



5. Berlin-Brandenburger Pflegeetage 2007

15. Februar 2007

Fachforum 8

**Pflegebudgets – Top oder Flop – eine kritische
Betrachtung aus Sicht der Patienten, Pflege und
Kostenträgern und die damit verbundenen Chancen
und Risiken**

- Abstracts und Vitae -

Moderation

Holger Gerecke (Senatsverwaltung, Berlin)

VITA

1966 – 1972	Ausbildung und anschließende Tätigkeit als Lacklaborant
1972 – 1975	Studium der Sozialarbeit / Sozialpädagogik an der Staatlichen Fachhochschule Berlin
1975 – 1976	Berufspraktisches Jahr
1976 – 1978	Tätigkeit in der Jugendförderung (Bezirksamt Reinickendorf von Berlin)
1978 – 1982	Sozialarbeiter im Sozialdienst einer geriatrischen Fachklinik
1982 – 1986	Gruppenleiter Sozialarbeit beim Deutschen Roten Kreuz, Landesverband Berlin, Abt. Familienhilfe / Soziale Dienste
1983 – 1996	Ehrenamtliche Tätigkeit im Vorstand der Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V.
Seit 1986	In der für das Sozialwesen zuständigen Senatsverwaltung, z.Zt. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, derzeit als Referent für Altenhilfe

ReferentIn

Thomas Meißner (Vorstandsmitglied des Arbeitgeberverbandes im Gesundheitswesen e.V. und
Inhaber der Häuslichen Pflege Meißner & Walter, Berlin)

VITA

Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivmedizin mit Stationsleitungsausbildung. Seit über 15 Jahren im Bereich der ambulanten Pflege selbständig. Neben umfangreichen Publikationen in Tages- und Fachzeitschriften, ist er seit über 14 Jahren aktiv berufspolitisch in diversen Gremien und Vorständen tätig. Zudem arbeitet er aktiv in verschiedenen Kongressbeiräten und als Fachdozent. Zu seinen Kernaufgaben zählt die Pflege im ambulanten Bereich zu strukturieren, fachlich weiterzuentwickeln und politisch im Gesundheitssystem zu gestalten und damit die Arbeitsbedingungen der Pflegenden, der Unternehmen und an erster Stelle die Versorgung der betroffenen Menschen zu verbessern.

ABSTRACT

Geht man im klassischen Sinne vom Wort Budgets aus, so handelt es sich immer um einen vorgegebenen Rahmen, eine Obergrenze, was die Ausgaben für eine bestimmte Sache anbetrifft. Genauso verhält es sich im Bereich des persönlichen Pflegebudgets. Auch hier geht es um Obergrenzen des Sachleistungsprinzips und die Aufhebung der Bindung von Leistungen an zugelassene Pflegeeinrichtungen im Bereich der ambulanten Pflege (SGB XI). Das entsprechende Modellprojekt läuft seit Januar 2004 und soll Ende Februar 2008 seinen Abschluss finden.

Geht es um Kosteneinsparung?

Vordergründig wird bei diesem Projekt eine andere Ausrichtung kommuniziert: die Schaffung differenzierter Betreuungsformen, die Ausweitung des Leistungsspektrums, die Vermeidung von Fehl- bzw. Unterversorgung sowie eine Stärkung der Leistungsnutzer. Gerade im Bereich der niederschweligen Dienstleistung ist zu mindestens skeptisch zu hinterfragen, ob nicht die Mutter des persönlichen Budgets die Kosteneinsparung ist, um so „Beitragsstabilität“ zu erreichen bzw. den Versuch zu unternehmen, mehr Leistungen für gleiches bzw. weniger Geld zu bekommen oder aus Sicht der Kostenträger und Politik zur Verfügung zu stellen.

Über die Vitae und Abstracts der Referenten der anderen Fachforen können Sie sich unter
www.berlin-brandenburger-pflegetage.de
informieren

Das persönliche Budget als Modellprojekt, welches auf Grundlage des § 18 Absatz 3 SGB XI zurzeit läuft, wird in acht Modellregionen Deutschlands erprobt: Region München, die Stadt Erfurt, die Stadt Kassel, die Kreise Annaberg (Sachsen), Marburg/ Biedenkopf (Hessen) sowie Neuwied (Rheinland-Pfalz) und Unna (NRW). Beteiligte von Seiten der Pflegebedürftigen sind im Augenblick zwischen 1.500 bis 2.000 Versicherte. Die Bedingung für die Teilnahme am Projekt ist die Versicherung bei einer gesetzlichen Pflegekasse (Ausnahme Privatversicherte, hier ist im Einzelfall ein Antrag auf Teilnahme möglich), das Vorhandensein einer Pflegestufe nach SGB XI sowie die freiwillige Unterzeichnung der Teilnahmebedingungen am Modellprojekt.

Die Modellregionen haben klar definierte Teilnehmerzahlen. Es gibt immer zwei paritätisch besetzte Modellgruppen, eine Budgetgruppe, die mit so genannten „Fallmanagern“ und den neuen Bedingungen arbeitet und zum anderen die Vergleichsgruppe, die Sachleistungen wie bisher erhalten.

Wie wird die Arbeit der Fallmanager finanziert?

So lautet eine der entscheidenden, aber bislang nicht hinreichend beantworteten Fragen, aus welchem Topf der Fallmanager eigentlich finanziert wird, wenn die Modellphase abgelaufen ist. Außerdem ist unklar, ob die Qualitätssicherung, die Effektivität und Wirkung der Leistungen sowie die Dokumentation der ausgeführten pflegerischen Tätigkeiten messbar und transparent gestaltet werden können bzw. sollen.

Traut man den vielen Kommentaren, Einschätzungen und Statements unterschiedlich „Beteiligter“ zum Thema „Pflegebudget“, dann bleibt festzustellen, dass der überwiegende Teil der Befürworter aus dem nicht speziell betroffenen Bereich der ambulanten Pflegedienste kommt.

Klar ist, dass die Bindung der Klienten an die Leistungen der zugelassenen Pflegedienste aufgehoben werden soll. Damit besteht zumindest die Gefahr der Bildung eines Schattenmarktes ohne Qualitätsanforderungen. Ob das persönliche Pflegebudget dazu führt, dass die Prüfinstitution MDK weniger bzw. nichts mehr zu prüfen hat im Bereich ambulanter Versorgung oder, ob der Sozialhilfeträger bei umfangreicheren Pflegen nicht mehr leisten muss, also seine Leistung nicht mehr bewilligen muss, sondern sie in das persönliche Budgets subsumiert, bleibt abzuwarten.

Das persönliche Pflegebudget ist sicher für die Kostenträger eine Chance, finanzielle Ressourcen zu heben und Einsparungen zu tätigen. Auch die Politik sieht in dem Modellprojekt die Möglichkeit, finanzielle Reserven zu heben und Beitragssatzstabilität zu sichern. Das persönliche Budget bietet eine große Chance, mit dem Einsatz von Fallmanagern neue Arbeitsplätze zu schaffen. Wo aber werden diese angesiedelt. Welche Qualifikation müssen sie haben. Was heißt in diesem Zusammenhang – „Unabhängig“? Wird die Bürokratie dadurch noch größer? Wie viel Fälle schafft ein Fallmanager im Monat und von wem wird er bei Ausfall vertreten? Abzuwarten bleibt jedoch, wie viel Geld für die eigentliche Dienstleistung zum Schluss übrig bleibt.

Wird immer eingekauft, was notwendig ist?

Natürlich bietet das persönliche Budget auch für Betroffene und Angehörige eine Chance, flexibler und abgestimmt auf den persönlichen Pflegebedarf Leistungen einzukaufen. Trotzdem bleibt auch hier zu klären, wie sicherzustellen ist, dass Patienten und Angehörige immer die Dienstleistung für sich wählen, die aus fachlicher Sicht notwendig ist. Die Erfahrungen der Mitarbeiter in den über 10.000 Pflegedienste in Deutschland jedenfalls zeigen bislang, dass Patienten und Angehörige sich oftmals für die Leistung entscheiden, die bezahlbar und für sie angenehm sind. Die optimale pflegerische Notwendigkeit dagegen steht nur selten im Vordergrund der Inanspruchnahme von Leistungen.

Auch Pflegedienste könnten im persönlichen Budget einige Chancen entdecken, ihren Horizont zu erweitern, neue Dienstleistungsangebote vorzuhalten, Marketing- und Unternehmensstrukturen besser auf ihre Konsumenten - ihre Versicherten - auszurichten. Ob diese allerdings zu immer weiter sinkenden Preisen als Dumpingangebot möglich ist, ist fraglich. Ob wirklich am Ende des Modellprojektes nachgewiesen werden kann, dass die Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen im Mittelpunkt steht, bleibt ebenfalls abzuwarten. Sicher ist nur, dass das persönliche Pflegebudget im Einzelfall positive Aspekte bringen kann, wenn es auch um die Erweiterung von Leistungen des SGB XI geht und die Rahmenbedingungen klarer und umfassend beschrieben sind. Ob kleine Einrichtungen mit diese Veränderungen mithalten können ist fraglich.

Gerade im Bereich alternative Betreuungsformen wie Wohngemeinschaften und Generationenhäusern kann im Einzelfall das Pflegebudget geeignet sein, bürokratische Hindernisse der täglichen Auseinandersetzung mit Kostenträgern zu verhindern und optimale Versorgungsformen und Möglichkeiten zu finden. Die Generalisierung des Budgets auf alle Fälle des SGB XI, ist hingegen eher skeptisch zu sehen. Wenn nicht nur Sachleistungsbezieher, sondern auch Geldleistungsempfänger das Budget zugewiesen bekommen, wird dies zu einer enormen Ausgabesteigerung führen.

Fazit und Ausblick

Nicht das Schönreden bzw. das lokalpatriotische Bekriegen von Befürwortern und Gegnern des persönlichen Pflegebudgets sollte im Vordergrund der Diskussionen der nächsten Monate stehen, sondern die Beantwortung aller offen gebliebenen Fragen. Diese noch offenen Fragen beziehen sich insbesondere auf die Qualitätssicherung, die Sinnhaftigkeit der ambulanten Zulassungsbedingungen, die verhandelten Entgelte, die Parallelstrukturen, die MDK Prüfung sowie die Ansiedlung eines Fallmanagers und dessen Vergütung.

Paul Jürgen Schiffer, zuständig für Pflege beim VdAK in Siegburg, fasst dies in einem Interview zum Thema Pflegebudget gut zusammen. *„Die Erprobung des persönlicher Budgets wird sich daran messen lassen müssen, ob und in wie weit die begleitenden Parameter (Sicherstellung der Qualität, Assessment - Verfahren, Case-Management) tatsächlich positive Effekte zeigen. Die bisherige vorliegende Erfahrung mit persönlichen Budgets aus anderen Sozialleistungsbereichen (SGB X) zeigen, dass die „persönlichen Budgets“ nicht so ohne weiteres auf Akzeptanz stoßen bzw. angenommen werden. Von daher ist sowohl eine gute Steuerung, wie aber auch Flexibilität auf allen Seiten erforderlich.“*