabe Ihrer persönlichen Daten zustimmen. Diese Daten werden für folgende Zwecke genutzt:

Das Case Management nutzt die im Assessment erhobenen Daten und die Informationen aus den Beratungsgesprächen für Ihre persönliche Begleitung und Beratung. Diese werden nur vom Case Manager oder der Case Managerin und nur im Zusammenhang mit Ihrer Hilfe- und Pflegebedürftigkeit genutzt.

Die Case Manager und Case Managerinnen sind selbstverständlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Weitergabe von Daten und Informationen an Dritte (Pflegekassen, Ärzte, Pflegedienste) erfolgt nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung werden mit Ihnen und Ihrer Hauptpflegeperson zweimal jährlich Interviews zur Pflegesituation, der Verwendung des PFLEGEbudgets und der Lebensqualität geführt. Die dort erhobenen Daten dienen der wissenschaftlichen Forschung und werden nach der Erhebung anonymisiert. Ein Rückschluss von den Ergebnissen auf Ihre Person und Ihre persönlichen Lebensverhältnisse ist damit ausgeschlossen.

Zehn Schritte zum PFLEGEbudget

1. Das PFLEGEbudget-Büro in Ihrer Nähe oder der Projektträger in Freiburg freut sich über Ihr Interesse: Melden Sie sich! Adressen finden Sie auf der nächsten Seite.
2. Ein Case Manager wird Kontakt mit Ihnen aufnehmen. Sie fragen ihn alles, was Sie über das PFLEGEbudget wissen wollen.
3. Ob Sie am Projekt PFLEGEbudget teilnehmen können, wird der Case Manager dann mit Ihnen gemeinsam klären. (Wer kann teilnehmen? Seite 6)
4. Ist Ihre Teilnahme grundsätzlich möglich, entscheiden Sie sich mit einer verbindlichen Erklärung, die Ihnen der Case Manager dazu vorlegt.
5. Ein mit den Daten aller Interessenten gespeister Computer im Freiburger Institut für angewandte Sozialforschung (FIFAS) entscheidet, ob Sie ein Teilnehmer der Programmgruppe oder der Vergleichsgruppe werden. Das FIFAS informiert Sie darüber schriftlich.
Ausnahme: In München erhält jeder Interessent das PFLEGEbudget.
6. Sind Sie Teilnehmer der Programmgruppe, geht der Beratungs- und Begleitungsprozess durch den Case Manager weiter.
7. Sie erarbeiten mit Ihrem Case Manager einen ersten Hilfeplan.
8. Sie beantragen mit seiner Hilfe das PFLEGEbudget bei Ihrer Pflegekasse.
9. Ihre Pflegekasse gewährt das PFLEGEbudget.
10. Das PFLEGEbudget wird Ihnen monatlich ausgezahlt.



Wo finde ich ein PFLEGEbudget-Büro in meiner Nähe?

→ Landkreis Annaberg

Telefon 03733/833173
kreis-annaberg@pflegebudget.de

→ Erfurt

Telefon 0361/65563-80 oder 81 oder 82
erfurt@pflegebudget.de

→ Kassel

Telefon 0561/7396206 und 5297145
kassel@pflegebudget.de

→ Landkreis Marburg-Biedenkopf

Telefon 06421/4051623
marburg-biedenkopf@pflegebudget.de

→ München

Telefon 089/6794-2763 oder -2485
muenchen@pflegebudget.de

→ Landkreis Neuwied

Telefon 02631/803738
kreis-neuwied@pflegebudget.de

→ Kreis Unna

Telefon 02306/204345
kreis-unna@pflegebudget.de



**Ausführliche Informationen zu
allen PFLEGEbudget-Büros unter
www.pflegebudget.de**



pflegebudget

Ein Projekt gefördert
durch die Spitzenverbände
der Pflegekassen

Auftraggeber des Modellprojekts Persönliches PFLEGEbudget sind die Spitzenverbände der Pflegekassen. Unterstützt wird das Projekt außerdem von den Projektpartnern der sieben Standorte und den Ländern Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz.

Antwortkarte

Vorname

Name

Straße

Ort

Telefonnummer

Ich bin am besten zu erreichen

morgens

mittags

abends ab _____ Uhr

Datum

Unterschrift

Das Pflegebudget-Büro in Ihrer Nähe

- Landkreis Annaberg
Telefon 03733/833173
- Stadt Erfurt
Telefon 0361/65542-70 oder 71 oder 72
- Stadt Kassel
Telefon 0561/7396206
- Landkreis Marburg Biedenkopf
Telefon 06421/405623
- München-Neuperlach
Telefon 089/67942222
- München-Bogenhausen
Telefon 089/9270-0
- Landkreis Neuwied
Telefon 02631/803649
- Kreis Unna
Telefon fehlt noch!!!!!!!!!!!!!!!

Mehr wissen – selbst entscheiden.

Das Pflegebudget

Ein neues Angebot der Pflegeversicherung



Grafik: FS

Modellprojekt im Auftrag der Spitzenverbände
der Pflegekassen in ausgewählten Regionen
der Bundesrepublik

www.pflegebudget.de
November 2004

Das Pflegebudget – ein neues Angebot

Wer einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat, kann einen ambulanten Pflegedienst beauftragen (Sachleistung) oder Pflegegeld beziehen. Daran ändert sich nichts. Jetzt haben die Pflegekassen in Ihrer Region ein weiteres Angebot: **Das Pflegebudget**.

Das Pflegebudget ist ein Geldbetrag aus der Pflegeversicherung, mit dem Sie die Pflege und Hilfe entsprechend Ihren persönlichen Wünschen einkaufen können. Dabei werden Sie durch einen speziell ausgebildeten Berater (Case Manager) unterstützt. Er besucht Sie zu Hause.

Gemeinsam beraten und entscheiden Sie:

- welche Hilfen Sie brauchen, welche Hilfen Sie wünschen
- wie Sie das Zusammenwirken von Angehörigen, Pflegedienst und anderen Helfern am besten organisieren können
- was Sie mit Pflegekräften und Pflegediensten vereinbaren sollten
- was Ihnen und Ihren Angehörigen helfen kann, damit Sie Ihre Pflege- oder Betreuungspflicht besser bewältigen können.

Wer erhält das Pflegebudget?

Alle pflegebedürftigen Personen in den Regionen Landkreis Annaberg, Stadt Erfurt, Stadt Kassel, Landkreis Marburg-Biedenkopf, München-Neuperlach, München-Bogenhausen, Landkreis Neuwied und Kreis Unna

- mit überwiegender Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst (Sachleistungsbezug)
- die Pflegegeld beziehen (nur möglich an den Standorten Erfurt und Neuwied)
- die einen Erstantrag auf Pflegeleistungen gestellt haben
- die einen Antrag auf Höherstufung bei Sachleistungsbezug gestellt haben

Die Höhe Ihres monatlichen Pflegebudgets richtet sich nach der Pflegestufe

- Pflegestufe I: 384,00 EUR
- Pflegestufe II: 921,00 EUR
- Pflegestufe III: 1432,00 EUR

Wenn Sie überlegen, das Pflegebudget in Anspruch zu nehmen und eine ausführliche Beratung wünschen, können Sie:

- den Coupon auf Seite X ausfüllen und abschicken oder
- sich direkt an das Pflegebudget-Büro in Ihrer Nähe, wenden. Die Adressen finden Sie auf Seite X. Die Berater im Pflegebudget-Büro (Case Manager) beantworten Ihnen alle Fragen, die Sie zum Pflegebudget haben, vermitteln Ihnen die gewünschten Hilfen und Dienste und beraten Sie kompetent zu Fragen, die in Zusammenhang mit Ihrer Pflegebedürftigkeit stehen.

Wenn Sie interessiert sind – wir sind für Sie da.



Prof. Dr. jur. Thomas Klie
Zentrale Pflegebudget Freiburg

Hier steht Blindtext, der kurz noch etwas zur Antwortkarte sagt oder eine Aufforderung formuliert.

Was können Sie vom Pflegebudget erwarten?

- Fachliche Begleitung
- Nutzung der Leistungen der Pflegeversicherung auf der Grundlage Ihrer persönlichen Bedürfnisse

Das Pflegebudget wird als Forschungsprojekt bis 2008 erprobt. Es wird geprüft, ob das Pflegebudget

- die Qualität der Pflege verbessert
- Finanzmittel besser nutzt
- Pflege kostengünstiger gestalten kann
- das Leben „in den eigenen vier Wänden“ länger ermöglicht.

Dazu werden zwei Gruppen gebildet und wissenschaftlich begleitet: Eine Gruppe bezieht das Pflegebudget (Programmgruppe), die andere Gruppe erhält die bisherigen Leistungen der Pflegeversicherung (Vergleichsgruppe).

Ob Sie in die Programmgruppe oder die Vergleichsgruppe eingeteilt werden, entscheidet das Zufallsprinzip.

Antwortkarte

Falls
Briefmarke
zur Hand –
bitte
frankieren

Kontaktstelle für praxisorientierte
Forschung an der Evangelischen
Fachhochschule Freiburg

Das Pflegebudget
Bugginger Straße 38
79114 Freiburg

Ja, ich interessiere mich für das
Pflegebudget und bitte um weitere
Informationen.

Das PFLEGEbudget erhalten Sie auf Antrag von Ihrer Pflegekasse. Dieses Faltblatt informiert Sie kurz und bündig über Einzelheiten zum PFLEGEbudget und nennt Ihnen Ansprechpartner, die Sie gerne persönlich und ausführlich informieren.

Sprechen Sie uns an – wir freuen uns über Ihr Interesse.

Antwortkarte

Name	Vorname
Straße	
Ort	
Telefonnummer	
Ich bin am besten zu erreichen	
<input type="checkbox"/> morgens	
<input type="checkbox"/> mittags	
<input type="checkbox"/> abends ab _____ Uhr	
Datum	Unterschrift



Ein Projekt gefördert durch die Spitzenverbände der Pflegekassen



Das Pflegebudget-Büro in Ihrer Nähe

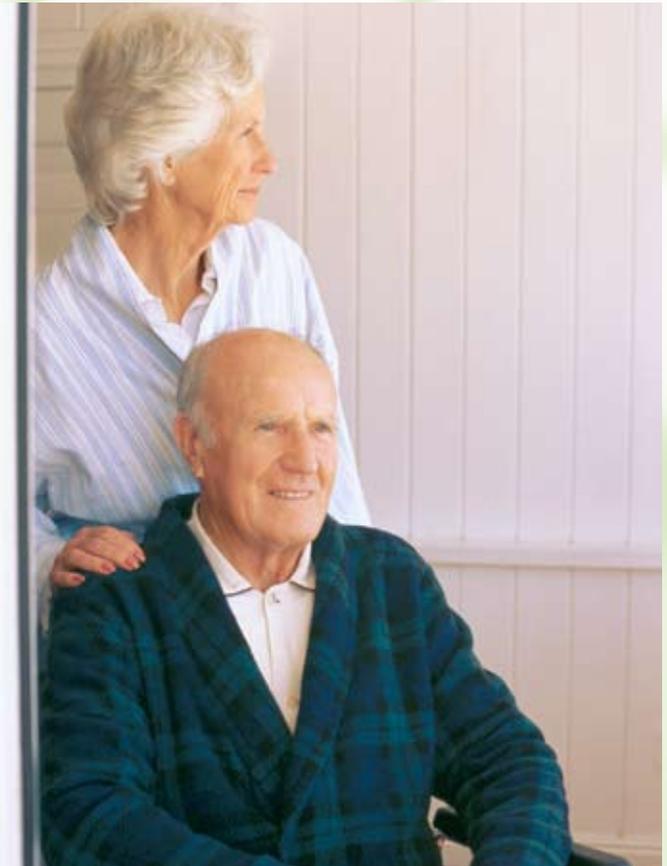
- **Landkreis Annaberg**
Telefon 03733/833173
kreis-annaberg@pflegebudget.de
- **Erfurt**
Telefon 0361/65563-80 oder 81 oder 82
erfurt@pflegebudget.de
- **Kassel**
Telefon 0561/7396206 und 5297145
kassel@pflegebudget.de
- **Landkreis Marburg-Biedenkopf**
Telefon 06421/4051623
marburg-biedenkopf@pflegebudget.de
- **München**
Telefon 089/6794-2763 oder -2485
muenchen@pflegebudget.de
- **Landkreis Neuwied**
Telefon 02631/803738
kreis-neuwied@pflegebudget.de
- **Kreis Unna**
Telefon 02306/204345
kreis-unna@pflegebudget.de

Ausführliche Informationen zu allen PFLEGEbudget-Büros unter www.pflegebudget.de



Ein Projekt gefördert durch die Spitzenverbände der Pflegekassen

Hilfe und Pflege, wie Sie sie wünschen



Das PFLEGEbudget
Ein neues Angebot der Pflegeversicherung

Modellprojekt in ausgewählten Regionen der Bundesrepublik
www.pflegebudget.de

Hilfe und Pflege, wie Sie sie wünschen

Sie sind pflegebedürftig und auf Hilfe angewiesen. Aber Sie wissen noch nicht, was oder wer Ihnen helfen könnte, geschweige denn, wie Sie das bezahlen sollen.

Oder: Sie wissen genau, was Sie an Pflege und Hilfe brauchen, aber Ihr Pflegedienst kann diese Leistungen nicht mit der Pflegekasse abrechnen.

Vor allem wollen Sie trotz Ihrer Pflegebedürftigkeit weiterhin sicher zu Hause leben. Sie fragen sich aber, wie das gehen kann.

Das PFLEGEbudget kann Ihnen helfen

Das PFLEGEbudget ist eine neue Geldleistung der Pflegeversicherung, die erprobt wird. Mit ihr können Sie Ihre Pflege und Hilfe nach Ihrer persönlichen Vorstellung gestalten. Das dürfen Sie vom PFLEGEbudget erwarten:

- **Kostenfreie persönliche Beratung** zur Organisation und Planung Ihrer Pflege.
- **Geldbetrag** zu Ihrer Verfügung: Sie bestimmen, welche Hilfe Sie bekommen und zu welchem Preis.
- **Mehr Lebensqualität:** Sie entscheiden, wer Ihnen hilft und zu welchen Zeiten.

Wer kann das PFLEGEbudget beantragen?

Sie können das PFLEGEbudget erhalten, wenn Sie

- bislang durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden (mindestens zu 50 Prozent)
- Pflegegeld beziehen (nur möglich in Erfurt und Neuwied)
- einen Antrag auf Leistungen bei Ihrer Pflegekasse gestellt haben (Erstantrag oder Höherstufung)
- aus einem Krankenhaus oder einer Reha-Einrichtung entlassen werden

Als PFLEGEbudget erhalten Sie:

• Pflegestufe I:	384,00 EUR
• Pflegestufe II:	921,00 EUR
• Pflegestufe III:	1432,00 EUR

Das PFLEGEbudget gibt es in den Regionen
Landkreis Annaberg, Stadt Erfurt, Stadt Kassel,
Landkreis Marburg-Biedenkopf, Stadt München,
Landkreis Neuwied oder Kreis Unna.

Alles, was Sie sonst noch zum PFLEGEbudget wissen wollen, erläutern wir Ihnen gerne in einem persönlichen Gespräch.

PFLEGEbudget – Hilfe und Pflege, wie Sie sie wünschen!



Antwortkarte

Falls
Briefmarke
zur Hand
– bitte
frankieren

Kontaktstelle für praxisorientierte
Forschung an der Evangelischen
Fachhochschule Freiburg

Das Pflegebudget
Bugginger Straße 38
79114 Freiburg

Ja, ich interessiere mich für das
Pflegebudget und bitte um weitere
Informationen.



Anhang D

**Merkblätter zur Abwicklung
Differenzzahlungen
Pflegegeld zu Sachleistungen**

Merkblatt

Abrechnung von Leistungen der Pflegeversicherung zum Modellprojekt Pflegebudget

Grundsätzlich erhalten alle Teilnehmer in der Projektgruppe des Modellprojektes Leistungen in Höhe des Sachleistungsbezuges. Damit den jeweiligen Kassen keine Mehrbelastungen entstehen und der Verwaltungsaufwand möglichst gering gehalten wird sind folgende Absprachen mit der Koordinierungsstelle des Modellprojektes (VdaK) getroffen worden:

- a) Versicherter war bereits im Sachleistungsbezug → hier ergibt sich keine Änderung im Verfahren.
- b) Versicherter war bisher Pflegegeldbezieher → das Modellprojekt finanziert den vollen Differenzbetrag zwischen Pflegegeld und Sachleistungsbezug.
- c) Versicherter war bisher Kombileistungsnehmer bis 90/10 (90% Sachleistung/10% Pflegegeld) → hier erfolgt eine Umstellung seitens der Kasse auf 100 % Sachleistung ohne Abrechnung mit dem Modellprojekt.
- d) Versicherter war bisher Kombileistungsnehmer in der Spanne 50% Sachleistung/50% Geldleistung bis 90% Sachleistung/10% Geldleistung. → Hier übernimmt die Kasse die gleiche Leistung wie im letzten Monat vor dem Wechsel in das Modellprojekt. Die Differenz zum vollen Sachleistungsbetrag wird dem Modellprojekt mitgeteilt und von diesem übernommen.

Merkblatt zur Budgetverwendung bei einem Unterbrechungstatbestand

Sehr geehrte Damen und Herren,

bezüglich der Pflegebudgetverwendung vor und nach einer Unterbrechung des Budgetanspruches aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes oder einer Reha-Maßnahme gilt folgende Vereinbarung im Pflegebudgetprojekt.

Die Regelungen der Budgetverrechnung orientieren sich an den Regelungen des § 36 SGB XI (Sachleistung). Bei einer Unterbrechung von länger als drei Tagen ist folgendermaßen zu verfahren.

1. **Regelung im Unterbrechungsmonat**

Sofern die Budgetnehmerin im Unterbrechungsmonat den zur Verfügung stehenden Sachleistungsbetrag für Pflegeleistungen ausgegeben hat, entsteht in diesem Monat kein Verrechnungsanspruch der Kasse. Sofern die Unterbrechungsdauer nicht über das Ende des aktuellen Monats hinaus reicht, erhält der Budgetnehmer zum 1. des nächsten Monats das volle Budget des Folgemonats. Sollte das Budget nicht vollständig verwendet worden sein, besteht die Möglichkeit zur Rückzahlung oder Verrechnung mit den Folgeansprüchen.

2. **Regelung im Monat der Wiederaufnahme**

Im Monat der Wiederaufnahme besteht ebenfalls ein Anspruch auf das Budget. Auch hier müssen die entsprechenden Ausgaben allerdings plausibel nachgewiesen werden.

3. **Vollständiger Zwischenmonat während der Unterbrechung**

Erstreckt sich die Unterbrechung über einen Gesamtmonat, besteht kein Anspruch auf das Budget.

Da Budgetnehmer Barmittel erhalten, ist in jedem Fall ein Nachweis der Mittelverwendung im Eintritts- und Austrittsmonat der Unterbrechung erforderlich. Hinsichtlich der Entscheidung, ob die nicht verwendeten Gelder lieber zurückgezahlt oder mit dem Folgemonat verrechnet werden sollen, besteht für die Budgetnehmer Wahlfreiheit.

Beispiel I

Frau M. muss am 13. April für eine OP ins Krankenhaus. Da sie eine Nachbarin für die hauswirtschaftliche Hilfe auf 400 € -Basis beschäftigt hat und der Vertrag eine regelmäßige Vergütung vorsieht, ist das Budget im Monat der Krankenhauseinweisung verwendet. Da die Nachbarin in der zweiten Hälfte des Monats die hauswirtschaftlichen Hilfen nicht erbringen muss, vereinbart Frau M. mit der Nachbarin, die Stunden später zu leisten.

Frau M. wird am 8. Mai aus dem Krankenhaus entlassen. Ihre Nachbarin nimmt die vertraglichen Leistungen wieder auf. Die im April nicht erforderlichen Stundenleistungen werden nun von der Nachbarin zusätzlich zu den üblichen Leistungen erbracht. Frau M. zahlt auch im Mai den vertraglich vereinbarten Lohn und hat damit einen Anspruch auf das volle Budget.

Beispiel II

Herr K. beschäftigt einen Pflegedienst und eine selbständige Gesellschafterin. Er tritt am 21. April eine stationäre Reha an. Der Pflegedienst stellt die Leistungen ein. Die Monatsrechnung fällt damit geringer aus. Frau J, die Gesellschafterin, hilft beim Packen und bietet zusätzlich Unterstützung bei der Reise. Hierfür setzt Herr K. die verbleibenden Mittel des Pflegedienstes ein und verbraucht das Budget. Am 25. Mai kehrt Herr K. aus der Reha zurück. Der Pflegedienst nimmt die Arbeit an diesem Tag im üblichen Umfang wieder auf. Frau J, die Gesellschafterin, hat vor der Rückkehr eingekauft und die Wohnung gerichtet. Sie betreut Herrn K. in den ersten Tagen etwas intensiver. Die Rechnungen des Pflegedienstes und von Frau J. summieren sich im Mai allerdings nicht ganz auf die Höhe des Budgets. Herr K. entscheidet sich für die Rückzahlung des Restbetrages im Juni an die Kasse.

Anhang E

**Fallbeispiele von
BudgetteilnehmerInnen**

Einzelfallbeschreibungen: Die Wirkungen des PFLEGE- BUDGETs in unterschiedlichen Zielgrößen

Verbleib in der Häuslichkeit, Entlastung der Angehörigen, Kostenreduktion, Leistungsqualität und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf

Methodische Vorbemerkung: Im Folgenden sind sieben Fälle von BudgetnehmerInnen dargestellt, die in besonderer Weise die Wirkungsweise des Budgets verdeutlichen. Die Beschreibungen sind Teil der 52 vom Case Management verfassten Texte (vgl. Kapitel 7 des Hauptberichtes) und wurden für die einheitliche Darstellung neu gegliedert, ggf. gekürzt und sprachlich geglättet. Der Sprachduktus der ursprünglichen Beschreibung sollte aber möglichst erhalten bleiben. Für alle Fallbeschreibungen liegt eine Einverständniserklärung für die anonymisierte Veröffentlichung vor.

Fallbeispiel 1: Herr R., 57 Jahre – Reduzierung der Kosten und Verbleib in der Häuslichkeit bei hohem Bedarf.....	2
Fallbeispiel 2: Frau U., 85 Jahre – Entlastung der berufstätigen Tochter und Verbleib in der Häuslichkeit trotz wachsendem Bedarf	4
Fallbeispiel 3: Frau E., 81 Jahre – Bedürfnisgerechte Leistungen in einem prekären persönlichen Netzwerk durch innovativen Pflegedienst.....	7
Fallbeispiel 4: Herr D., 78 Jahre – Autonomie, Aktivierung und Lebensqualität durch selbstbestimmte Wahl der Assistenzkräfte	9
Fallbeispiel 5: Herr H., 87 Jahre – Neuordnung des informellen Netzwerks und Unterstützung durch formelle Hilfen	11
Fallbeispiel 6: Frau K., 75 Jahre – Pflegequalität und Reduzierung der Kosten durch eine selbstständige, professionelle Kräfte	13
Fallbeispiel 7: Frau B., 74 Jahre – Das „Richtige“ tun bei Trauer und Einsamkeit	15

Fallbeispiel 1: Herr R., 57 Jahre – Reduzierung der Kosten und Verbleib in der Häuslichkeit bei hohem Bedarf

Der Fall

Herr R. ist 57 Jahre alt und lebt mit seiner Lebensgefährtin in Bedarfsgemeinschaft. Er ist körperlich beeinträchtigt durch Multiple Sklerose, insulinpflichtige Diabetes Typ 1 und Dekubiti. Zurzeit bezieht er eine Kombinationsleistung nach der Pflegestufe 3 sowie ergänzend Hilfe zur Pflege wegen Mehrbedarf. Die Lebensgefährtin unterstützte sowohl bei den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens als auch bei den elementaren Verrichtungen, kann aber durch eigen multiple Erkrankungen diese Verrichtungen nur noch partiell übernehmen, wodurch in den letzten sechs Monaten der Hilfe- und Unterstützungsbedarf von Herrn R. über einen Pflegedienst stetig zunahm. Der örtliche Sozialhilfeträger dringt auf Eintritt in das Budgetprojekt, da ansonsten eine stationäre Unterbringung erforderlich sei, um die steigenden Kosten zu deckeln.

Versorgungssituation vor Projektteilnahme

Der Pflegedienst erbrachte Leistungen (Sachleistung) aus SGB V, SGB XI (ca. 1400,- €) und SGB XII (ca. 1600,- €). Dies gestaltete sich folgendermaßen: Die SGB V - Leistungen (Dekubitus-Versorgung, Spritzen verabreichen, Management der Medikation) wurden 3x tägl. an sieben Tagen in der Woche erbracht. Angeschlossen daran wurden Leistungen aus dem SGB XI (Toilettengang, Lagewechsel, Grundpflege, Nahrungsaufnahme...). Der Mehrbedarf wurde zunächst über Leistungskomplexe festgehalten (ebenfalls Toilettengänge, Lagerungen, erweiterte Unterstützung bei Ausscheidungen...). In Absprache mit dem Klienten wurde die Regelung getroffen, dass eine Mitarbeiterin des Pflegedienstes nachts von 0.00 Uhr bis zum nächsten Morgen um 9.00 Uhr in der Wohnung des Pflegebedürftigen übernachtet, den Klienten zur gewünschten Zeit ins Bett bringt (inkl. grundpflegerischer Versorgung), Lagerungswechsel nach individuellem Wunsch nächtlich durchführt, und im weiteren die grundpflegerische Versorgung am Morgen übernimmt. Ebenso wurden teilweise Leistungen der Hauswirtschaft in den Morgenstunden vor der Grundpflege erledigt. Für die Einkäufe verabredete sich die Lebensgefährtin nach getätigtem Einkauf im Kassensbereich des Einkaufszentrums, damit die Mitarbeiterin des Pflegedienstes die Einkäufe nach Hause transportieren konnte.

Einschätzung des Case Managements und Zielbestimmung

Da der Pflegedienst im Rahmen der Sachleistung abrechnete, und auch die Hilfe zur Pflege mit Leistungskomplexen nachzuweisen war, wurden lt. Aussage des Klienten und seiner Lebensgefährtin die Module zwar abgerechnet, aber die Leistungen die erbracht wurden, waren in hohem Maße individuell vereinbart.

Die finanziellen Möglichkeiten waren vollends ausgeschöpft und es war eher von einem steigenden Hilfebedarf auszugehen. Ein zusätzliches Engagement informeller HelferInnen war hingegen nicht möglich, da die Lebensgefährtin als Hauptpflegeperson bereits stark überlastet war und keine weiteren Personen im persönlichen Netzwerk für eine Einbindung in das Arrangement zur Verfügung standen. Das Grundsatzziel, der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, war gefährdet.

Versorgungsarrangement mit dem Pflegebudget

Um das Arrangement zu stützen war eine Entlastung der Hauptpflegeperson und eine Senkung der Pflegekosten unumgänglich, daher trat der Budgetnehmer, vertreten durch die Lebensgefährtin und unterstützt durch das Case Management, in Verhandlungen mit dem bisherigen Pflegedienst: Dieser weigerte sich bei der ersten Hilfeplankonferenz die Leistungen nach Aufnahme in das Pflegebudget weiterhin zu erbringen und mit dem Case Management zu kooperieren. Die Pflegehilfskraft (des Pflegedienstes), die bislang die Nachtversorgung beim Klienten übernahm, sollte aber auch weiterhin nachts zur Verfügung stehen. Im Rahmen des Linking wurde durch das CM dann eine Verbindung hergestellt zwischen einer örtlichen Assistenzagentur (die zwar keinen Assistenten stellen konnte) und der Pflegehilfskraft (aus dem früheren Versorgungsarrangement), um eine Anstellung als persönliche Assistentin über die Assistenzagentur anzustreben, was letztlich auch geschah. Die Aushandlung der Arbeitszeiten und der individuellen Leistungserbringung (persönliche Assistentin - siehe auch Hilfebedarfsfeststellung), sowie die Regelung der vertraglichen Vereinbarungen zwischen Leistungsnehmer und Leistungserbringer (Assistenzagentur), wurden durch ein Coaching vom Case Management begleitet. Um die Leistungen der persönlichen Assistentin zu ergänzen, wurde im Rahmen einer geringfügigen Beschäftigung ein Minijobber bzw. ein Dienstleister gesucht, der bereit war, an jedem zweiten Wochenende und wochentags in Bereitschaft zur Verfügung zu stehen. Dies gestaltete sich äußerst schwierig, da durch die Einflussnahme der Hauptpflegeperson Frauen mittleren Alters nicht in Betracht gezogen werden konnten. Zur Erbringung der Leistungen nach SGB V musste ein kooperativer Pflegedienst gefunden werden.

Somit konnte ein Arrangement gefunden werden, das mit ca. 2800,- € rund 200,- € unter der Höchstgrenze der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel von ca. 3000,- € lag.

Pflegebudget	1400,- €
Mehrbedarf „Hilfe zur Pflege“	+ <u>1600,- €</u>
	3000,- €
3000,- €	- 2800,- € = <u>200,- €</u>

Der Restbetrag wird zur Begleichung der Arbeitgeberanteile/Sozialversicherung (2x jährlich an Bundesknappschaft) der Minijobber monatlich zurückgelegt und zusätzlich zur Abdeckung von Versorgungslücken, z. B. wenn die Hauptpflegeperson ausfällt, angespart.

Abschließende Einschätzung des Case Managements

Herr R. ist durch seine selbstbestimmte Lebensweise ein idealtypischer Budgetnehmer. Da nun in dem Versorgungsarrangement die Leistungen über Zeitschienen und dem Einsatz von persönlichen Assistenten erfolgt, ist der Einflussbereich des Klienten in hohem Maße gegeben. Eine individuelle Versorgung und vor allem die Förderung der vorhandenen Potentiale, sowie die Verfolgung der Ziele können nun höchst flexibel erfolgen. Der Klient und seine Lebensgefährtin beurteilen das getroffene Versorgungsarrangement als hervorragend und äußern sich sehr zufrieden. Die eingebundenen Dienstleister äußern sich ebenfalls zufrieden. Eine Stabilisierung wurde hier vorwiegend durch eine Reduzierung der Kosten bewerkstelligt, da die Hauptpflegeperson überlastet war, keine weiteren Netzwerkressourcen zur Verfügung standen und von Seiten des örtlichen Sozialhilfeträgers Grenzen aufgezeigt wurden.

Fallbeispiel 2: Frau U., 85 Jahre – Entlastung der berufstätigen Tochter und Verbleib in der Häuslichkeit trotz wachsendem Bedarf

Der Fall

Frau U. ist 85 Jahre alt. Vor Teilnahme am Modellprojekt bezog sie seit über einem Jahr Sachleistungen der Pflegestufe 2 und wurde durch einen ortsansässigen privaten Pflegedienst versorgt. Frau U. ist aufgrund einer fortgeschrittenen Demenz vom Alzheimer-Typus schwerpflegebedürftig, mit steigender Tendenz; körperlich ist Frau U. jedoch lediglich alters-typisch beeinträchtigt.

Versorgungssituation vor Projektteilnahme

Die körpernahe Pflege und hauswirtschaftliche Grundversorgung von Frau U. wurden durch den privaten Pflegedienst abgesichert. Zweimal in der Woche besuchte Frau U. die Tagesbetreuungsgruppe für Demenzkranke eines Wohlfahrtsverbandes im Nachbarort. An den Nachmittagen, am Wochenende und im Ausnahmefall nachts betreuten und versorgten die Tochter und der Schwiegersohn Frau U., reinigten die Wohnung, gingen mit ihr zum Arzt und nahmen Frau U. am Wochenende zum Essen mit zu sich nach Hause. Eine ältere Nachbarin nahm gemeinsam mit Fr. U. die Mittagsmahlzeit ein, die von einem Cafe im Ort angeliefert wurde.

Einschätzung des Case Managements und Zielbestimmung

Das getroffene Pflegearrangement war zum damaligen Zeitpunkt gut durchdacht und minutiös geplant. Die Stärke des Netzwerkes lag bereits damals im hohen qualitativen und quantitativen Input der Tochter und des Schwiegersohnes von Frau U. in den Bereichen Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft, ohne den das häusliche Arrangement nicht aufrecht zu erhalten gewesen wäre. Trotz der fortschreitenden Demenz war Frau U. mit den Pflegekräften des Pflegedienstes gut vertraut und profitierte sichtlich von der Teilnahme an der Betreuungsgruppe, da sie allein im eigenen Haus lebte und dies auch hohe Priorität für sie hatte. Es war allerdings auch klar, dass das Arrangement in naher Zukunft nicht mehr tragfähig sein würde, da die Demenzerkrankung bei Frau U. schnell fortschritt und die Kosten für die Pflege Tochter und Schwiegersohn bereits an die Grenze der finanziellen Belastbarkeit brachten. Außerdem lebte Frau U. nach wie vor im eigenen Haus ca. 15 km von der Tochter entfernt, dies sollte auch weiter aufrecht erhalten werden, da Frau U. sich zunehmend nur noch in ihrem Haus sicher fühlte und bewegte. Schwerpunkt war schon hier, das Netzwerk zu stabilisieren und höhere Betreuungszeiten der Mutter ohne zusätzliche Belastung der Familie (sowohl zeitmäßig als auch finanziell) zu ermöglichen, da sonst eine Heimeinweisung absehbar gewesen wäre. Ein neues Pflegearrangement mit höheren Betreuungszeiten war nur unter einem neu zu verhandelnden Preis haltbar, da bedingt durch die fortschreitende Demenz und Inkontinenz häufigere Einsätze notwendig werden würden. In zunehmendem Maße brauchte Frau U. auch Beaufsichtigung, da ihre Alltagskompetenz immer mehr abnahm. Die Tochter von Frau U. konnte diese Einsätze aus Zeitmangel nicht übernehmen, da sie und ihr Mann schon durch häufiger werdende „akute Nachteinsätze“ stark belastet waren und zusätzlich beruflich stark eingespannt waren. Aus dem persönlichen Gespräch mit der Tochter von Frau U. wurde außerdem klar, dass sie reges Interesse an Beratung durch die Case Managerin hatte, so z.B. im Bezug auf mögliche finanzielle Hilfen für Demenzkranke, pflegerische Prophylaxen und Umgang mit Demenzerkrankten.

Versorgungsarrangement mit dem Pflegebudget

Der bisherige Pflegedienst positionierte sich sehr kritisch zum Budget. Insbesondere die Verhandlung von Stundenpreisen und ein neuer Vertragsentwurf stießen bei den Inhaberrinnen des Dienstes auf Vorurteile und viel Skepsis. Dennoch konnte ein zufriedenstellendes Verhandlungsergebnis erzielt werden. Die Zusammenarbeit gestaltete sich allerdings in der Folge nicht unproblematisch. Nachdem die Tochter von Frau U. mit der Pflegequalität und -organisation schon geraume Zeit nicht mehr zufrieden war, kündigte sie den Pflegevertrag. Mit den aus der ersten Vertragsverhandlung gewonnenen Erkenntnissen und nach Absprache mit der Case Managerin war Frau V. in der Lage, selbst einen neuen Vertrag zu verhandeln. Die körpernahe Pflege (Pfleger, Toilettengänge) und Hauswirtschaft von Frau U. wird nun durch den gleichen Pflegedienst abgesichert, in dessen Trägerschaft die Tagesbetreuung stattfindet. Dieser hat mit der Tochter von Frau U. ein monatliches Stundenbudget zum festen Stundenpreis ausgehandelt, das es erlaubt, häufiger am Tag bei Frau U. nach dem Rechten zu schauen. Durch diesen günstigeren Stundenpreis und die häufigere Tagesbetreuung von Frau U. (in diesen Zeiten fallen ja die kostenintensiveren Pflegeeinsätze aus) konnte die Zuzahlung trotz höherer Leistungsanspruchnahme (5x täglich statt 3x täglich) stabil gehalten werden. Täglich und im Ausnahmefall nachts betreuen und versorgen die Tochter und der Schwiegersohn Frau U., reinigen die Wohnung, gehen mit ihr zum Arzt und nehmen sie am Wochenende zum Essen mit zu sich nach Hause. Die Nachbarin nimmt weiterhin gemeinsam mit Fr. U. die Mittagsmahlzeit ein, die von einem Cafe im Ort angeliefert wird. Ein Bekannter erledigt in Haus und Garten kleine Dienste.

Abschließende Einschätzung des Case Managements

Die Pflege läuft zur großen Zufriedenheit von Frau U. Für beide Dienstleister war es die erste Möglichkeit, die Leistungen frei zu vereinbaren. Diese neue Möglichkeit wurde sehr unterschiedlich genutzt. Durch eine Neuverhandlung mit dem Pflegedienst und die Neuverteilung der Leistungen auf häusliche Pflege und Betreuungsgruppe konnte das wichtigste Ziel der Hilfeplanung erreicht werden: der Verbleib in der Häuslichkeit, der beim damaligen pflegerischen/ finanziellen Aufwand immer mehr in Frage gestellt werden musste. Zudem wurden die berufstätige Tochter und der Schwiegersohn spürbar entlastet.

Fallbeispiel 3: Frau E., 81 Jahre – Bedürfnisgerechte Leistungen in einem prekären persönlichen Netzwerk durch innovativen Pflegedienst

Der Fall

Frau E. lebt an der Seite ihres Ehemannes in der ländlichen Gegend im eigenen Bauernhaus. Mit ihren 81 Jahren ist sie bemüht, die täglichen Anforderungen des Haushaltes zu bewältigen. Diabetes und eine noch nicht ärztlich diagnostizierte demenzielle Erkrankung kommen als Ursachen für einen zunehmenden Hilfebedarf in Betracht. Das Ehepaar E. hat zwei Kinder. Sohn und Tochter wohnen mit ihren eigenen Familien in der Nachbarschaft. Zur Tochter wird kein Kontakt gehalten, die Schwiegertochter kommt gelegentlich zu Besuch. Unter einem gewissen Vorbehalt wird festgestellt, dass die dominierende und autoritäre Haltung des Herrn E. nicht nur die eigenen Kinder vertrieb, sondern die Ehefrau über ein verträgliches Maß hinaus, belastet. Der Hilfebedarf von Frau E., die ohne nennenswerte Hilfe des Ehemannes für den Haushalt sorgt, konzentrierte sich auf die Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, z.B. bei der Essenzubereitung oder der Wäscheversorgung.

Versorgungssituation vor Projektteilnahme

Der ortsansässige private Pflegedienst übernahm die Versorgung auch im Bereich der SGB XI Leistungen. Dabei wurde den MitarbeiterInnen deutlich, dass mit den üblichen Leistungskomplexen der Situation Frau E.'s nicht adäquat Rechnung zu tragen ist. Dieser Fakt bildete den Ausgangspunkt für eine Kontaktaufnahme der Leitung des Pflegedienstes zum Büro des Pflegebudgets. Die MitarbeiterInnen des Pflegedienstes erkannten die Notwendigkeit der Aufrechterhaltung des täglichen Lebens, in dem Frau E. unterstützt und angeleitet wird. Hilfe zur Körperpflege wurde regelmäßig angeboten, aber von Frau E. wenig in Anspruch genommen bzw. regelrecht abgelehnt.

Einschätzung des Case Managements und Zielbestimmung

Die familiären Dispositionen stellen eine Gefährdung der häuslichen Situation dar, weil Frau E. nicht auf die Unterstützung der Kinder im Falle des Nachlassens der eigenen Kräfte bauen kann. Das geschilderte bruchstückhafte familiäre Netzwerk wird durch die Versorgung seitens des Pflegedienstes zu einem beträchtlichen Teil ausgeglichen. Hier spielt die demenzielle Erkrankung eine zentrale Rolle, der Pflegeprozess muss sich an den Begleitscheinungen dieser Erkrankung ausrichten. Pflege, die sich im Sinne der Verrichtungen des Pflegeversicherungsgesetzes versteht, kann den speziellen Versorgungsbedarf nicht angemessen erkennen und schon gar nicht darauf reagieren. Frau E. profitiert diesbezüglich von

der Einstellung des Personals ihres Pflegedienstes, das die Aufrechterhaltung des täglichen Lebens zentral bearbeitet und zwar in Zusammenarbeit mit Frau E., ihr also nicht einfach nur Arbeiten aus der Hand genommen werden, was wiederum zu Unselbständigkeit und Abhängigkeit führen würde. Hilfe zur Körperpflege wird im Blick behalten, aber an die persönlichen Präferenzen angepasst (biographisch geprägte Standards der Körperpflege). Aus der individuellen, bedürfnisorientierten Hilfeerbringung erwächst ein Unsicherheitsfaktor, wenn sie nicht oder nur illegal über Leistungskomplexe abgerechnet werden kann. Ziel ist es daher, die als notwendig erbrachten Leistungen legal erbringen zu können. So soll eine Stabilisierung der häuslichen Situation erreicht werden. Zudem leidet Frau E. nachweislich unter den zerrütteten familiären Beziehungen. So soll von Seiten des Pflegedienstes versucht werden, Frau E. zu den Angeboten des naheliegenden Pflegedienstes zumindest punktuell mitzunehmen. Der Pflegedienst bietet u.a. Tagespflege an. Perspektivisch sind also Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe vorhanden.

Versorgungsarrangement mit dem Pflegebudget

Das Budget erlaubt es dem Pflegedienst auf die individuelle Situation der Budgetnehmerin einzugehen. Bereits mit der Beantragung der Pflegestufe war klar, dass Frau E. Unterstützung in der täglichen Haushaltsführung benötigt und Grundpflegemaßnahmen schwer akzeptiert werden. Mit dem Budget werden tägliche Aktivitäten gemeinsam mit Frau E. erledigt, so dass ihre Fähigkeiten so lange als möglich gefördert werden. Auf die hygienischen Verhältnisse wird ständig geachtet und daraufhin gewirkt, dass Frau E. ein Mindestmass an Körperpflege erhält. Frau E. erhält jeden Morgen ihre Insulininjektion durch den Pflegedienst. Gleichzeitig bekommt sie ihre Medikamente und wird auf Körperpflege und gesunde Ernährung aufmerksam gemacht.

Abschließende Einschätzung des Case Managements

Durch die Leistungsumstellung auf das Pflegebudget kann der dementiellen Symptomatik der Budgetnehmerin Rechnung getragen werden. Der Pflegedienst kann die Maßnahmen legal erbringen, die bereits vor der Umstellung auf das Pflegebudget als situationsgerecht erkannt wurden. Die Pflegedienstmitarbeiter werden durch die Budgetbedingungen darin bestärkt, auf die individuellen Gegebenheiten von Frau E. einzugehen. Besonders die Anleitung und Unterstützung, und eben nicht die Abnahme, von Verrichtungen des täglichen Lebens, tragen zur Stabilisierung der häuslichen Situation bei. Die Versorgung von Frau E. mit der Leistungsform des Budgets stellt für den involvierten Pflegedienst eine neue Erfahrung dar. Die Offenheit und Risikobereitschaft der Pflegedienstleiterin der privat getragenen Einrichtung stellt sich als ausgesprochen förderlich für die Umsetzung des Pflegebudgets dar.

Der Gesamteindruck dieses Falles bestätigt einen Teil der Hoffnungen, die an das Pflegebudget gestellt wurden.

Fallbeispiel 4: Herr D., 78 Jahre – Autonomie, Aktivierung und Lebensqualität durch selbstbestimmte Wahl der Assistenzkräfte

Der Fall

Herr D. ist 78 Jahre, lebt allein (geschieden) und aufgrund seiner Erkrankung, Diabetes, ist er vor einigen Jahren erblindet. Er bezieht seit Juli 2002 Leistungen der Pflegeversicherung. Herr D. äußerte seine Unzufriedenheit über den Pflegedienst vor Ort. Er habe ihn damals nicht ausgesucht (hat Krankenhaus organisiert) und er möchte gern wechseln. Herr D. ist in der Lage, seine Entscheidungen selbst zu treffen und die daraus entstehenden Folgen zu erkennen. Er ist antriebsarm und aufgrund seiner Erblindung in allen Bereichen des täglichen Lebens auf Hilfe und Unterstützung angewiesen. In seiner Wohnung fühlt er sich wohl und sicher.

Versorgungssituation vor Projektteilnahme

Der Pflegebedürftige wird zweimal täglich gespritzt. Diese Leistung erbringt der Pflegedienst und er rechnet dies über SGB V ab (2x ca. 5 Minuten). Dieser Pflegedienst kommt auch kurz am Mittag vorbei und die Schwestern geben das Mittagessen des Herrn D. (Essen auf Rädern) auf den Teller. Diese Abrechnung erfolgt über SGB XI Leistungen.

Herr D. wird in fast allen Bereichen des täglichen Lebens von seiner Schwester unterstützt. Sie geht zur Bank, kauft ein, macht sauber, wäscht die Wäsche, stellt die Medikamente, geht mit ihm zum Arzt und vieles mehr. Herr D. vertraut seiner Schwester, sie ist seine Bezugsperson. Die Schwester hat aber selbst einen schwerpflegebedürftigen Ehemann und sie fühlt sich mit der Betreuung und Versorgung beider Männer völlig überlastet.

Weiterhin wird er jeden Samstag von seinen ehemaligen Arbeitskollegen zum Stammtisch mitgenommen (ca. 3-4 Std.). Alle zwei bis drei Wochen kommt ihn eine Bekannte am Wochenende besuchen, sie gehen spazieren und besuchen öffentliche Einrichtungen (ca. 6 Std.).

Einschätzung des Case Managements und Zielbestimmung

Herr D. hat keinen guten Kontakt zum Pflegedienst, deshalb möchte er auch keine weiteren Leistungen vereinbaren. Ohne Hilfe ist er aber auch nicht in der Lage seine Entscheidung

zum Wechsel des Pflegedienstes zu organisieren (kennt keine weiteren Dienste) und seelisch zu verkraften (er fühlt sich vom Pflegedienst abhängig). Herr D. kann zwar seinen Willen noch äußern, doch ist es notwendig, eine Vorsorgevollmacht an eine Person seines Vertrauens zu geben. Frau E. ist mit der Pflege der Männer stark überfordert und seelisch angeschlagen. Aus Sicht der Case Managerin könnte das vorhandene Pflegearrangement erweitert werden, um eine Entlastung der Schwester des Betroffenen zu erreichen.

Aufgrund der Unzufriedenheit mit dem Pflegedienst und der Überlastung der Angehörigen wird Herr D. nicht gefördert und seine Ressourcen werden nicht gezielt eingesetzt. Herr D. wirkte lust- und ziellos. Er ist an den Wochentagen sehr oft allein. Das derzeitige Netzwerk des Pflegebedürftigen scheint stabil. Die Schwester des Betroffenen darf aber nicht aus gesundheitlichen oder anderen Gründen ausfallen.

Grundsatzziel ist der Verbleib in der Häuslichkeit. Herr D. lebte schon vor seiner Erblindung in dieser Wohnung. Diese Tatsache ist für den Erhalt und für die Verbesserung der derzeitigen Selbstständigkeit und des Gesundheitszustandes sowie für die Vermeidung von Stürzen sehr wichtig (Rahmenziel). Ein weiteres Ziel ist, mit dem Einsatz einer Bezugsperson die Möglichkeiten der Kommunikation und den Kontakt zur Außenwelt wieder zu aktivieren um die Tagesstruktur zu erhalten und zu verbessern, sowie die Aktivitäten des täglichen Lebens zu erweitern. Eine Bezugsperson bedeutet gleichzeitig eine Entlastung der Angehörigen (Schwester) in fast allen Bereichen des täglichen Lebens.

Die Schwester und die Bekannten des Pflegebedürftigen sind Ressourcen im Sinne eines stabilen Netzwerkes, was erhalten werden sollte. Weitere Ressourcen sind die guten kognitiven Fähigkeiten und die vorhandene Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen.

Versorgungsarrangement mit dem Pflegebudget

Herr D. hat mit Unterstützung durch das Case Management eine freiberufliche Dienstleisterin angestellt, die täglich zur Mittagsversorgung den Pflegebedürftigen aufsucht. Herr D. kann dann ganz individuell entscheiden, bei welchen Verrichtungen des täglichen Lebens er Hilfe benötigt. Die Dienstleisterin bleibt ca. 1-2 Stunden (oder nach Bedarf länger). Der Vertrag umfasst z.B. die Hauswirtschaft, Spaziergänge, gemeinsames Einkaufen, Gesprächsführung, Arztbesuche u.s.w..

Des Weiteren wurde ein neuer Pflegedienst eingebunden. Dieser kommt nun täglich zweimal am Tag zur Verabreichung der Injektion aufgrund des Diabetes. Diese Leistung wird wie vorher über das SGB V abgerechnet. Weiterhin kommt der Pflegedienst an den Wochenenden zur Mittagsversorgung und es konnte im Vertrag vereinbart werden, dass dieser Pflegedienst die Vertretung für die freiberufliche Dienstleisterin übernimmt.

Die Schwester des Herrn D. kommt nach ihren Bedürfnissen, aber mindestens einmal pro Woche zu Besuch. Sie stellt auch weiterhin, nach Absprache mit der Hausärztin, die Medi-

kamente für ihren Bruder, erledigt alle finanziellen Angelegenheiten und sie nimmt die Wäsche zum waschen mit in ihre Häuslichkeit.

In den Hilfeplan wurden auch die wöchentlichen Stammtischbesuche und die Spaziergänge der Freunde und Bekannten mit aufgenommen. Diese erhalten eine Aufwandsentschädigung nach Entscheidung des Betroffenen. Diese Entschädigung wird meistens aus Eigenmitteln bezahlt oder aus dem Budget, falls ein Rest verbleibt.

Abschließende Einschätzung des Case Managements

Das Pflegebudget kann für den Pflegebedürftigen optimal eingesetzt werden; eine individuelle passgenaue Versorgung ist damit möglich. Bedarfe und Versorgungspräferenzen können durch den Pflegemix aufeinander abgestimmt werden. Dies führt zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes und der Verbesserung sowie der Aktivierung der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen. Ein höheres Maß an Lebensqualität wird erreicht. Die Angehörige wurde entlastet.

Fallbeispiel 5: Herr H., 87 Jahre – Neuordnung des informellen Netzwerks und Unterstützung durch formelle Hilfen

Der Fall

Herr H. ist 87 Jahre alt und bezieht seit einem Jahr Leistungen der Pflegestufe I. Seit dem letzten Krankenhausbesuch ist er bettlägerig und wird von seiner Ehefrau versorgt. Die Tochter wohnt nebenan und unterstützt die Mutter, soweit sie dies neben ihrer Berufstätigkeit einrichten kann. Frau H. ist mit dieser Situation überfordert, zudem sich bei dem Ehemann eine beginnende Demenz zeigte. Der Klient ist betrübt über seine allgemeine gesundheitliche Verfassung und wünscht sich eine Verbesserung seiner körperlichen Fähigkeiten.

Versorgungssituation vor Projektteilnahme

Die Ehefrau übernimmt die Körperpflege, die Toilettengänge sowie die hauswirtschaftlichen Leistungen. Sie versorgt ihren Ehemann also rund um die Uhr, denn auch nachts wird sie im Schlaf mehrmals unterbrochen, um dem Klienten bei den Toilettengängen zu unterstützen. Die Tochter oder der Sohn helfen der Mutter unregelmäßig bei der Abendversorgung.

Einschätzung des Case Managements und Zielbestimmung

Die Ehefrau versorgt ihn rund um die Uhr, obwohl sie selber krank und mit der Situation laut eigener Aussage überfordert ist. Sie beschreibt die Versorgung des Ehemannes als schwer und ist an die Grenzen ihrer Belastbarkeit gestoßen. Durch die zunehmende Demenz

braucht Hr. H. Aufsicht. Die berufstätigen Kinder versuchen im Wechsel die Eltern zu unterstützen. Das Netzwerk ist aufgrund dieser Tatsachen als prekär anzusehen. Frau H. hat sich schon über den Einsatz eines ambulanten Dienstes informiert, ist vor den hohen Kosten für die notwendige Versorgung zurückgeschreckt.

Wichtigste Ziele sind der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit und die Stabilisierung der Versorgungssituation. Dazu ist eine Entlastung der Hauptpflegeperson dringend notwendig. Es gilt, das Netzwerk neu zu organisieren und formelle Hilfen unterstützend hinzuzuziehen. Um den Einsatz effizient zu gestalten, soll in Verhandlung mit dem Pflegedienst getreten werden.

Versorgungsarrangement mit dem Pflegebudget

Der ambulante Dienst, welcher ausdrücklich von der Ehefrau gewünscht ist, wird die morgendliche Körperpflege an 5 Tagen in der Woche erbringen. Die Leistungen werden von zu den normalen Modulpreisen berechnet. Mit den Kindern wurde vereinbart, dass sie die Ehefrau bei der abendlichen Versorgung unterstützen. Das Bad wird umgebaut. Innerhalb der Pflege wird der Klient mobilisiert. Die Anschaffung eines Lifters soll den Transfer des Klienten für alle Beteiligten erleichtern. Die Hausärztin wird Krankengymnastik verordnen. Überwachung der gesundheitlichen Situation erfolgt durch regelmäßige Hausbesuche der Hausärztin.

Abschließende Einschätzung des Case Managements

Frau H. als Hauptpflegeperson wird durch den Einsatz des ambulanten Dienstes stark entlastet. Das Ziel und der Wunsch beider Eheleute einer häuslichen Versorgung trotz der erschwerten Bedingungen und des schlechten gesundheitlichen Zustands der Ehefrau konnte erreicht werden. Durch die eingebrachte fachliche Kompetenz des Dienstleisters wird Fr. H. sowohl psychisch, als auch physisch unterstützt, begleitet und beraten. Die Finanzierung der Versorgung bleibt im Rahmen: Wegen der geringen Rente der Eheleute, berechnet der Dienst, welcher die Leistungen ausschließlich unter den üblichen Modalitäten erbringt, die Anfahrtspauschalen nur halb. Die Kinder, welche bis dahin immer sporadisch Hilfe leisteten, fanden einen Weg, eine regelmäßige und für alle leistbare Unterstützung zu ermöglichen.

Fallbeispiel 6: Frau K., 75 Jahre – Pflegequalität und Reduzierung der Kosten durch eine selbstständige, professionelle Kräfte

Der Fall

Frau K. ist eine 75jährige verwitwete Klientin mit Zustand nach Apoplex mit kompletter Hemiparese rechts. Sie ist dement und voll pflegebedürftig. Ihr wurde die Pflegestufe III zuerkannt. Zudem erhält sie Grundsicherung und Hilfe zur Pflege.

Frau K. wohnt bei ihrer Tochter in der Wohnung und wird von ihr und einem ambulanten Dienst versorgt. Die Tochter ist nicht berufstätig. Dem Sohn, der in der 1. Etage wohnt, gehört das Haus. Er leistet auch teilweise Hilfe.

Versorgungssituation vor Projektteilnahme

Frau K. wird um 10Uhr und um 18Uhr durch den ambulanten Dienst mit Grundpflege im Bett versorgt. Die eingesetzten Mitarbeiter wechseln sehr häufig. In der Mittagszeit kommt eine Pflegekraft, die die Windelhose wechselt und Intimhygiene durchführt. Der gesamte Zeitaufwand am Tag beträgt ca. 1,5h. Geduscht oder gebadet wird Frau K. nicht, da immer nur eine Pflegekraft vorhanden ist, die dies nicht allein bewältigen kann. Durch die oft wechselnden Pflegekräfte reagiert die Mutter mit Aggressionen und Abwehrhaltung gegenüber der Pflege. Ihre Tochter ist trotz Helfer stark in die Pflege eingebunden und hat nur wenig Freiraum für eigene Aktivitäten. Sie hilft mit körperlicher Kraft, die Mutter früh in den Toilettensstuhl zu setzen und den Transport vom Schlafzimmer ins Wohnzimmer vorzunehmen. Sie versorgt ihre Mutter mit Mahlzeiten und betreut sie in der Zwischenzeit. Die Mahlzeiten kann die Mutter noch teilweise selbständig einnehmen. Wenn sie Hilfe benötigt, ruft die Tochter ihren Bruder oder eine Bekannte zu Hilfe.

Dadurch dass Frau K. inkontinent ist und die Windelhose nicht bei Bedarf gewechselt werden kann, hat sie einen Dekubitus der Stufe II entwickelt. Er wird 2x am Tag durch die Pflegekräfte verbunden. Eine Wundtherapeutin ist eingebunden.

Einschätzung des Case Managements und Zielbestimmung

Die Tochter von Frau K. ist durch die Pflege, die Ansprüche ihrer Mutter und ihren Haushalt überlastet. Eine Entlastung der Tochter könnte durch vermehrten Einsatz von gleichbleibenden Betreuungspersonen, Kontinuität in der pflegerischen Versorgung und Entlastung bei Haushaltstätigkeiten und Betreuungsleistungen erreicht werden. Die Hilfsmittel müssen auf ihre Passgenauigkeit überprüft werden.

Ein Institutionalierungsrisiko ist vorhanden. Die Demenz und der körperliche Verfall sind fortschreitend. Frau K. braucht nach Aussage der Tochter und Einschätzung durch das Case Management einen festen Zeitrhythmus und immer die gleichen Personen. Sie lässt sich gut beeinflussen, in dem ihr Aufmerksamkeit entgegen gebracht wird. Ihr aggressives Verhalten gegenüber den Pflegekräften könnte gemindert werden durch den Einsatz von vertrauten Personen.

Besonders zu beachten ist die Dekubitusgefahr. Um den Dekubitus zum Abheilen zu bringen und für die Zukunft zu vermeiden, muss die pflegerische Versorgung auf 5x tgl. ausgedehnt und verbessert werden.

Die finanziellen Mittel die zur Verfügung stehen werden nicht effektiv eingesetzt.

Das vorrangige Ziel besteht darin, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit und im familiären Verbund zu sichern. Dazu soll ein Versorgungsnetz aufgebaut und organisiert werden. Die Hauptpflegeperson gilt es zu entlasten. Die Betreuungsstunden sollen erweitert werden.

Versorgungsarrangement mit dem Pflegebudget

Die Tochter kündigte den Vertrag mit dem ambulanten Dienst. Die Versorgung von Frau K. erfolgt seither 5x am Tag. Am Morgen um 9 Uhr übernimmt eine selbständige Krankenschwester die Grundpflege und den Verbandswechsel des Dekubitus. Um 13 und 15 Uhr erfolgt Intimhygiene und Lagerung durch selbstständige Pflegehelferinnen, sowie um 19 und 22 Uhr. Die Versorgung wird kontinuierlich zur gleichen Zeit und von den gleichen Personen durchgeführt, was ihr Sicherheit gibt. Die HelferInnen sind zusätzlich telefonisch auch zwischen den vereinbarten Zeiten erreichbar. Eine zusätzliche Haushaltshilfe wurde durch die Tochter eingesetzt und auf Minijobbasis angestellt und angemeldet. Eine weitere Nachbarin übernimmt Betreuungsaufgaben und wurde auch auf Minijobbasis angestellt und angemeldet. Auf Grund des veränderten Arrangements und der geringeren Kosten, konnte die Zahlung von „Hilfe zur Pflege“ eingestellt werden. Die Tochter leistet noch immer einen großen Teil der Hilfen, insbesondere in den Bereichen Hauswirtschaft und Betreuung. Der Sohn konnte für Betreuungsaufgaben in geringerem Umfang gewonnen werden.

Abschließende Einschätzung des Case Managements

Die finanziellen Mittel sowie die neuen Handlungsmöglichkeiten des Budgets haben es ermöglicht Pflegekräfte zu einem günstigeren Preis vermehrt einzusetzen. Durch die Regelung der Minijobs sind bekannte Personen, z.B. Nachbarn mit in die Versorgung eingebunden. Die Anzahl der zur Verfügung stehenden Stunden für die Pflege und Betreuung durch andere Personen hat sich von 43h 20min auf 118h erhöht und die Kosten wurden von 2000€ auf 1424,70€ gesenkt. Durch den effektiven Einsatz der vorhandenen finanziellen Mittel konnte die Versorgung von Frau K. ausgedehnt und qualitativ verbessert werden und der Sozial-

haushalt wurde entlastet. Durch die Versorgung zu festen Zeiten und die Kontinuität der betreuenden Personen lässt sich Frau K. auf andere Personen ein und ist nicht mehr so stark auf ihre Tochter fixiert, die deutlich entlastet werden konnte.

Ein weiterer positiver Aspekt ist die Abheilung des Dekubitus. Innerhalb von vier Wochen heilte der Dekubitus ab und die Gefahr eines neuen Druckgeschwürs konnte durch intensive Dekubitusprophylaxe für die Zukunft gemindert werden. Nach Aussage der Tochter und auch nach Einschätzung des Case Managements ist das Arrangement tragfähig und stabil.

Fallbeispiel 7: Frau B., 74 Jahre – Das „Richtige“ tun bei Trauer und Einsamkeit

Der Fall

Frau B., 74 Jahre, bezieht seit April 1997 Leistungen der Pflegeversicherung. Sie lebt seit dem Tod ihres Mannes allein. Ihr jüngster Sohn, zu dem sie ein sehr enges Verhältnis hatte, ist im Jahr 2003 an einem Hirntumor verstorben. Den Tod des Sohnes hat sie nicht verkraftet, zum Zeitpunkt des Projekteintrittes befand sich Frau B. in einer tiefen Trauerphase. Zu ihren beiden älteren Kindern (Sohn und Tochter) pflegt sie kein enges Verhältnis. Kontakte finden hier nur mehrmals im Jahr telefonisch statt. Mittelpunkt ihres Lebens sind seit dem Tod ihres jüngsten Sohnes ihr Hund „Thommy“ und ihr Wellensittich „Pucki“. Die Versorgung ihrer Haustiere gestaltete sich zunehmend problematisch, da Frau B. - auch bedingt durch ihren übermäßigen Alkoholgenuß - damit überfordert war und ist.

Versorgungssituation vor Projektteilnahme

Frau B. wird durch einen Pflegedienst versorgt, der ihr bei der Körperpflege sowie bei der Hauswirtschaft hilft. Trotz des bestehenden Vertrauensverhältnisses zu ihrer Bezugspflegekraft lässt Frau B. die Körperpflege meist nur gegen Bezahlung zu. Mit der Betreuerin wurde deshalb vereinbart, dass sie fürs Duschen 2,-€ Taschengeld erhält, welches der Pflegedienst einmal monatlich mit der Betreuerin abrechnet. Die Schwestern des Pflegedienstes versuchten zudem, bei ihren täglichen Einsätzen den Hund auszuführen, taten dies aber quasi unentgeltlich, da diese Leistung im herkömmlichen Sachleistungsbezug nicht abrechenbar ist. Oftmals erledigte der Hund sein „Geschäft“ aber auch in der Wohnung.

Einschätzung des Case Managements und Zielbestimmung

Beim ersten persönlichen Kontakt erlebte die Case Managerin Frau B. als sehr ängstlich und tieftraurig. Frau B. vergewisserte sich immer wieder bei der Pflegedienstleiterin und ihrer Betreuerin, ob sie etwas falsch gemacht hätte und fing an zu weinen. Es wurde sehr schnell deutlich, dass Frau B. sich in einem Trauerprozess befand, viel Zuwendung und Zustimmung

benötigte. Die Wohnung Frau B.'s war in einem annehmbaren Zustand. Auffällig und unangenehm allerdings war der strenge Geruch, verursacht durch die kleinen und größeren Malheure des Hundes. Die Mitarbeiter des Pflegedienstes erschienen sehr engagiert, äußerten aber auch gleichzeitig ihren Unmut, dass sie vor Ort gerne mehr bzw. das „Richtige“ leisten würden, wenn sie diese Leistungen nur irgendwie bezahlt bekämen. Gemeinsam wurde entschieden, dass das Pflegebudget eine gute Möglichkeit sei, die Versorgung individueller und bedarfsgerechter zu gestalten und damit die häusliche Situation zu stärken.

Hauptziel (Grundsatzziel) und ausdrücklicher Wunsch Frau B.'s war und ist der Verbleib in der eigenen Wohnung. Sie würde einen Umzug in eine stationäre Einrichtung nicht verkräften, da sie sich dann ggf. von ihrem Hund trennen müsste. Ein daraus resultierendes Rahmenziel ist die Verbesserung bzw. der Erhalt des Pflege- und Gesundheitszustandes. Für die Optimierung des Pflegearrangements waren weiterhin die Versorgung der Haustiere sowie ausreichend Zeit für die Anleitung/Motivation und Unterstützung bei allen Verrichtungen wichtig.

Versorgungsarrangement mit dem Pflegebudget

Mit dem Pflegedienst wurden tägliche Einsätze zwischen 30-90 Minuten vereinbart, in denen je nach Bedarf alle notwendigen grundpflegerischen, hauswirtschaftlichen und betreuerischen Verrichtungen erbracht werden konnten. Weiterhin wurden regelmäßige gemeinsame Spaziergänge, inklusive Hund ausführen sowie bei Bedarf Begleitung zu Arzt- oder Friseurbesuchen abgesprochen.

Abschließende Einschätzung des Case Managements

Der Pflege- und Gesundheitszustand war stabil. Die Wohnung sah gepflegter aus, die Auslegware wurde aus hygienischen Gründen entfernt und gegen einen abwaschbaren Belag ersetzt. Der strenge Geruch in der Wohnung ist allerdings geblieben. Frau B. wirkte wesentlich gefasster, aufgeschlossener, sogar fröhlicher. Es erschien so, dass sie den Trauerprozess gut bewältigt bzw. sich mit der Situation abgefunden habe. Die Mitarbeiter des Pflegedienstes können besser auf die Versorgungswünsche von Frau B. eingehen, da die neuen/veränderten Leistungen abrechenbar sind. Damit stehen sie nicht mehr unter einem so hohen Zeitdruck, was auch positive Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter hat (zufriedene Kunden = zufriedene Mitarbeiter).

Anhang F

Pressespiegel

Auswertung des PFLEGE BUDGET-Pressespiegels

1. Anzahl der Veröffentlichungen, Veröffentlichungszeitpunkt und Medienart

Im Zusammenhang mit dem PFLEGE BUDGET gab es 205 Veröffentlichungen in den unterschiedlichsten Medien. Die Publikationen haben direkten als auch indirekten Bezug zum Modellprojekt. Den 69 eigenen Veröffentlichungen des Projektträgers stehen 136 fremde Veröffentlichungen gegenüber (33,6 %:66,4 %). Wenngleich erste Texte bereits im Jahr 2000 veröffentlicht wurden, spielen diese zahlenmäßig eine eher untergeordnete Rolle. Erst mit Beginn des Modellprojekts stieg die Quantität deutlich an: Im Jahr 2004 sind es 50 Veröffentlichungen (24,4%), 2005 noch einmal 21 mehr (34,1 %), bevor die Zahl der Veröffentlichungen ab 2006 wieder abnahm.

Die Varietät der Textsorten ist groß (vgl. Tab. 1). Es wurden 88 Artikel veröffentlicht, 32 mal Nachrichten über das PFLEGE BUDGET. Eigene und fremde Pressemitteilungen, Interviews und wissenschaftliche Aufsätze sind ungefähr gleich häufig vertreten, zahlenmäßig liegen sie zwischen 17 und 12 Stück. Jeweils fünf Radio- bzw. TV-Beiträge, fremde Stellungnahmen und Informationshefte wurden veröffentlicht sowie zwei Buchaufsätze, drei Kommentare, zwei eigene Stellungnahmen des Projektträgers und zwei Fraktionsbeschlüsse.

Eine Sonderstellung nimmt die Bucherveröffentlichung „Persönliche Budgets – Aufbruch oder Irrweg?“ in der Herausgeberschaft von Thomas Klie und Alexander Spermann aus dem Jahr 2004 ein. Die insgesamt 20 Aufsätze dieses Buches wurden nicht gesondert gezählt, nichtsdestotrotz geben sie zentrale Hinweise zum Budgetgedanken und seiner – auch internationalen – Ausgestaltung.

Unterscheidet man die Veröffentlichungen nach der Medienart (vgl. Tab. 2), so haben die Zeitschriften mit 112 (54,6 %) den größten Anteil. Dabei handelt es sich wiederum bei mehr als der Hälfte um Fachzeitschriften (80 Veröffentlichungen). Das Spektrum der Fachzeitschriften, in denen sich Veröffentlichungen zum Thema PFLEGE BUDGET befinden, ist mit 29 verschiedenen Titeln auffallend breit (vgl. Tab. 7). Fachzeitschriften mit pflegespezifischen Themen, wie etwa die Zeitschriften „Altenpflege“, „Pflegen ambulant“, „Pflegefreund“, „Pflege aktuell“ und „Pflege intern“, sind dabei deutlich in der Mehrheit. Besonders häufig sind folglich Veröffentlichungen in den Zeitschriften „Forum Sozialstation“ (19)¹, „Häusliche Pflege“ (9), „bpa magazin“ (6) und „CAREkonkret“ (6).

¹ Veröffentlichungen der Fachzeitschrift Forum Sozialstation (online und gedruckt) werden im Folgenden unter den fremden Veröffentlichungen subsumiert, wenngleich die dort tätigen Autorinnen Uschi Grieshaber und Eva Richter eine Doppelrolle innehaben, da sie für die Öffentlichkeitsarbeit des Modellprojekts verantwortlich sind.

Tab. 1: Übersicht über Anzahl und Zeitpunkt der Veröffentlichung sowie Textsorte

Jahr		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gesamt
Zahl der Veröffentlichungen		1	1	1	4	50	71	47	19	11	205
Eigene Veröffentlichungen		1	1	-	1	14	21	19	9	3	69
Fremdveröffentlichungen		-	-	1	3	36	50	28	10	8	136
Art des Textes	Nachricht	-	-	-	-	10	16	6	-	-	32
	Artikel	-	1	-	1	24	31	15	10	6	88
	Wissenschaftlicher Aufsatz	1	-	-	2	2	4	4	-	-	13
	Buchaufsatz	-	-	-	-	1	1	1	1	-	4
	Kommentar	-	-	-	-	1	-	1	-	1	3
	Interview	-	-	-	-	3	2	3	4	2	14
	Eigene Stellungnahme	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2
	Fremde Stellungnahme	-	-	1	1	-	3	-	-	-	5
	Eigene Pressemitteilung	-	-	-	-	1	9	5	1	1	17
	Fremde Pressemitteilung	-	-	-	-	6	1	6	1	1	15
	Radio/TV Beitrag	-	-	-	-	1	1	2	1	-	5
	Informationsheft (Meilensteine)	-	-	-	-	1	1	2	1	-	5
Fraktionsbeschuß	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2

Auch Wissenschaftszeitschriften (15), Mitgliederzeitschriften (5) und Infohefte bzw. -blätter (10) spielen eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Bei ersteren sind insbesondere die „Pfle-gezeitschrift“ mit sechs und die Zeitschrift „Sozialer Fortschritt“ mit vier Veröffentlichungen nennenswert. Bei den Mitgliederzeitschriften handelte es sich mit drei Veröffentlichungen überwiegend um das Magazin „Gesundheit und Gesellschaft“ der AOK. Die größte Gruppe der Infohefte stellt das vom Projektträger veröffentlichte Heft „Meilensteine“ mit fünf Ausga-ben dar.

Als einziges Nachrichtenmagazin, das einen Artikel zum Thema des PFLEGE-BUDGETS veröffentlicht hat, ist „Der Spiegel“ zu nennen.

Die Zeitungen stellen nach den Zeitschriften mit 19 Veröffentlichungen das am zweithäufigsten vertretene Medium dar. Die Mehrheit der Texte wurde in regionalen bzw. lokalen Zeitun-

gen publiziert - inhaltlich meist in Verbindung mit einem der sieben Projektstandorte oder dem Standort des Projektträgers. Als Beispiele lassen sich die „Badische Zeitung“, die „Freie Presse Annaberg“, die „Rhein-Zeitung“ und die „Westfälische Rundschau“ nennen. Veröffentlichungen in überregionalen Zeitungen gab es sowohl in der „Financial Times Deutschland“ als auch in der „Frankfurter Rundschau“ (jeweils eine).

Zusätzlich zu bereits genannten Medien existieren drei Buchbeiträge und die bereits genannte Buchveröffentlichung des Projektträgers. Insgesamt vier TV-Beiträge wurden gesendet, drei im Mitteldeutschen Rundfunks (MDR) und einer im Westdeutschen Rundfunks (WDR) sowie ein Radiobeitrag (Deutschlandradio).

Das nach den Zeitschriften am häufigsten genutzte Medium stellt das Internet mit 63 Veröffentlichungen dar. 19 verschiedene Autoren, Gruppierungen, Vereine etc. veröffentlichten Artikel, Nachrichten, Stellungnahmen o. ä. zum Thema Pflegebudget. Auf der eigenen Homepage des Projekts (www.pflegebudget.de) sind 19 Artikel und andere Beiträge, 12 Veröffentlichungen zum Thema konnten im Onlineangebot des „Forum Sozialstation“ verzeichnet werden. Weitere Homepages waren beispielsweise „www.pflegen-online.de“ mit sieben Veröffentlichungen und „www.bpa.de“, dem Onlineangebot des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste e.V. mit vier Veröffentlichungen.

Tab. 2: Veröffentlichungen nach Medienart und Zeitpunkt der Veröffentlichung

Medienart		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gesamt
Zeitschriften	Wissenschaftszeitschrift	1	0	0	1	4	4	5	0	0	15
	Fachzeitschrift	0	1	1	1	23	24	15	11	3	79
	Mitgliederzeitschrift	0	0	0	0	0	3	1	1	0	5
	Infohefte /-blätter	0	0	0	1	1	4	2	1	1	10
	Nachrichtenmagazin	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Zeitungen	Überregional	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	Regional/Lokal	0	0	0	0	5	7	1	0	4	17
Bücher		0	0	0	0	1	0	1	1	1	4
Radio/TV		0	0	0	0	1	1	2	1	0	5
Internet		0	0	0	1	14	26	17	3	2	63

2. Themen und Diskussionen in Veröffentlichungen zum Pflegebudget

Qualität der Pflege und Betreuung

In der Auswertung des Pressespiegels wird deutlich, dass die Qualität der Pflege und Betreuung im Modellprojekt PFLEGE BUDGET einen hohen Stellenwert in der Diskussion eingenommen hat. Immerhin 61 von 205 Veröffentlichungen und damit knapp ein Drittel be-

schäftigen sich mit diesem Thema. Beiträge zum Thema Qualität erschienen bereits zu Beginn des Modellprojekts im Jahr 2004, wenngleich es in den Jahren 2004-2006 die meisten Veröffentlichungen in diesem Zusammenhang gab und die Thematik bis in das Jahr 2008 weiterverfolgt wurde.

Inhaltlich verläuft die Diskussion zum Thema der Qualitätssicherung äußerst kontrovers. So sieht beispielsweise der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (BPA) die Qualität der Pflege und Betreuung im Rahmen PFLEGEbudget nicht gewährleistet. Es wird befürchtet, dass Personen und Dienste ohne Zulassung das Qualitätsniveau senken. HelferInnen aus dem „zweiten Sektor“ (z.B. Freunde oder Nachbarn) müssten nämlich keinerlei Qualitätssicherungen beachten und keine Pflegedokumentation führen. Pflegedienste hätten hingegen hohe Qualitätsauflagen, unterlägen strenger Kontrolle und seien daher laut BPA preislich fast nicht konkurrenzfähig. (bpa magazin 06/2005; Newsletter Pflegebudget 12/2005; www.forumsozialstation.de 12/2005). Auch andere Pflegeverbände und ambulante Pflegedienste bemängeln, dass sie aufgrund hoher Qualitätsauflagen preislich mit dem neu entstehenden, niedrighwelligen Angebotssektor kaum mithalten könnten. Ein Verdrängungswettbewerb, bei dem die professionelle Pflege den kürzeren ziehen könnte, wird befürchtet. In diesem Zusammenhang wird von den Pflegeverbänden der Begriff der „gefesselten Dienste“ gebraucht (www.forumsozialstation.de 12/2005).

Auch der Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP) kritisiert die Tatsache, dass das Pflegebudget keine Qualitätskontrollen (die den Vorgaben des Pflegequalitätssicherungsgesetzes entsprechen) vorsieht. So könnten „Billigkräfte“ im Rahmen des Pflegebudgets weitgehend unkontrolliert Leistungen erbringen. Infolgedessen würde die Qualität der Versorgung gefährdet und Folgekosten für die Pflege- und Krankenversicherung entstehen (www.pflegen-online.de 12/2005; Newsletter Pflegebudget 12/2005). Weiterer Kritikpunkt des ABVP ist, dass die Einzelpersonen, die vielfach Leistungen im Pflegebudget erbringen, weder der Sozialversicherungspflicht noch einer Kontrolle ihrer Qualifikation bzw. der Qualität der erbrachten Pflege unterliegen. Pflegedienste hingegen beschäftigen überwiegend Personal, das der Sozialversicherungspflicht unterliegt. Außerdem überprüfen MDK und Pflegekassen die von den ambulanten Pflegediensten erbrachte Pflege hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Pflegedienste könnten folglich nicht mit den Preisen konkurrieren. Da Kontrollen über Fortbildung, Fähigkeiten und Arbeitsbedingungen der Pflegenden im Pflegebudget nicht vorgesehen seien, habe dies laut ABVP zur Folge, dass Pflegefehler nicht mit der nötigen Konsequenz vermieden bzw. bestehende nicht erkannt und bekämpft würden. Wenn durch mangelnde Kontrolle über die Leistungserbringer eine rechtzeitige Intervention unterbleibe, muss laut ABVP mit verstärkten Wiedereinweisungen (Dreh-tür-Effekt) gerechnet werden. Daher die Forderung von Seiten des ABVP, dass die Ergebnisqualität von erbrachten Pflegeleistungen bei allen Dienstleistungserbringern vom MDK

überprüft werden müsse. (ABVP Positionspapier 12/2005). Auch der Arbeitgeberverband im Gesundheitswesen e.V. (AVG) teilt diese Bedenken (AVG Pressemitteilung 03/2006).

Weitere Argumente anderer AutorInnen, sind die, dass es für Pflegebedürftige und deren Angehörige unmöglich sei die Qualität und Angemessenheit der Pflege zu beurteilen, wenn Anbieter keine Kassenzulassung benötigen. In diesem Zusammenhang wird auf die vielfach nur eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit des pflegebedürftigen Menschen hingewiesen. Eine generelle Intransparenz hinsichtlich der geeigneten Versorgung und erhebliche Informationsdefizite begründeten eine schwache Marktstellung der KundInnen (MEYER in Pflegezeitschrift 09/2006). Übervorteilungen und Schlechtleistungen bis hin zu Formen gefährlicher Pflege seien, so ein Kritiker, nicht auszuschließen. Durch die isolierte Abrufung von Leistungen, gegebenenfalls auch unterschiedlicher AnbieterInnen, seien Qualitätskontrollen und Haftungsfragen kaum lösbar, so der Kritiker weiter (EURICH in Altenpflege 09/2005).

Ob die Qualitätssicherung funktioniert hänge auch entscheidend vom Case Management ab, denn dieses führt das Assessment durch. Es bestehe die Gefahr der Verzerrung, wenn eigene Interessen überwiegen, da das Case Management mit dem Re-Assessment zusammen mit der Pflegequalität zugleich die Qualität seiner eigenen Arbeit überprüfe. (PUTZ in Pflegen Ambulant 05/2006).

Auch der 5. Altenbericht der Bundesregierung wird von KritikerInnen angeführt. Hier wird davon ausgegangen, dass eine Reihe von Risiken mit dem Pflegebudget verbunden sein können, z.B. pflegfachliche Qualitätseinbußen, Missbrauch und die Förderung von ungesicherten Arbeitsverhältnissen (RISTOK in bpa magazin 03+04/2006).

Wenn Personen im persönlichen Umfeld des Budgetnehmers/der Budgetnehmerin, die die Hilfestellung gegen eine Geldzahlung übernommen haben, finanziell auf das Pflegebudget angewiesen sind, könne es passieren, dass sie im Zweifelsfall zu ihren Gunsten Entscheidungen zu Pflege und Aufenthalt der Pflegebedürftigen treffen und der pflegebedürftige Mensch weiterhin zu Hause versorgt wird, obwohl eine stationäre oder teilstationäre Versorgung vorteilhafter wäre (FRISCHHUT in Krankendienst 05/2005).

Im Verlauf des Projekts hat der Projektträger in zahlreichen Veröffentlichungen, Stellungnahmen und auch in Diskussions- und Vortragsveranstaltungen im Detail auf die vorgebrachte Kritik reagiert. Diese Argumentation soll hier jedoch nicht aufgenommen werden. Der Projektträger sieht in der Kritik der Pflegeverbände vor allem Ausdruck von Besitzstandsdenken, das zwar nachvollziehbar, aber gefährlich sei. Die Positionen der KritikerInnen sind dann nicht seriös, wenn sie von Verbandsinteressen geleitet und von ungerechtfertigten Ängsten vor einem Verdrängungswettbewerb geprägt werden.

Entlastung der Hauptpflegeperson / Verzögerung des Heimübertritts

Ein weiteres, immer wiederkehrendes Thema in den Veröffentlichungen ist die vom Projektträger erwartete Entlastung der Hauptpflegepersonen durch das Pflegebudget (vgl. dazu die qualitativen Fallanalysen im Hauptbericht). In 55 (26,8 %) der 205 Veröffentlichungen wird diese Thematik angesprochen. Auch hier kam es in den Jahren 2003 bis 2008 zu Veröffentlichungen, wobei der Schwerpunkt in den Jahren 2004-2006 liegt.

Obwohl sich eigene und fremde Veröffentlichungen zu diesem Thema nahezu die Waage halten, unterschieden sich die Inhalte nur wenig. Überwiegend findet eine zustimmende Aufnahme des Themas auch durch die „fremde“ Presse statt.

Die mit Einführung des Modellprojekts veröffentlichten Beiträge spiegeln die Erwartungen an das Pflegebudget wider, dass je attraktiver häusliche Pflege ist, desto eher können (teurere) Heimaufenthalte verhindert werden. Mit einem Pflegebudget würden Angehörige unterstützt und entlastet und damit häusliche Pflegearrangements nachhaltig stabilisiert. (KLIE in Recht & Psychiatrie 04/2003; KLIE/SPERMANN in Forum Sozialstation 08/2001).

Spätere Texte stellen die Effekte des Pflegebudgets auf der Basis bereits vorliegender Ergebnisse der wissenschaftliche Begleitforschung dar. Grundsätzlich ermöglicht das Pflegebudget durch die Flexibilisierung der Leistungen eine situationsangepasste Betreuung und Unterstützung, die zudem den Tagesrhythmus der betroffenen Familie stützt. Die individuellen Bedürfnisse der Menschen mit Pflegebedarf können im Pflegebudget viel besser berücksichtigt werden, die Hilfe kann angemessener und auch familienorientierter erfolgen. Insbesondere Angehörige von Menschen mit Demenz können durch das Pflegebudget Entlastung erfahren, da auch nicht verrichtungsbezogene Hilfe (Haushaltsführung, Alltagsbegleitung) über das Budget leistungsrechtlich möglich ist (Meilensteine 02/2006). Manche Pflegedienste nutzen das Pflegebudget für die Legalisierung einer bisher zwar schon gewährten, aber an sich nicht möglichen Dienstleistung. Durch diese bedarfsgerechte Unterstützung kam es im Rahmen des Modellprojekts zu einer spürbaren Zunahme des Zeitvolumens an Pflege und Betreuung (von durchschnittlich 54 auf 59 h/Woche). Insbesondere Personen in prekären Netzwerken wurde ein Mehr an Betreuung und Pflege zuteil (NOLTE in Altenpflege 02/2006; KLIE in Häusliche Pflege 04/2006; KLIE in Forum Sozialstation 12/2006).

Reaktionen der BudgetnehmerInnen

88 der 205 Veröffentlichungen (43 %) beschäftigen sich mit den Reaktionen der BudgetnehmerInnen und ihrer Zufriedenheit sowie mit den Vorteilen, die TeilnehmerInnen des Modellprojekts haben. Die meisten Veröffentlichungen zu diesem Thema gab es in den Jahren 2004 und 2005. Mit 58 stammt der Großteil der Veröffentlichungen bemerkenswerter Weise von „fremden“ Autoren, 30 kommen vom Projektträger selbst.

Ein oft genannter Vorteil ist die Steigerung der Autonomie auf Seiten der BudgetnehmerInnen. Das Pflegebudget stärkt die Kundenposition und damit die Nachfragemacht, Selbständigkeit und Selbstorganisation der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen. Durch die Tatsache, dass sich Menschen mit Pflegebedarf bzw. deren Angehörige eigenständiger und freier als bisher Pflegeleistungen einkaufen können, die ihrem Bedarf und ihren Bedürfnissen entsprechen, wird deren Kundensouveränität gestärkt. Die asymmetrische Beziehung zwischen Dienst und Betroffenen wird mit Hilfe des Pflegebudgets auf eine neue Grundlage gestellt. Durch diese gestärkte Position der NachfragerInnen, so die Schlussfolgerung, werden Leistungserbringer in ihrer Dominanz geschwächt und darüber hinaus zur Entwicklung spezifischer und qualitativ hochwertiger Produkte motiviert. Der mit Geldmitteln ausgestattete pflegebedürftige Mensch steht folglich mit seinem Wunsch- und Wahlrecht als Kunde im Zentrum des neuen Systems. (KLIE in Forum Sozialstation 02/2004; SPEICHER in Soziale Psychiatrie 01/2005).

Des Weiteren, so das Argument, bringt das Pflegebudget eine größere Transparenz bezüglich der Mittelverwendung mit sich, da die Leistungserbringer direkt mit den pflegebedürftigen Menschen bzw. deren Angehörigen abrechnen müssen. (Newsletter Pflegebudget 12/2005; Meilensteine 02/2006).

Lediglich eine Stimme äußert Kritik, in dem das Case Management als eine Art „Bewährungshilfe“ beschrieben wird, von dem der Mensch mit Pflegebedarf in seinen Entscheidungen abhängig ist. Dieser würde folglich in seiner Autonomie eher eingeschränkt als befördert (THOMAS/BÜSCHER in Häusliche Pflege 07/2004).

Operative Verfahren (Aufnahme ins Projekt, Teilnahmehürden, Begleitung durch das Case Management)

Mit 31 von 201 Veröffentlichungen (15,1 %) waren die operativen Verfahrensweisen des Pflegebudgets weniger häufig Thema. Ein Schwerpunkt gab es im Jahr 2005 mit immerhin 16 Veröffentlichungen zu dieser Thematik, wobei es nahezu so viele fremde wie eigene Beiträge gab.

Das Case Management war in erheblicher Weise mit der allgemeinen Beratung pflegebedürftiger beschäftigt. Es nahm damit Aufgaben wahr, die die im Kern zu den Aufgaben der Pflegekassen oder der Beratungsverbände gemäß §7 SGB XI gehört hätten. Auch kam es zu kooperativen Anfangsschwierigkeiten in der Umsetzung der Verfahren bei der Gewährung des Pflegebudgets. Ebenso sehen sich Sozialhilfeträger mit neuartigen Anforderungen konfrontiert, wenn es um die Gewährung eines aufstockenden Pflegebudgets im Rahmen der Hilfe zur Pflege gemäß §§61 ff SGB XII geht (KLIE in Bayerische Sozialnachrichten 05/2005).

Da sich das Projektdesign in kritischen oder ungewohnten Pflegesituationen, z.B. bei Entlassung aus der Klinik oder bei Erstantrag, als nicht flexibel genug darstellte, wurde es im Laufe des Projektzeitraums optimiert (vgl. Kapitel 3) Die Aufnahmekriterien ins Modellprojekt werden ebenfalls diskutiert. So wird kritisiert, dass die Vergabe des Pflegebudgets an die Pflegestufe gebunden sei, viele Menschen mit Demenz jedoch nach den aktuellen Beurteilungskriterien nicht einmal Pflegestufe 1 erreichen würden (Kölner Stadt-Anzeiger 07/2004; MEYER in Pflegezeitschrift 11/2005).

Ferner wird die Begleitung der BudgetnehmerInnen durch das Case Management mehrmals in den Veröffentlichungen aufgegriffen und diskutiert. Es wird argumentiert, dass sich Pflegebedürftige und Angehörige oft allein gelassen fühlten und mit dem Budget jetzt ein Case Management an ihrer Seite haben, das ihnen bei der Orientierung hilft (RICHTER in Gesundheit und Gesellschaft 02/2005). Um Menschen mit Pflegebedarf vor einer potentiellen Ausnutzung ihrer vulnerablen Situation zu schützen, sei es sogar essentiell, dass ein neutrales Case Management den Überblick über die Pflegesituation behält und gegebenenfalls für den Menschen eintritt und dafür sorgt, dass er eine adäquate Pflege erhält (FRISCHHUT in Krankendienst 05/2005). Gleichwohl wurde in den Veröffentlichungen auf die Machtposition des Case Management hingewiesen. Es hätte durch seine Auftragsvergabesteuerung einen erheblichen Einfluss darauf, welcher Leistungsanbieter den Zuschlag bekommen würde. Fragen der Finanzierung des Case Management und die dadurch entstehenden Einflussnahme tauchen in diesem Zusammenhang auf (BERG in Forum Sozialstation 01/2005). So wird darauf hingewiesen, dass die Leistung des Case Management daran zu messen sein wird, wie unabhängig von staatlichen, verbandlichen und wirtschaftlichen Interessen es arbeiten kann (Pflegefreund 01/2007).

Teilnahmebereitschaft

Die geringe Teilnahmebereitschaft am Modellprojekt wird unterschiedlich kommentiert. Während in fremden Veröffentlichungen mehrmals von „Akzeptanzproblemen“ die Rede ist, spricht der Projektträger vielmehr von einer „zurückhaltenden Resonanz“.

Betroffene seien nicht immer davon zu überzeugen gewesen seien, dass das Projekt für sie Vorteile bringen würde. Außerdem würden Betroffene nicht vollkommen frei über den Betrag verfügen können, sondern das Budget für Pflegeleistungen externer AnbieterInnen ausgeben müssen. Für Menschen mit Behinderungen sei der Projektzeitraum sehr kurz, was zu Unsicherheiten darüber führen könne, was nach dem Projektzeitraum geschehe (SPIES in Sozialarbeiterbrief 01/2007).

Der Projektträger selbst führt an, dass offene Detailfragen gebremst und die Krankenkassen erst spät begonnen hätten, ihre Versicherten über das Projekt zu informieren; auch die Weitergabe von Informationen über die Pflegedienste funktionierte nicht. (KLIE in Forum Sozial-

station 12/2006). Weiter wird die geringe Zahl der als reine SachleistungsempfängerInnen Budgetberechtigten genannt sowie die hohen Transaktionskosten (RICHTER in Forum Sozialstation 12/2005).

Betroffene in akuten Krankheitsphasen und neuen Pflegesituationen wären überfordert, eine Entscheidung für Pflegebudgets zu treffen. Hier sei es notwendig, erst die Regelversorgung anzubieten und später auf das Pflegebudget umzusteigen (THOMAS/BÜSCHER in Häusliche Pflege 07/2004).

Auch finanzielle und wirtschaftliche Gründe sind laut Projektträger ausschlaggebend für die geringen Teilnehmerzahlen. Über die Hälfte der Angehörigen wollte für ihre Pflegeleistungen bezahlt werden. Das Pflegegeld spielt, besonders in den neuen Bundesländern, als wichtige Einkommensquelle eine große Rolle und ist bei vielen Familien haushaltsökonomisch fest eingeplant. (KLIE in Forum Sozialstation 12/2006).

Wirtschaftliche Aspekte / Finanzierbarkeit des Pflegebudgets

29 der 205 Veröffentlichungen (14,1 %) nehmen wirtschaftliche Aspekte des Pflegebudgets in den Blick, mit dem Schwerpunkt in den Jahren 2004 und 2005. Die Veröffentlichungen des Projektträgers sind mit 11 gegenüber 18 Texten fremder AutorInnen in der Unterzahl.

Die Diskussion verläuft hier kontrovers: Der Projektträger argumentiert, dass durch denselben Finanzmitteleinsatz ein relativ höheres Versorgungsniveau ermöglicht werden kann. Die Pflege ist auf Dauer sogar billiger, da mehr pflegebedürftige Menschen als bisher angemessener und damit langfristiger zu Hause versorgt werden können. Rund ein viertel weniger, extrem teure Heimeinweisungen könnten erreicht werden, wenn das Pflegebudget bundesweit eingeführt werden würde. So könnten die Pflegeversicherungen rund 150 Millionen Euro jährlich einsparen, um weitere 150 Millionen Euro würden Sozialämter und Angehörige entlastet werden. Zusatzkosten für das Case Management sind dabei schon eingerechnet. Überdies hilft das Pflegebudget Schwarzarbeitsverhältnisse zu legalisieren, so der Projektträger weiter (Meilensteine 06/2004; NOLTE in Altenpflege 02/2006; KRAMER in Neue Caritas 10/2007).

Kritiker hingegen argumentieren, dass das Pflegebudget im Ergebnis teurer sei als das jetzige System und als Alternative deshalb nicht in Frage komme. Diese Befürchtung begründen sie hauptsächlich mit dem erhöhten Beratungs- und Koordinationsbedarf und den damit verbundenen, zusätzlichen Transaktionskosten. Die Frage der Finanzierung des Case Managements sehen einige KritikerInnen noch als ungeklärt, gerade auch in Bezug auf dessen Unabhängigkeit (wer bezahlt, bestimmt?) (MEYER in Pflegezeitschrift 11/2005; bpa magazin 04/2006). Auch sehen KritikerInnen eine erhebliche Kostenerhöhung darin, wenn bisherige PflegegeldempfängerInnen künftig das höhere Pflegebudget wählen würden (PUTZ in Pflegen ambulant 05/2006).

3. Veröffentlichungen nach Medium und Jahr

Tab. 3: Buchveröffentlichungen

Bücher / Tagungsbände
Thomas Klie (2004)(Hrsg.): Persönliche Budgets- Aufbruch oder Irrweg? Ein Werkbuch zu Budgets in der Pflege und für Menschen mit Behinderung. Hannover: Vincentz Network
Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland (Hrsg.), Altenhilfe auf dem Sprung. Dokumentation zur 15. Bundestagung 2006
Gerhard Igl; Gerhard Naegele; Silke Hamdorf (2007)(Hrsg.)Reform der Pflegeversicherung- Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen
Christoph Lixenfeld (2008): Niemand muss ins Heim. Menschenwürdig und bezahlbar- ein Plädoyer für die häusliche Pflege
BKK-Landesverband Ost, Axel Wald (Hg.): An den Grenzen der finanziellen Solidarität? Die Zukunft der Pflege- und Krankenversicherung in einer alternden Gesellschaft. Düsseldorf 2006

Tab. 4: Audiovisuelle Veröffentlichungen nach Veröffentlichungszeitpunkt

Radio/TV	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gesamt
Deutschland Radio	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
MDR Fernsehen	-	-	-	-	-	1	1	1	-	3
WDR Fernsehen	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
	0	0	0	0	1	1	2	1	0	5

Tab. 5: Internet-Veröffentlichungen nach Veröffentlichungszeitpunkt

Internet	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gesamt
abvp.de	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2
asb.de	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
avg-ev.com	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1

bpa.de	-	-	-	-	-	-	4	-	-	4
diakonie.de	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2
dvlab.de	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
forum-seniorenarbeit.de	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
forumsozialstation.de	-	-	-	-	3	7	2	-	-	12
forum-verlag.com	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
fr-aktuell.de	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
gruene.de	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2
iwp.uni-koeln.de	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
lebenshilfe.de	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
pflegebudget.de	-	-	-	-	1	11	5	1	1	19
pfllegen-online.de	-	-	-	-	1	6	-	-	-	7
projecthope.org	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
vincentz.net	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
wernerschnell.de	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Sonstige	-	-	-	-	-	-	2	1	1	4
Gesamt	0	0	0	1	14	26	17	3	2	63

Tab. 6: Zeitungsartikel nach Veröffentlichungszeitpunkt

Zeitungen	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gesamt
Überregional	0	0	0	0	0	1	1	0	0	
Financial Times Deutschland	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Frankfurter Rundschau	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Regional /Lokal	0	0	0	0	5	7	1	0	4	
Annaberger Zeitung	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Badische Zeitung	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2
Freie Presse Annaberg	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2
Hellweger Anzeiger	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Kölner Stadtanzeiger	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Mittelhessische Anzeigenzeitung	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Oberhessische Presse	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Rhein-Zeitung	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
Südkurier	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Westdeutsche Allgemeine Zeitung (WAZ)	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Westfälische Rundschau	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2
Sonstige	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2
	0	0	0	0	5	8	2	0	4	19

Tab. 7: Artikel in Zeitschriften nach Zeitschrift und Veröffentlichungszeitpunkt

Zeitschriften	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gesamt
Wissenschaftszeitschrift										
Gesundheits- und Sozialpolitik	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Pflegezeitschrift	-	-	-	-	2	1	3	-	-	6
Recht und Psychiatrie	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Soziale Psychiatrie	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Sozialer Fortschritt	1	-	-	-	2	1	-	-	-	4
Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2
Fachzeitschrift										
Altenheim	-	-	-	-	1	-	-	1	-	2
Altenpflege	-	-	-	-	-	1	2	-	-	3
background	-	-	-	-	1	-	1	-	-	2
Bayerische Sozialnachrichten	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Blätter der Wohlfahrtspflege	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2
bpa magazin	-	-	-	-	-	5	1	-	-	6
BtPrax Magazin	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2
CAREkonkret	-	-	-	-	1	2	1	2	-	6
Case Management	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
DEVAP Aktuell	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Diakonie Impulse	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Dr. Med. Mabuse	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
epd sozial	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2
Forum Sozialstation	-	1	-	-	7	7	1	1	2	19
Häusliche Pflege	-	-	-	-	4	-	5	-	-	9
Informationsdienst Altersfragen	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Krankendienst	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2
Neue Caritas	-	-	1	-	-	-	-	1	-	2
Orientierung	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Pflege Aktuell	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1

Zeitschriften	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gesamt
Pflege Intern	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Pflege. Politik und Management für Führungskräfte	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Pflegefreund	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Pflegen Ambulant	-	-	-	-	-	2	1	-	-	3
Rechtsdienst der Lebenshilfe	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Sozialarbeiterbrief	-	-	-	-	-	-	1	3	-	4
Sozialwirtschaft	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Sozialwirtschaft aktuell	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Theorie und Praxis der sozialen Arbeit	-	-	-	1	-	-	-	1	-	2
Mitgliederzeitschrift										
DAK-Magazin	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Gesundheit und Gesellschaft (AOK Mitgliederzeitschrift)	-	-	-	-	-	3	-	-	-	3
Menschen (Aktion Mensch)	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Infohefte / -blätter										
Durchblick (Verband dt. Alten- und Behindertenhilfe e.V.)	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
DVLAB aktuell (Dt. Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e.V.)	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Länderreport Sachsen	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Meilensteine	-	-	-	-	1	1	2	1	-	5
Schriftenreihe Theorie & Praxis (Eigenverlag AWO)	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Spätlese (Senioren-Info-RheinlandPfalz)	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Nachrichtenmagazin										
Der Spiegel	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
	1	1	1	3	29	35	24	14	4	112

Anhang G

**Gründe der Ablehnung des
PFLEGEBUDGETs durch
GeldleistungsbezieherInnen**

„Gründe der Ablehnung des PFLEGE BUDGETs durch
GeldleistungsbezieherInnen“

(Josefine Meng, 29.01.2007)

Inhalt:

<u>1. Ausgangssituation</u>	2
<u>2. Fragestellung / Auftrag</u>	2
<u>3. Methodisches Vorgehen</u>	2
<u>4. Ergebnisse der Erhebung</u>	3
<u>4.1 Untersuchung von FIFAS - Gründe der Nichtteilnahme am PFLEGE BUDGET</u>	3
<u>4.2 Soziodemografische Daten: Alter und Geschlecht der Pflegebedürftigen</u>	5
<u>4.3 Gründe der Entscheidung für das Pflegegeld laut Pflegebedürftigen</u>	5
<u>4.4 Gründe der Entscheidung gegen das PFLEGE BUDGET laut Pflegebedürftigen</u>	7
<u>4.5 Gründe der Entscheidung gegen das PFLEGE BUDGET laut Hauptpflegeperson</u>	8
<u>4.6 Gründe der Entscheidung gegen das PFLEGE BUDGET im Vergleich</u>	9
<u>4.7 Grad der Belastung der Hauptpflegeperson durch die Pflege</u>	10
<u>5. Schlussfolgerungen</u>	11

1. Ausgangssituation

In Erfurt (Thüringen) und Neuwied (Rheinland-Pfalz) können im Gegensatz zu den anderen Standorten auch Bezieher von Pflegegeld zum PFLEGEBUDGET wechseln. Die Entwicklung der Fallzahlen zeigt nach anderthalb Jahren Laufzeit des Projektes eine auffällige Diskrepanz zwischen den beiden Regionen. Während sich in Erfurt nur rund 10 Prozent der interessierten Pflegegeldbezieher für das PFLEGEBUDGET entschieden haben, sind es in Neuwied rund 50 Prozent.

2. Fragestellung / Auftrag

Den Ursachen dieser unterschiedlichen Akzeptanz sollte nun auf den Grund gegangen werden. Dazu wurden in einem gesonderten Forschungsprojekt solche Pflegegeldbezieher, die zunächst Interesse am PFLEGEBUDGET angemeldet, sich dann aber doch dagegen entschieden hatten, zu den Gründen ihrer Ablehnung befragt.

3. Methodisches Vorgehen

Als Forschungsmethode kam jeweils ein halbstrukturierter Fragebogen für den / die Pflegebedürftige(n) und für die Hauptpflegeperson zum Einsatz. Die Entscheidung darauf fiel deshalb, weil (a) entsprechender Fragebögen bereits im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung entwickelt wurden, (b) die erhobenen somit vergleichbar sind und (c) den Befragten dennoch Raum für eigene Antworten bot. Die Befragungen wurden postalisch und ergänzend telefonisch durchgeführt.

Grundlage für die Erfassung von Geldleistungsbeziehern, für die das PFLEGEBUDGET keine Option war, bot die standortübergreifend einheitlich geführte Liste aller Personen, die Interesse am PFLEGEBUDGET angemeldet haben. Alle ermittelten potentiellen Interviewpartner(innen) erhielten ein Anschreiben inklusive der zwei Fragebögen mit der Bitte, sich an der Befragung zu beteiligen. Angeschrieben wurden insgesamt 211 Betroffene (132 in Erfurt, 79 in Neuwied).

Insgesamt konnten 49 Betroffene (34 postalisch, 17 telefonisch) befragt werden, was einer Rücklaufquote von 24 Prozent entspricht. Diese Zahl ist in Anbetracht der Tatsache, dass es sich bei den Befragten (a) um Pflegebedürftige und deren Angehörige handelt und (b) um „Ablehner“ handelt, ein relativ gutes Ergebnis.

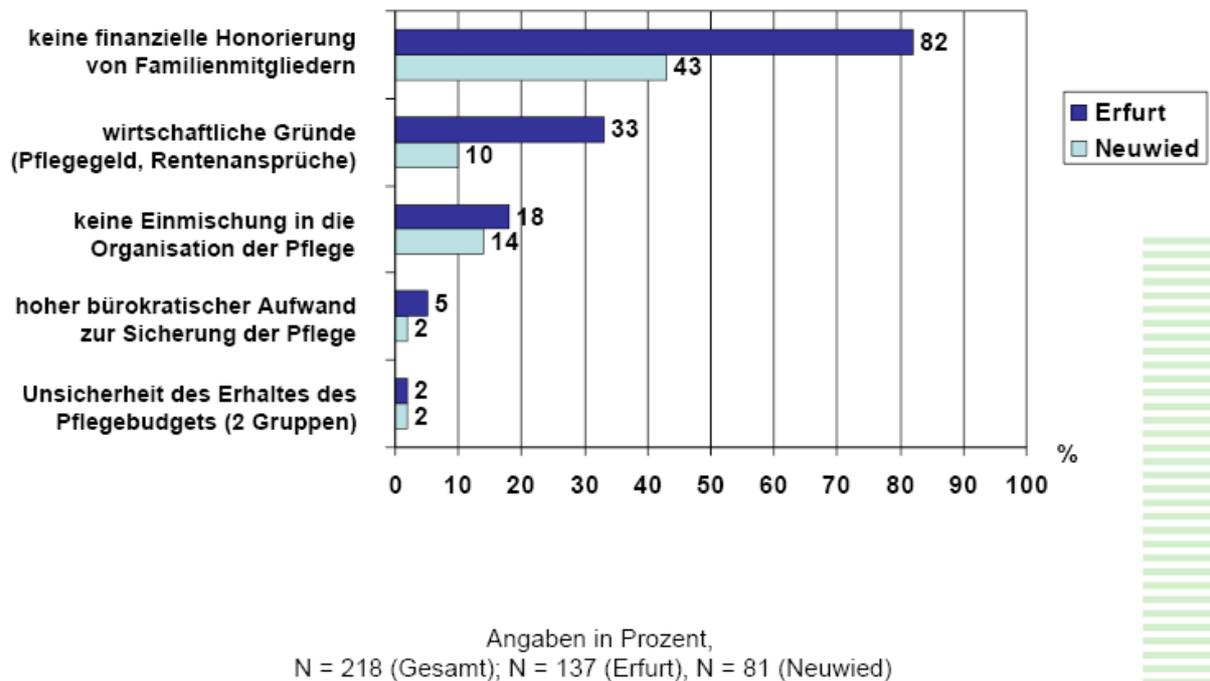
4. Ergebnisse der Erhebung

Durch den geringen Stichprobenumfang haben die Erkenntnisse aus dieser Erhebung eher explorativen Charakter. Die nachfolgenden vorgestellten Ergebnisse sind demnach nicht als repräsentativ anzusehen, sondern als Hinweise bzw. Anregungen zu bewerten.

4.1 Untersuchung von FIFAS - Gründe der Nichtteilnahme am PFLEGEBUDGET

Diese Untersuchung im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellprojekt beinhaltet alle Personen, die sich für das PFLEGEBUDGET interessiert und sich dann nicht dafür entschieden haben. Grundlage bildete die standortübergreifend einheitlich von den Case Manager(inne)n geführten Listen, in die alle am PFLEGEBUDGET interessierten Pflegebedürftigen aufgenommen wurden. Berücksichtigt wurden hier die Daten von den Standorten Erfurt und Neuwied.

Gründe für die Nichtteilnahme laut FIFAS-Vorfeldbefragung



Der wichtigste Beweggrund für die Nicht-Inanspruchnahme des PFLEGEbudgets ist die Tatsache, dass daraus keine Familienmitglieder bezahlt werden können. Auffällig ist hierbei, dass dieser Grund in Erfurt doppelt so häufig erwähnt wird als in Neuwied (82% vs. 43%).

Weiterhin auffällig war die unterschiedliche Bedeutsamkeit wirtschaftlicher Gründe wie die Notwendigkeit des Pflegegeldes für das Haushaltseinkommen oder ein möglicher Verlust von Rentenansprüchen. In Erfurt resultierten wirtschaftliche Überlegungen zu 33% in einer Entscheidung gegen den Bezug des PFLEGEbudgets, in Neuwied nur zu 10%.

Resümierend kann festgehalten werden:

Insgesamt scheinen finanziell relevante Aspekte ausschlaggebend für die Entscheidung gegen das PFLEGEbudget zu sein. Nach der Untersuchung von FIFAS (Februar 2006) werden wirtschaftliche Erwägungen von 2/3 aller Befragten (rund 65 Prozent) (standortübergreifend) als Beweggrund genannt.

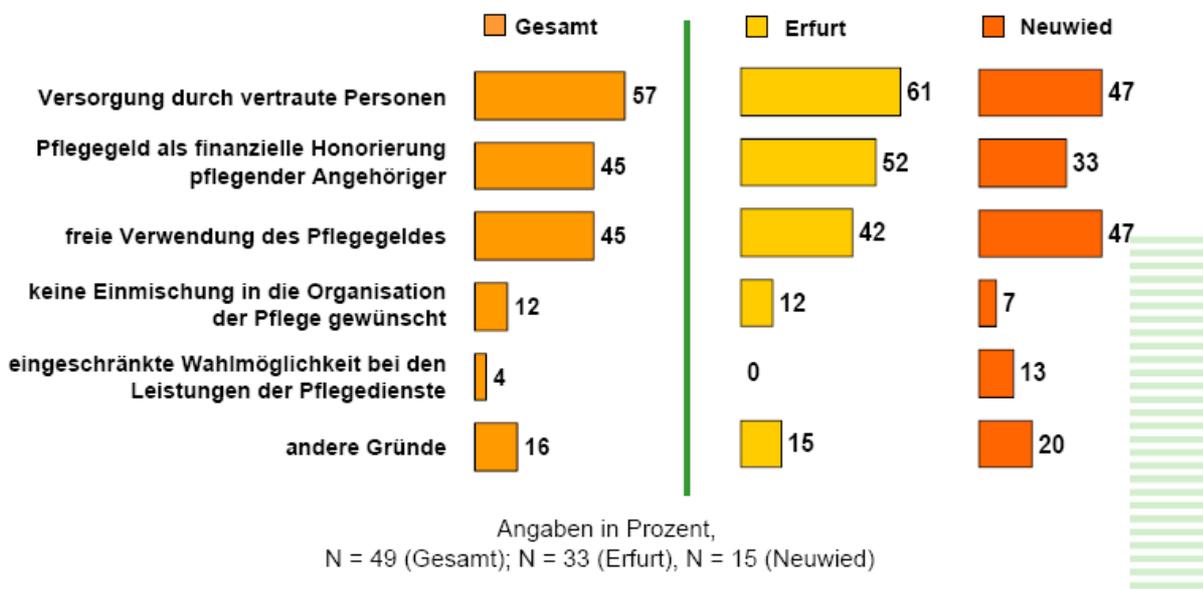
Wirtschaftliche Gründe bei der Entscheidung gegen das PFLEGEbudget spielen jedoch im Vergleich zwischen Erfurt und Neuwied bei den Befragten / Betroffenen in Erfurt offenbar eine größere Rolle.

4.2 Soziodemografische Daten: Alter und Geschlecht der Pflegebedürftigen

Bei den befragten Pflegebedürftigen handelte es sich bei 55 Prozent (27 Personen) um Männer und bei 45 Prozent (22 Personen) um Frauen. Das Durchschnittsalter betrug 68,5 Jahre. Die Pflegestufenverteilung stellte sich wie folgt dar: Pflegestufe 1 war mit 26 Personen vertreten, Pflegestufe 2 mit 19 Personen und Pflegestufe 3 mit 2 Personen.

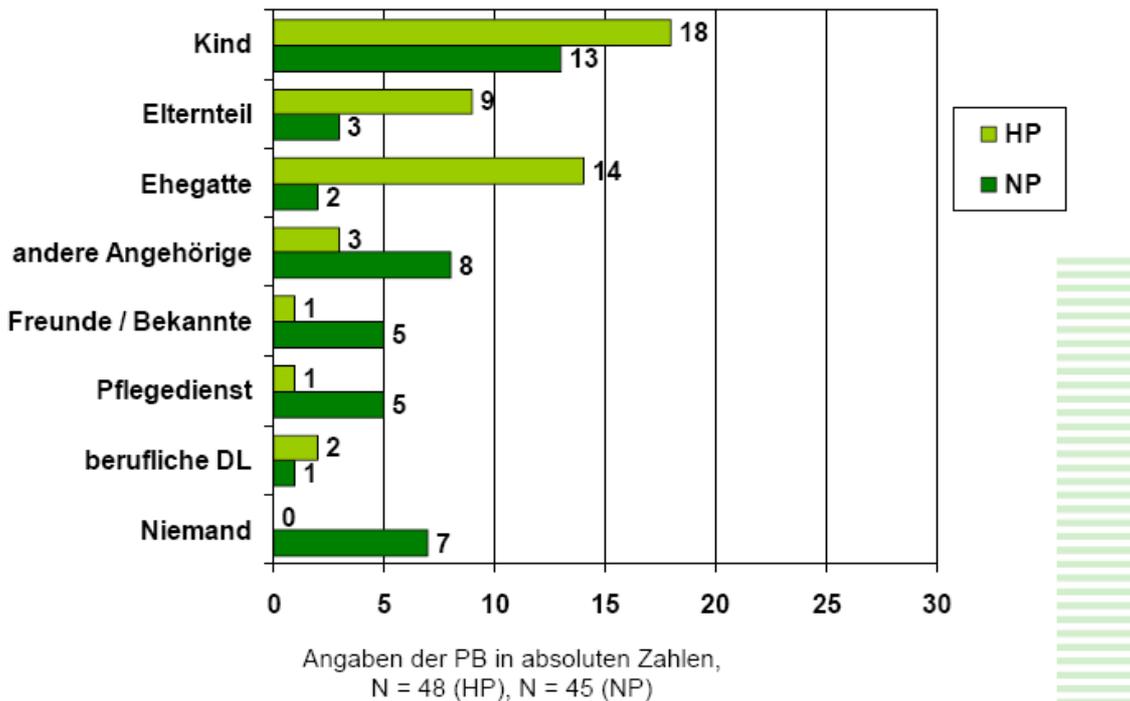
4.3 Gründe der Entscheidung für das Pflegegeld laut Pflegebedürftigen

Gründe der Entscheidung für das Pflegegeld laut Pflegebedürftigen



Der wichtigste Beweggrund bei der Entscheidung für das Pflegegeld war die Tatsache, dass den Befragten eine Versorgung durch vertraute Personen wichtig war. Erstens ist dieses vor dem Hintergrund durchaus verständlich, dass Familienangehörige den Pflegebedürftigen natürlich immer emotional näher stehen. Zweitens ist die häufige Nennung dieses Aspektes bei der Zielgruppe der Befragten (Geldleistungsbezieher) und dem Vergabehintergrund des Pflegegeldes nicht verwunderlich.

Hauptpflegeperson und Nebenpflegeperson



Häufig können die befragten Pflegebedürftigen auf die Hilfe von Verwandten zurückgreifen. Ergänzend dazu sind Bekannte und Pflegedienste an der Versorgung beteiligt. In sieben Fällen (16%) war nur eine Pflegeperson vorhanden.

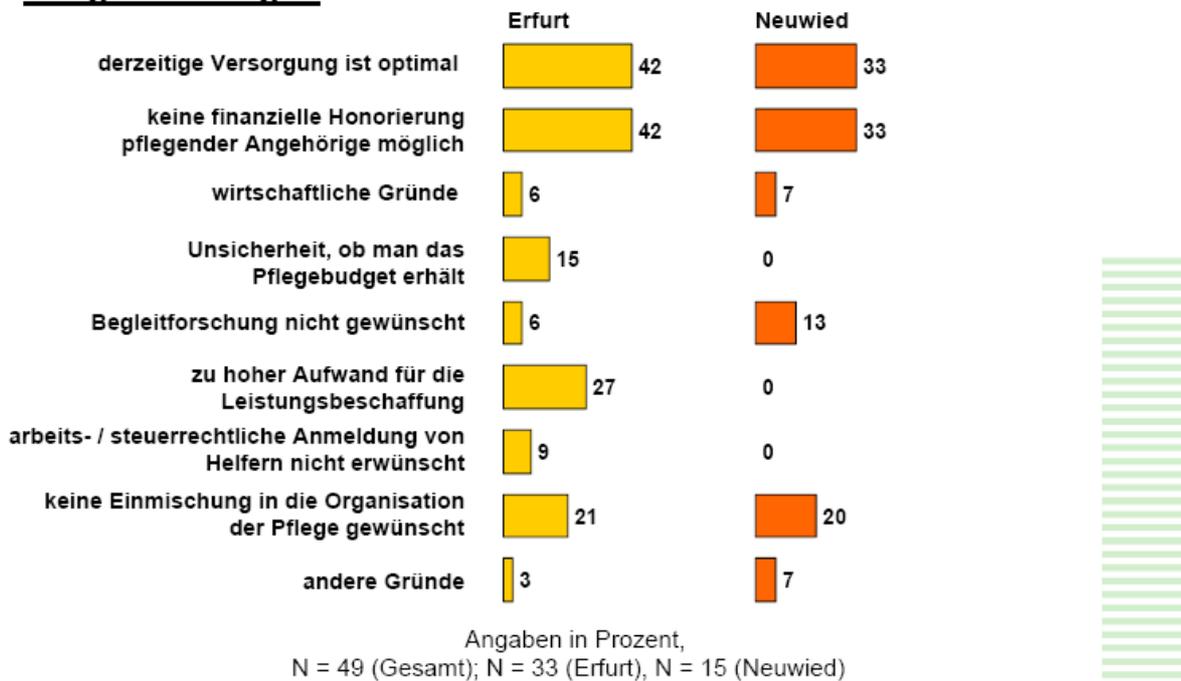
Weiterhin waren insbesondere die Gründe die „Honorierung der pflegenden Angehörigen“ sowie die „freie Verfügung über das Pflegegeld“ mit jeweils 45% bei der Entscheidung für das Pflegegeld von großer Bedeutung.

Auffällig ist die unterschiedliche Bedeutung des Grundes „Pflegegeldes als finanzielle Honorierung pflegender Angehörige“, welcher in Erfurt 52% und in Neuwied 33% ausmacht. Dieses Resultat deckt sich tendenziell mit den Daten von FIFAS, dass in Erfurt wirtschaftliche Abwägungen bei der Wahl von Leistungen der Pflegeversicherung durchaus einen höheren Stellenwert besitzen.

Weiterhin fällt auf, dass die Flexibilität bei der Wahl der Leistungen der Pflegedienste unterschiedlich wahrgenommen wird (Erfurt 0% vs. Neuwied 13%). Dieses weist darauf hin, dass die Befragten in Erfurt traditionellen, etablierten Leistungsformen weniger skeptisch gegenüberstehen.

4.4 Gründe der Entscheidung gegen das PFLEGEBUDGET laut Pflegebedürftigen

Gründe der Entscheidung gegen das PFLEGEBUDGET laut Pflegebedürftigen



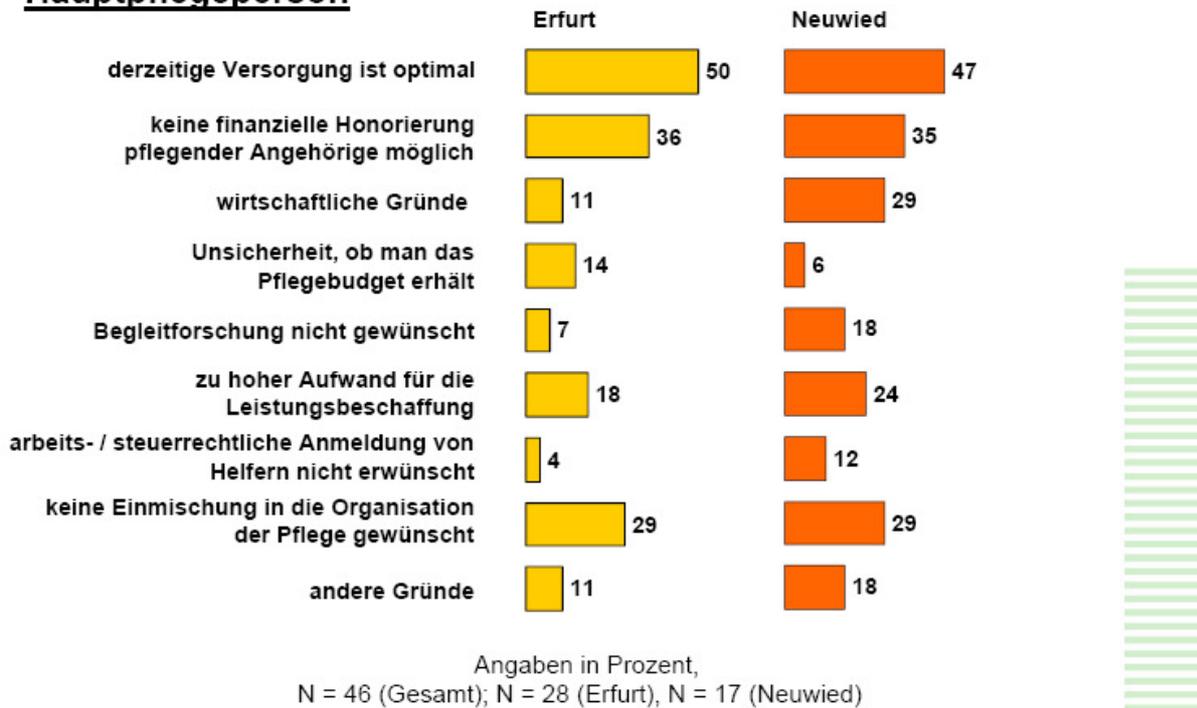
Die wichtigsten Beweggründe der Pflegebedürftigen für die Entscheidung gegen das PFLEGEBUDGET sind (a) der Umstand, dass die Befragten ihre derzeitige Versorgung als „optimal“ ansehen und (b) die Tatsache, dass mit dem PFLEGEBUDGET keine finanzielle Honorierung pflegender Angehörige möglich ist.

Es zeigt sich, dass wirtschaftliche Erwägungen sowohl in Erfurt als auch in Neuwied eine hohe Bedeutung besitzen, jedoch mit einer etwas höheren (betonenswerten) Gewichtung zu Erfurt (42% in Erfurt, 33% in Neuwied). Diese Angaben bestätigen tendenziell die Ergebnisse von FIFAS und die Wichtigkeit wirtschaftlicher Gründe bei der Entscheidung gegen das PFLEGEBUDGET.

Immerhin 21% der Befragten in Erfurt und 20% der Befragten in Neuwied möchten nicht, dass sich fremde Personen in die Organisation der Pflege einmischen. Erstens weist dieses darauf hin, dass die Angehörigen die Pflege weiterhin übernehmen wollen und können und dass die derzeitige Versorgungssituation noch relativ stabil ist. Zweitens deutet dieses darauf hin, dass das in das Modellprojekt integrierte Case Management bei der Entscheidung für das PFLEGEBUDGET für einige Personen hinderlich sein könnte.

4.5 Gründe der Entscheidung gegen das PFLEGE BUDGET laut Hauptpflegeperson

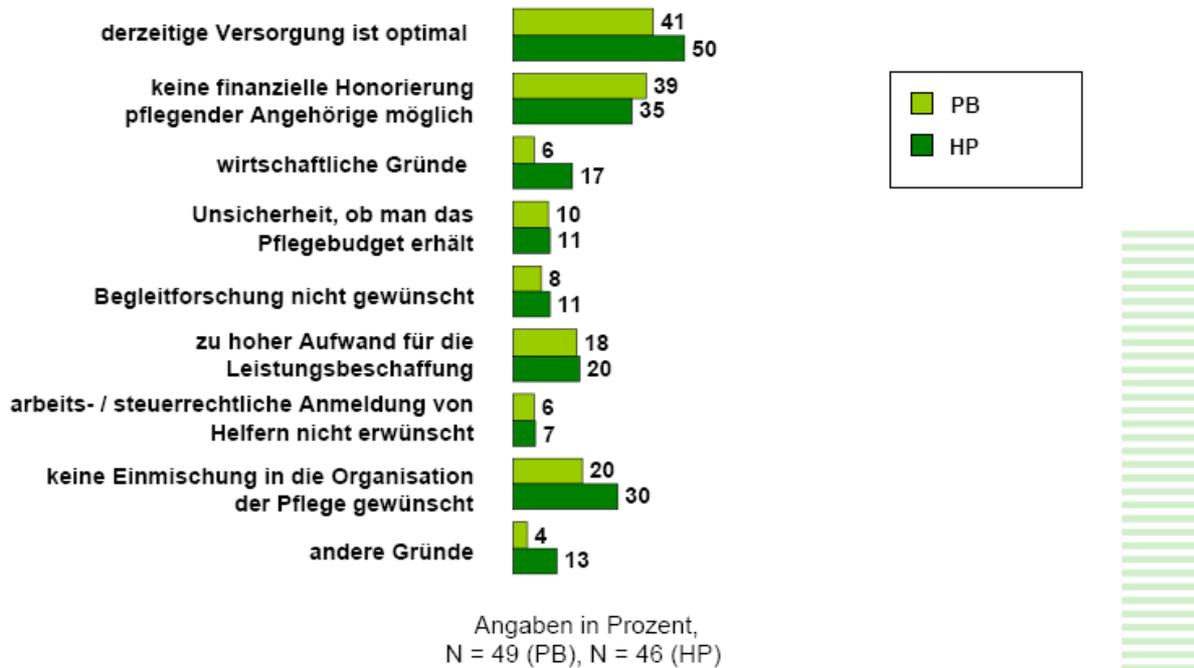
Gründe der Entscheidung gegen das PFLEGE BUDGET laut Hauptpflegeperson



Die wichtigen Bewegungsgründe der befragten Hauptpflegepersonen für die Entscheidung gegen das PFLEGE BUDGET sind in der Bedeutsamkeit mit denen der Pflegebedürftigen identisch.

4.6 Gründe der Entscheidung gegen das PFLEGE BUDGET im Vergleich

Gründe der Entscheidung gegen das PFLEGE BUDGET: Pflegebedürftigen und Hauptpflegeperson im Vergleich



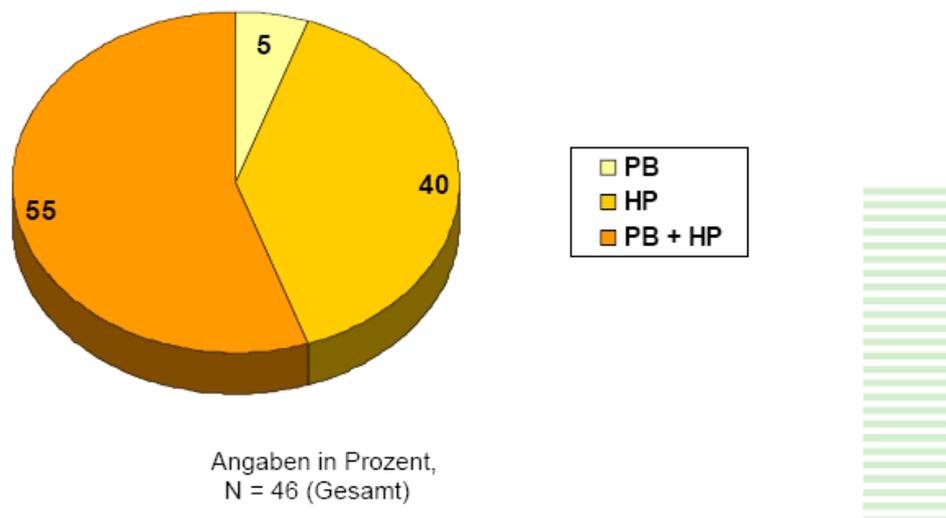
Auffällig ist, dass der Aspekt der wirtschaftlichen Gründe als Bewegungsgrund für die Entscheidung gegen das PFLEGE BUDGET von den Hauptpflegepersonen mit 17% häufiger angegeben wird als von den Pflegebedürftigen nur 6%.

Zusätzlich halten die HP häufiger derzeitige Versorgung für optimal als die PB (50% vs. 41%). Auch verstärkt häufiger wird von den HP „keine Einmischung in die Organisation der Pflege erwünscht“ betont als von PB (30% vs. 20%). Dieses weist darauf hin, dass die Angehörigen die Pflege weiterhin übernehmen wollen und können, und das vielleicht gerade im Hintergrund wirtschaftlicher Überlegungen.

Dieses ist insofern interessant, dass in 40% der Fälle die HP alleinig und in den weiteren 55% zusammen mit dem PB an der Entscheidung gegen das PFLEGE BUDGET beteiligt war. Die Pflegebedürftigen haben somit nur in 5% der Fälle allein die Entscheidung getroffen.

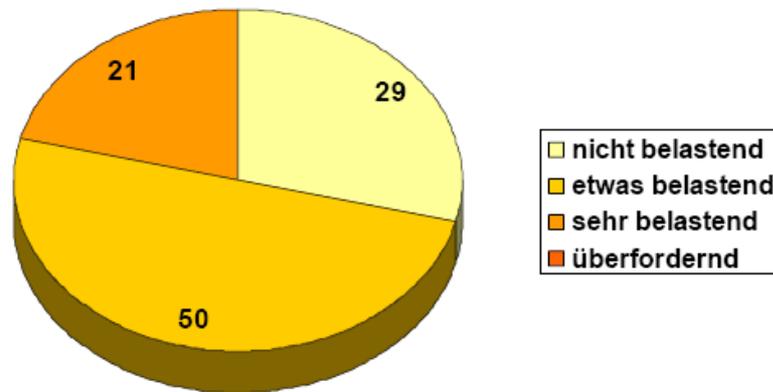
4.7 Grad der Belastung der Hauptpflegeperson durch die Pflege

Entscheidungsträger gegen das PFLEGE BUDGET

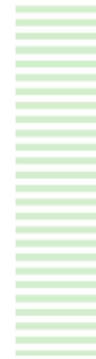


Die Mehrheit der befragten Hauptpflegepersonen empfindet die geleistete Pflege als „nicht belastend“ oder als „etwas belastend“. Die Bewertung „überfordernd“ taucht überhaupt nicht auf. Dieses erlangt vor dem Hintergrund an Bedeutung, dass das PFLEGE BUDGET auch Entlastung für pflegende Angehörige schaffen soll.

Belastung der Hauptpflegeperson durch die Pflege



Angaben in Prozent,
N = 38 (Gesamt)



Vermutlich erweist sich das PFLEGEBUDGET vor allem für diejenigen Geldleistungsbezieher als ernstzunehmende Option, deren Angehörige mit der Pflege überfordert sind und in den Fällen, bei denen die Versorgung mittel- bis langfristig nicht mehr stabil ist.

5. Schlussfolgerungen

Die wichtigsten Beweggründe der Befragten gegen das PFLEGEBUDGET sind (a) die Einschätzung der derzeitige Versorgungssituation von den Betroffenen als „optimal“ bzw. (b) die fehlende Möglichkeit der finanziellen Honorierung von Familienangehörigen.

Es zeigt sich, dass wirtschaftliche Erwägungen in Erfurt und in Neuwied eine hohe Bedeutung besitzen, jedoch mit einer etwas stärkeren Gewichtung zu Erfurt.

Auffällig ist, dass das PFLEGEBUDGET dann weniger interessant ist, wenn (a) die Versorgung durch Angehörige stabil ist bzw. (b) die Betroffenen aus wirtschaftlichen Gründen auf das Pflegegeld angewiesen sind.

Anhang H

zum Kapitel 5.3.1 Rollenkonflikte des Case Managements

- 1 Kategorisierung der Interviewantworten
zu den wahrgenommenen
Rollenerwartungen
- 2 Beschreibung der RIASEC-Dimensionen

1 Kategorisierung der Interviewantworten zu den wahrgenommenen Rollenerwartungen:

- aufgabenzentrierte Unterstützung (v.a. Advocacy)
 - kontinuierliche Begleitung / Monitoring i.S. des Klienten
 - Ansprechpartnerin
 - Eine anwaltschaftliche Funktion für den Klienten (Advocacy)
 - Erfüllungsgehilfen
- Eine vermittelnde Funktion zwischen den Parteien (Mediation)
- Eine vermittlerische / ermöglichende Funktion (Brokering)
 - beratende Funktion
 - Neutralität
- personenzentrierte Unterstützung
 - Empowerment
 - Eine betreuend-therapeutische Funktion
 - „Social Support“
- Eine systementwicklerische Funktion (= Erfüllung des Projektauftrags)
 - Dokumentation / Datenerhebung
 - Ergebnis-/ Controllingorientierung
- beaufsichtigende Funktion
 - Eine beaufsichtigende Funktion für die Mittelverwendung
 - Gatekeeping

2 Beschreibung der RIASEC-Dimensionen:

Rubrik	R (handwerklich-technisch)	I (untersuchend-forschend)
<i>englisch</i>	Realistic	Investigative
Tätigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Mit Händen, Körperkraft, technischen Geräten, Maschinen oder Fahrzeugen arbeiten • Im Freien arbeiten, praktisches Arbeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Denkarbeit • Forschen, analysieren, beobachten, experimentieren/tüfteln • Intellektuelle Probleme lösen • Wissen vermehren, lernen • Anwendung wissenschaftlicher Methoden
Fähigkeiten <i>(Welche Fähigkeiten/Begabungen erfordert diese Beschäftigung?)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Handwerkliches Geschick, Körperkoordination, Robustheit/Wetterfestigkeit • Verständnis für Technik • Geschick im Umgang mit technischen Geräten/Maschinen und Werkzeugen 	<ul style="list-style-type: none"> • Mathematisch- (natur-) wissenschaftliche Begabung • Neugier, Wissensdurst • Forschungsideen und Kenntnisse von Forschungstechniken
Persönlichkeit <i>(Welche Persönlichkeitsmerkmale sind für diese Tätigkeit hilfreich?)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Naturverbunden, bewegungsfreudig, robust, handwerklich geschickt, technisch begabt, unkompliziert, geradlinig, realistisch 	<ul style="list-style-type: none"> • Scharfsinnig, analytisch, experimentierfreudig, wissenschaftlich interessiert, lernfreudig, geistreich, gebildet, vernünftig, intellektuell
Werte, Ziele <i>(Welche Werte/Ziele können bei dieser Tätigkeit verwirklicht werden?)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Beschäftigung mit Technik/Handwerk • Erstellen eines greifbaren Produkts • Erkennen des unmittelbaren Nutzens • Evtl. Naturnähe • Ehrlichkeit • Gesunder Menschenverstand 	<ul style="list-style-type: none"> • Wissen erweitern und lernen • Beschäftigung mit unerforschten Bereichen • Erbringen von intellektueller Leistung • Geistige Unabhängigkeit
Berufsbeispiele	<ul style="list-style-type: none"> • Zimmermann/Zimmerin • Mechaniker/-in • Elektriker/-in • Landwirt/-in 	<ul style="list-style-type: none"> • Physiker/-in • Biologe/Biologin • Forscher/-in • Laborant/-in

Rubrik	A (künstlerisch-kreativ)	S (erziehend-pflegend)
<i>englisch</i>	Artistic	Social
Tätigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Beschäftigung mit Kunst/Kultur • Künstlerische, kreative, gestalterische (Selbst-)darstellung • Musische Tätigkeiten • Auseinandersetzung mit Musik, Sprache («Texten») und/oder Fremdsprachen • Verwirklichung von Ideen und Idealen 	<ul style="list-style-type: none"> • Beschäftigung mit Menschen • Helfen, beraten, therapieren, heilen, pflegen • Erziehen, lehren, bilden, unterrichten • Sich um zwischenmenschliche Probleme kümmern
Fähigkeiten <i>(Welche Fähigkeiten/Begabungen erfordert diese Beschäftigung?)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kreativität, Ideenreichtum, Beteiligung am Kulturleben • Sprachliche und/oder künstlerische Ausdrucksfähigkeit, Sinn für Ästhetik • Musische Begabung 	<ul style="list-style-type: none"> • Einfühlungsvermögen • Pädagogische Begabung • Interesse an zwischenmenschlichen Problemen • Hilfsbereitschaft, Geduld mit Mitmenschen
Persönlichkeit <i>(Welche Persönlichkeitsmerkmale sind für diese Tätigkeit hilfreich?)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Fantasievoll, schöpferisch, intuitiv, künstlerisch, ausdrucksstark, begeisterungsfähig, gefühlsbetont, originell, eigenwillig 	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfsbereit, warmherzig, gesellig, tolerant, gesprächig, selbstlos, fürsorglich, mitteilsam, treu
Werte, Ziele <i>(Welche Werte/Ziele können bei dieser Tätigkeit verwirklicht werden?)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Künstlerischer Ausdruck (Ideen, Werte, Gefühle etc.) • Unkonventionalität • Schaffen von kulturellen Werten • Künstlerleben, Freiheit • Ästhetik 	<ul style="list-style-type: none"> • Dienst am Mitmenschen • Andere ausbilden, beraten und fördern • Beziehungen schaffen • Fairness, sozialer Ausgleich
Berufsbeispiele	<ul style="list-style-type: none"> • Musiker/-in • Tänzer/-in • Schauspieler/-in • Designer/-in, Kunstmaler/-in • Schriftsteller/-in 	<ul style="list-style-type: none"> • Lehrer/-in • Krankenpfleger/-in • Psychotherapeut/-in, Sozialarbeiter/-in • Familienfrau/-mann
Berufliches Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> • Kunst/Kultur, Theater, Film, Mode, Musik, Journalismus, Grafik/Design 	<ul style="list-style-type: none"> • Bildungswesen • Beratung • Gesundheitswesen

Rubrik	E (führend-verkaufend)	C (ordnend-verwaltend)
<i>englisch</i>	Enterprising	Conventional
Tätigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenarbeit mit Menschen im wirtschaftlichen Kontext Führen, managen, organisieren und leiten Überzeugen, beeinflussen, verkaufen Wirtschaftliches Planen 	<ul style="list-style-type: none"> Kaufmännische Arbeit Arbeiten mit klaren Regeln (Normen), Genauigkeit, Ordnung, Kontrolle, Überprüfung Ausführen von Routineaufgaben Beschäftigung mit Daten, Zahlen, Infos, Texten, Korrespondenz
Fähigkeiten <i>(Welche Fähigkeiten/Begabungen erfordert diese Beschäftigung?)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Wirtschaftliches Denken Organisationstalent, Führungskompetenzen, Überzeugungskraft, Verkaufsgeschick Selbstbewusstes Auftreten, Repräsentationsfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Sinn für Ordnung, strukturierte Arbeitsweise Organisatorische und administrative Fähigkeiten Regelakzeptanz Freude am Umgang mit Zahlen und Daten
Persönlichkeit <i>(Welche Persönlichkeitsmerkmale sind für diese Tätigkeit hilfreich?)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Aktiv, handlungsorientiert, zielstrebig, dynamisch, leistungsorientiert, überzeugend, kontaktfreudig, geschäftstüchtig, verantwortungsbewusst, führungsfähig 	<ul style="list-style-type: none"> Sorgfältig, genau, ordentlich, pflichtbewusst, angepasst, gewissenhaft, diszipliniert, vorsichtig, zuverlässig
Werte, Ziele <i>(Welche Werte/Ziele können bei dieser Tätigkeit verwirklicht werden?)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Erreichen von finanziellem Erfolg Wirtschaftlichkeit Übernehmen von Verantwortung Erreichen einer Führungsposition Karriereorientiert und prestigebewusst 	<ul style="list-style-type: none"> Anpassung an organisationale Werte und gesellschaftliche Normen Aufrechterhaltung von Ordnung, Sauberkeit Möglichkeit zur Planung, Planbarkeit
Berufsbeispiele	<ul style="list-style-type: none"> Manager/-in Finanzberater/-in Verkäufer/-in, Werbeagent/-in Politiker/-in, Rektor/-in 	<ul style="list-style-type: none"> Kfm. oder Bankangestellte/^\ Korrespondent/-in Kassier/-in Sekretär/-in, Telefonist/-in
Berufliches Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> Management Verkauf, Werbung, PR Unternehmen/Wirtschaft 	<ul style="list-style-type: none"> Dienstleistungsbetriebe Verwaltung Büro, Sekretariat Büro/Schalter, Buchhaltung