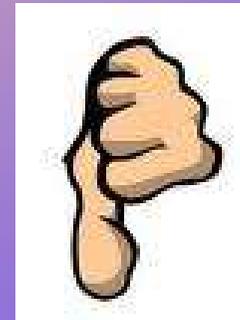
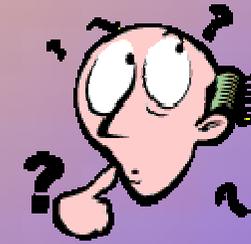


Pflegebudget Top oder Flop ?



- Thomas Meißner
- Vorstandsmitglied im Arbeitgeberverband im Gesundheitswesen e.V. (AVG)
 - Geschäftsführer der Häuslichen Pflege Meißner & Walter GmbH

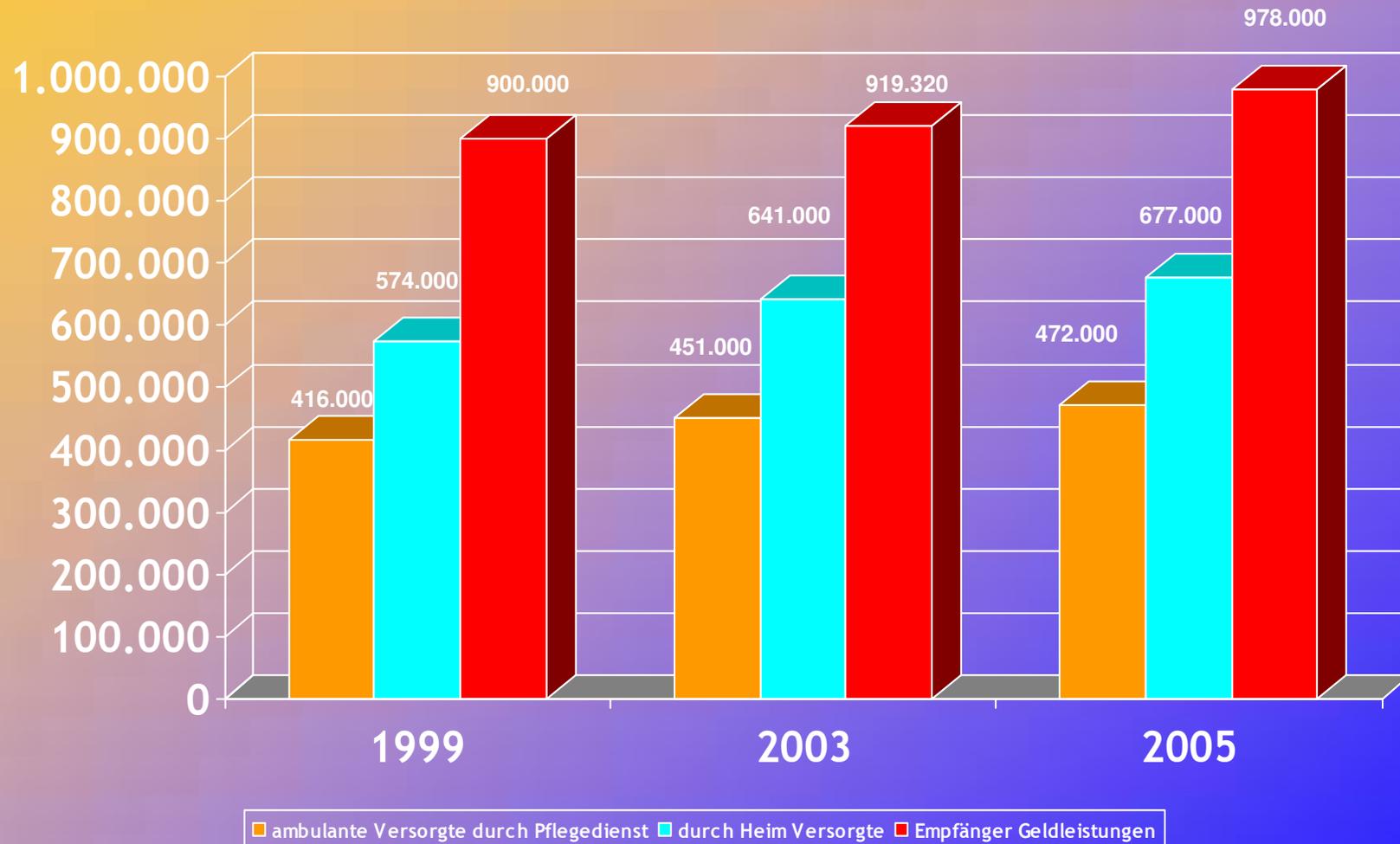


Gliederung des Vortrages

- Unterschied zwischen trägerübergreifendem persönlichen Budget – persönlichem Pflegebudget
 - Das persönliche Pflegebudget nach § 18 Abs. 3 SGB XI - Betrachtung von Seiten
 - a) Patienten, b) Kostenträger, c) Pflege
- Bemerkungen / Feststellungen / Kernaussagen/ Fragen
 - Diskussion
 - Zusammenfassung (wenn möglich)



Darstellung der Entwicklung - ambulante Versorgte durch Pflegedienst, durch Heim Versorgte und Empfängern von Geldleistungen



Ziele von Budgets

1.
Disziplinierung/
Begrenzung
(Eindämmung)
der Kosten

2.
Abbau von
Bürokratie (?!!?)

3.
Förderung der Eigenständigkeit
der/des Budgetnutzers



Arztbudget

Krankenhausbudget
(DRG)

Geläufige
Budgets

Leistungskomplexe
amb. Pflege

Integrierte Versorgung

Sachleistung
(Pflegestufen)

Haushaltsbudget
u.v.m.



Budgets , die unbedingt differenziert betrachtet werden müssen ! Beide werden sehr oft verwechselt !!!

- Trägerübergreifendes Persönliches Budget (§ 17 SGB IX / § 57 SGB XII / § 61 SGB XII)



- Personenbezogenes Pflegebudget (§ 18 Abs. 3 SGB XI)

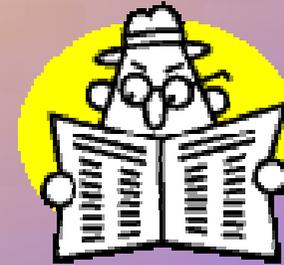


Modellprojekt Trägerübergreifendes Persönliches Budget oft nur „persönliches Budget“ genannt!

Modellprojekt seit dem
01.07.2004 bis 31.12.2007
(Beschluss Bundeskabinett vom
20.12.2006 - Rechtsanspruch ab
01.01.2008 auf diese neue
Leitungsform!!!)



Zielsetzung:



- Herbeiführen eines Paradigmenwechsels in der Behindertenpolitik im Bereich Rehabilitation und gleichberechtigter Teilhabe behinderter Menschen

- „Aufweichen“ trägerspezifischer, fest definierter Betreuungs- und Eingliederungsdienste bzw. Sachleistungen
 - Förderung der Selbstbestimmung der Nutzer
 - Lösungsansatz, sich konträr stehender gesetzlicher Regelungen



Fragestellung des Modellprojekts



1. Welche Leistungen sind für ein Persönliches Budget geeignet?
2. Kann eine Individualisierung/ eine Flexibilisierung erreicht werden?
3. Wie kann man die Höhe des Budgets effektiv und sinnvoll ermitteln ?



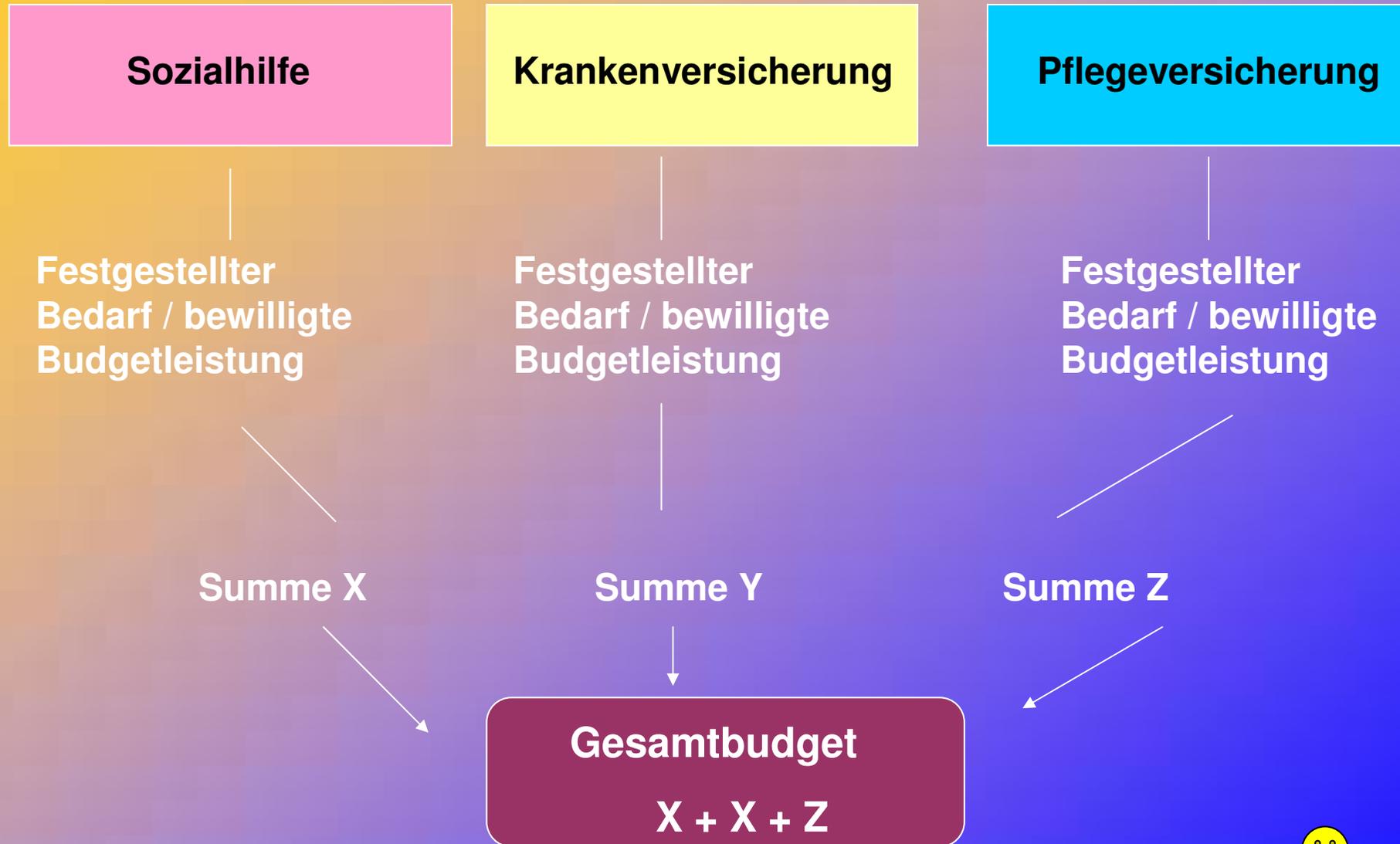


Ziele des Projektes:

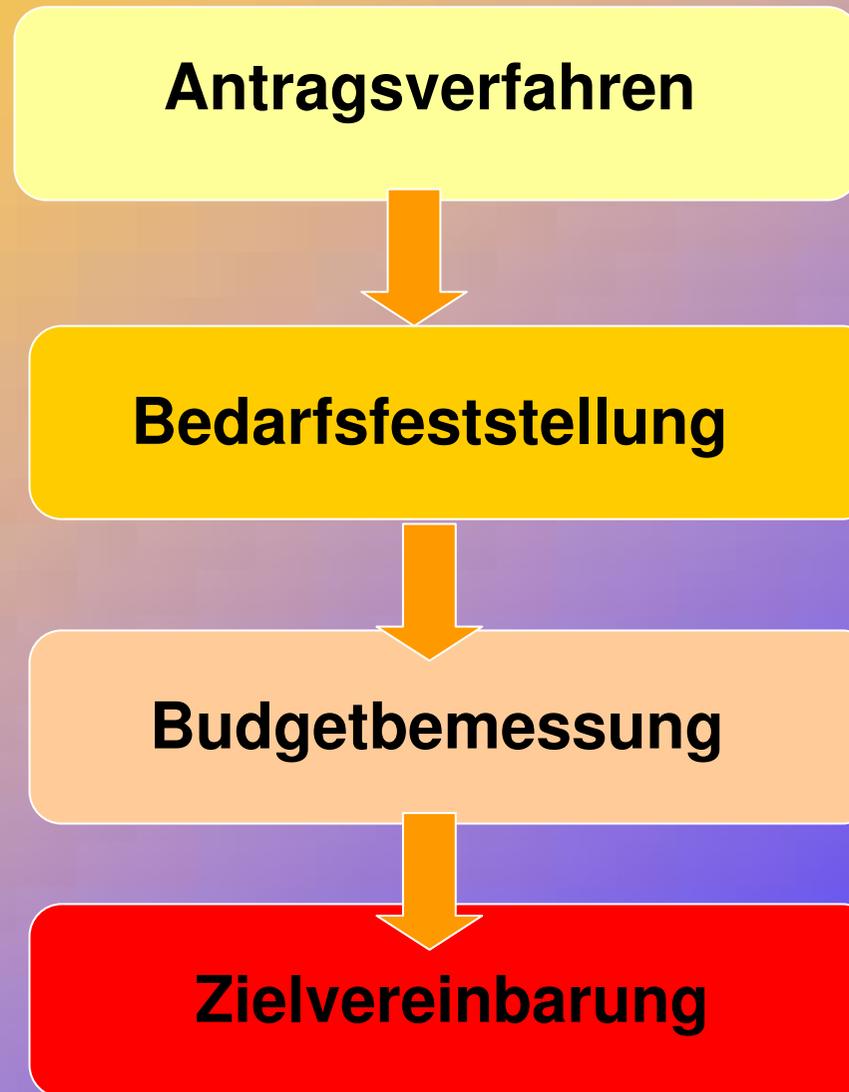
- ✓ Auswirkungen des Trägerübergreifenden Budgets in Bezug auf Transparenz und Wirtschaftlichkeit, Effektivität und Wirkung beim Leistungsträger und Leistungsempfänger
- ✓ Harmonisierung einzelner Leistungsrechtlicher Vorschriften unterschiedlicher gesetzlicher Regelungen



Trägerübergreifendes Budget als Komplexleistung



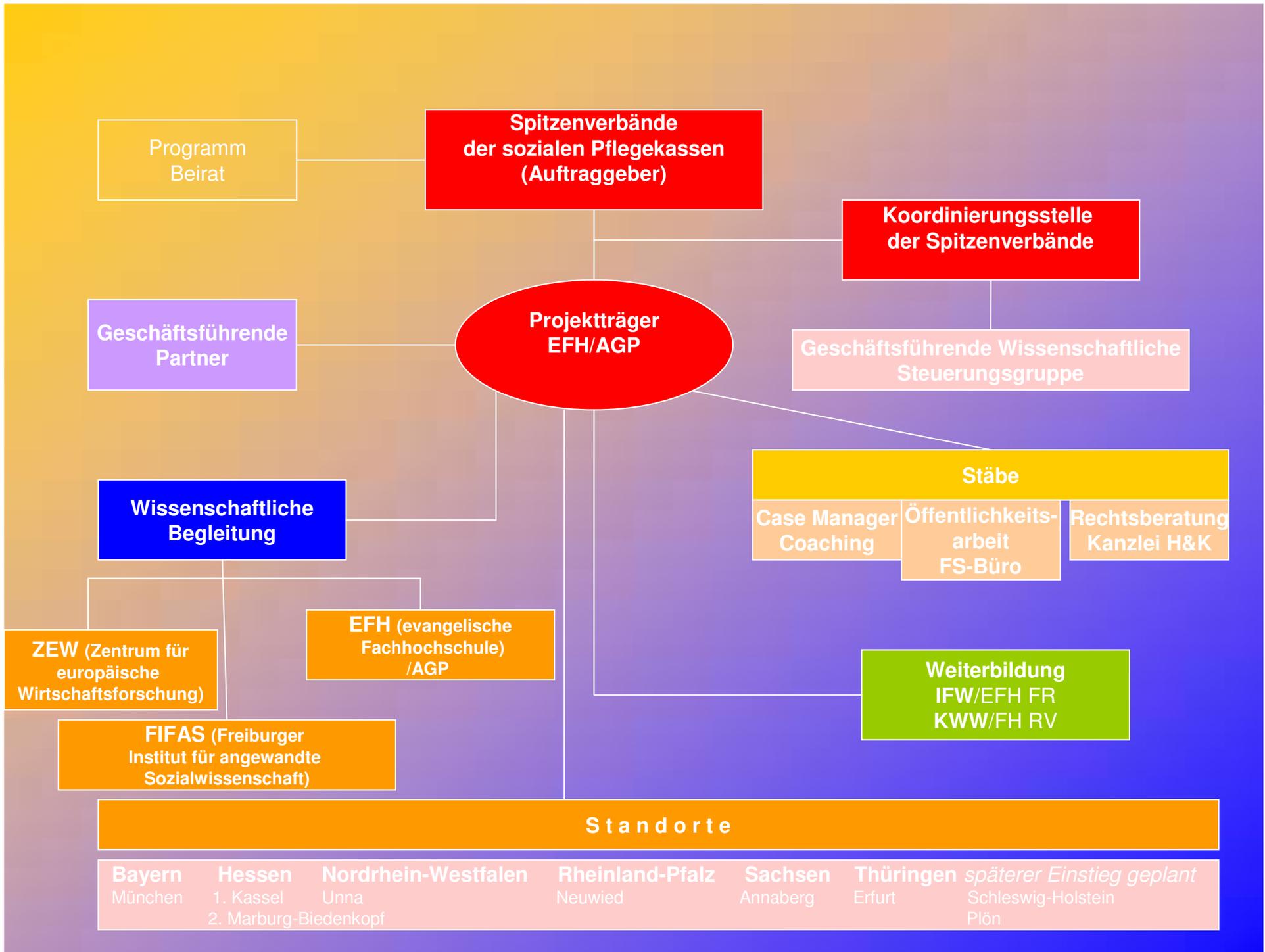
Ausgestaltung des Budgetverfahrens



2. Personenbezogenes Pflegebudget

Modellprojekt der Spitzenverbände der Pflegekassen (§ 18 Abs. 3 SGB XI) zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und zur Entwicklung qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Menschen mit Pflegebedürftigkeit nach SGB XI.





Ziel:

- Flexibilisierung individueller Betreuungsangebote und deren struktureller Anforderungen
- Loslösung vom Verrichtungsbezug (z.B. Aufhebung der Bindung an zugelassene Pflegedienste)
 - Beitragssatzstabilität
- Verhinderung von Heimpflege



Dauer des Modellprojekts:
01.12.2004 bis 28.02.2008



Gesetzliche Regelungen

- § 8 Abs. 3 SGB XI

Die Spitzenverbände der Pflegekassen können einheitlich und gemeinsam aus Mitteln des Ausgleichfonds der Pflegeversicherung mit **5 Millionen Euro im Kalenderjahr** Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige, durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. Dabei sind vorrangig modellhaft in einer Region Möglichkeiten eines personenbezogenen Budgets sowie neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige zu erproben. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels sowie von § 36 abgewichen werden.



Siebtes Kapitel Regelungen über

- Beziehungen der Pflegekassen zu Leistungserbringern (Zulassung) § 72 
- Bundesrahmenempfehlung § 75, 
- Qualitätssicherung / Maßstäbe und Grundsätze § 80 



München
(Neuperlach/
Bogenhausen)

Stadt Erfurt

Unna
(Nordrhein-Westfalen)

Modellregionen

Stadt Kassel

Neuwied (Rheinland-Pfalz)

Marburg-Biedenkopf
(Hessen)

Kreise Annaberg
(Sachsen)



Wer darf am Modellversuch Persönliches Pflegebudget teilnehmen?

- ❖ Nur gesetzlich Pflegeversicherte Sachleistungsbezieher (Ausnahme Modellregion Erfurt / Neuwied)
- ❖ sowie Leistungsempfänger mit hohem Sachleistungsanteil bei Kombileistungen
- ❖ Teilhabe prinzipiell freiwillig - Information über Budgetbüros in den Modellregionen
- ❖ Einschaltung von Fallmanagern über die Budgetbüros und Feststellung des allgemeinen Pflegebedarfs (Pflegebegutachtung nach § 18 SGB XI / Neubeantragung / Weiterführung / Höherstufung der Pflegeleistung (Pflegestufe))



Prüfung der Voraussetzungen des freiwilligen Modellinteressierten

Entscheidung über Aufnahme in das Modellprojekt



Budgetgruppe
- Pflegebudget



Vergleichsgruppe
- Sachleistung



Entscheidung über Budgetgruppe bzw. Vergleichsgruppe nach dem Zufallsprinzip. Fallzahlen im Modellprojekt vorgegeben, z.B. Neuwied 200 Personen Budget, 200 Personen Kontrollgruppe bzw. Kassel 50 Personen Budget, 50 Personen Kontrollgruppe



Einführung eines obligatorischen Casemanagements

- Aufgaben des Fall- / Casemanager:
- Unterstützung bei der Auswahl der Leistungserbringer (Vertragsgestaltung)
- Ermittlung Pflegebedarf - Assessment !
- Aufbau von Hilfenetzwerken für Nutzer
- Qualitätssicherung - Evaluation
- (mindestens ½ jährlich)



Verfahren in der Budgetgruppe

- Erstellung eines Bedarfsplanes durch Fallmanager
- Festlegung der Leistungen des Budgets
- Auszahlung des Geldes in Höhe der zustehenden Sachleistungsbezüge

je nach Pflegestufe

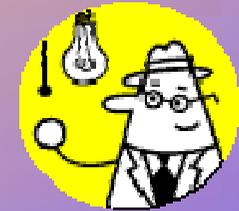
Stufe I = 384,00 €

- Stufe II = 921,00 €

- Stufe III = 1.432,00 €



Welche Leistungen fallen unter das Persönliche Budget?



- Klassische Leistungsinhalte der Pflegeversicherung
 - a) Grundpflege,
 - b) Hauswirtschaft,
 - c) Ernährung,
 - d) Mobilitätwerden aufgehoben.

Entscheidend ist lediglich der Bezug der eingekauften Leistungen auf die konkreten Pflegesituation.

Zum Beispiel Einkaufen, Reinigung der Wohnung, Vorlesen, Begleitung, Spaziergänge, Besorgungen etc. - sogenannte „Care - Leistungen“

Abschließende Entscheidung zwischen Versicherten und Fallmanagern.



Durchführung der Leistungen

- Keine Bindung an zugelassene Pflegeeinrichtungen,
- Einzelpersonen,
- Anbietern von Dienstleistungen, z.B. Haushalts-/Betreuungsbereich, Nachbarn, Betreuungsnetzen usw.



Voraussetzung zur Einführung des Pflegebudgets?

- Feste Verankerung in einer möglichen Pflegeversicherungsform als eigenständige Leistungsform.
- Teilnehmende Versicherte: in allen Regionen knapp 1000 (800 - 1000)



Sichtweisen der am Projekt betroffenen Teilnehmer

Kostenträger

Patienten

zugelassene amb.
Pflegedienste



Hauptziel der gesetzlichen Kostenträger

- Stabilität der Beitragssätze
- Entlastung/ Einsparungen bei der Pflegeversicherung bei zugleich angemessener Versorgung



Sichtweisen der Kostenträger

- Schaffung von individuellen angemessenen Hilfen von Pflege
- Entlastung Angehöriger
- Deutliche Effektivitätssteigerung durch Einbindung „neuer Leistungserbringer“
- Schaffung neuartiger Angebote
- Bekämpfung von Unter-/Fehlversorgung, mehr differenzierte Leistungen für gleiches Geld
- Deutliche Kosteneinsparung durch Vermeidung stationärer Versorgung
- Überarbeitung/Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Aufhebung der Einschränkung durch somatische Ausrichtung)
- Einbeziehung von gerontologischen bedürfnisorientierten Ansätzen



Kritische Fragen an die Kostenträger

- Bildung und Entwicklung von Schattenmärkten
- Kontrolle der Effektivität der durchgeführten Leistungen
- Sicherung der allgemeinen Grundsätze und Maßstäbe in Richtung der Qualität (PQSG, §§ 72, 75, 80 SGB XI , GMG, ...)
- Finanzierung des Budgets bei Ausweitung auf Geldleistungsbezieher und Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in Bezug auf Antragsstellung auf Leistungen der PV
- Finanzierung des Fall-/ Casemanagers
- Sicherstellung einer ausreichenden pflegerischen Infrastruktur durch die Länder / Pflegekassen
- Finanzierung über das Budget hinausgehender Kosten durch den Sozialhilfeträger (SGB XII) bei Mehrbedarf an Pflege- und Hilfeleistung
- (Dreiseitiges Vertragsverhältnis SGB XI, SGB II, LA)



Sicht der Versicherten

- Deutlich mehr Leistungen für gleiches/weniger Geld
- Aufhebung traditioneller Versorgungsformen und Leistungen
- Unterstützung individueller neuer ambulanter Betreuungsmöglichkeiten (Wohngemeinschaften, Generationshäuser)
- Förderung nachbarschaftlichen Handelns



Problembereiche

- Dokumentation der durchgeführten Leistungen
- Qualität, Effektivität und Wirkung der durchgeführten Leistungen
- Haftung bei schlecht erbrachter Pflege / Auswirkungen auf nachfolgende Behandlungen (z.B. Krankenhausaufenthalte, Einbeziehung häuslicher Krankenpflege / Dekubitusversorgung usw.)
- Auswirkung/Klärung von steuer- und sozialversicherungsrechtlichen Regelungen bei den zu Betreuenden



Auswirkung/Sichtweise ambulanter zugelassener Pflegedienste

- Chancen, das Betätigungsfeld zu erweitern (niederschwellige Angebote und haushaltsnahe Dienstleistungen)
- Ausrichtung und Weiterentwicklung von Marketing und Unternehmensstruktur, orientiert auf Bedarf am „Kunden“
- Bindung der Pflegebedürftigen durch alternative Betreuungsangebote an die Einrichtung und Verhinderung von Abwanderung in den stationären Versorgungsbereich



Kritische Fragen- Feststellungen- Auswirkungen

- Durch den Fallmanager (wenn nicht im Pflegedienst angesiedelt) wird die Schaffung von Parallelstrukturen begünstigt ?!
- Können kleine Einrichtungen die Gesamtpalette der aufgezeigten und nachgefragten Leistungen bieten !?
- Deutliche Herabsetzung der Qualitätsanforderungen, Marktchancen gegenüber qualitätsgebundenen Anbietern ?!



Kritische Fragen- Feststellungen- Auswirkungen

- Mögliche Absenkung der Entgelte
- Klare Markt- und Patientensteuerung durch Fall- / Casemanager zu bestimmten Versorgern, Netzen und Betreuungsformationen
- Geht es nur um den Preis oder auch um die Qualität der erbrachten Leistung (Schnäppchen um jeden Preis?)?



Kritische Fragen- Feststellungen- Auswirkungen

- Werden die „niederschweligen Care Leistungen“ steuerlich anders bewertet ?
(Ekst. / Mwst. / Gwst. / Sozialabgaben..)
- Wer vertritt den/die Dienstleister,
Casemanager bei Krankheit bzw. Urlaub?



Betrachtung / Fragen, Feststellungen / Behauptungen

1. Was haben Anbieter ambulanter Pflegeleistungen bis heute ohne das Case-/ Fallmanagement gemacht?
2. Müssen Casemanager Praktiker oder Theoretiker sein?
3. Entscheiden Angehörige bzw. Pflegebedürftige nach dem notwendigen Pflegebedarf oder nach dem, was der Geldbeutel (die Sachleistung der PV) hergibt?
4. Wenn im Rahmen des Persönlichen Budgets jeder ohne Zulassung und Qualitätsanforderungen Leistungen erbringen darf, brauchen wir dann noch ambulante Pflegedienste bzw. deren Zulassung ?
5. Der § 80 Grundsätze und Maßstäbe der Pflegequalität ist zu Ende verhandelt, aber nicht unterschrieben, da der Sozialhilfeträger einen Anstieg der Kosten vermutet. Gilt die Qualitätsdiskussion des MDS, der MDK-Gemeinschaft, Verbraucherschützer, Pflegeverbände noch in das 21. Jahrhundert in Bezug auf das Pflegebudget?



Fragen zum Casemanager

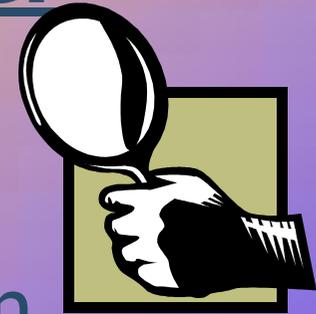
Wie wird der Case- / Fallmanager bezahlt, aus Budget- oder Sondermitteln



1. Während Modellversuch Finanzierung aus Topf der Pflegeversicherung (ca. 10% des Bruttobudgets) ?
2. Gibt es eine Einschränkung des Persönlichen Pflegebudgets des Versicherungsnehmers ?



Wo soll der Case- / Fallmanager angesiedelt werden?



Im Augenblick mögliche Überlegungen

- bei den Pflegekassen
- beim MDK
- beim Leistungserbringer (PD oder andere)
- bei den Kommunen
- bei eigenständige Agenturen



Fragen zum Casemanager

- Wie oft sollte ein Casemanager im Modellvorhaben den Budgetnutzer begleiten?
- Mindestens halbjährlich um die Qualität der Versorgung, die Wirksamkeit der Ergebnisqualität zu kontrollieren.
- Wie viele Nutzer kann so ein Casemanager im Monat betreuen? (In Kassel z.Z.30 Budgetnutzer von 2 Managern - je 20 WS)



- Wenn der Fall- / Casemanager schlechte Qualität feststellt, belastet er sich dann selber?
- Wie wird Qualität definiert bzw. wer definiert sie? (MDS/ MDK, Pflegekasse, Sozialhilfeträger, Anbieter, Gesetzgeber, Wissenschaft, Fall/ Casemanager)



Fragen zum Casemanager:

- Wer vertritt bei Krankheit/ Urlaub?
- Arbeitet der Hausarzt mit dem Casemanager zusammen?
- Welche Qualifikation sollte der Casemanager haben?
- Wie ist die Stellung des Casemanagers gegenüber eines Berufsbetreuers?
- Wo ist der Unterschied zwischen Casemanager und Sozialarbeiter in ambulanten Pflegediensten? (Nicht nur von der Definition !!)



Fragen zum Casemanager:

- Wie wird der Casemanager bzw. das Assessmentverfahren überprüft?
- Gibt es Zulassung für Casemanager?
- Wie ist deren Haftung?
- Welche Weisungsbefugnis hat der Casemanager in Hinblick auf Dienstleister?
- Was ist, wenn der Budgetnutzer den Casemanager wechseln will ?



- **Schlussbemerkungen -
Feststellungen – Kernaussagen
als Grundlage einer eventuell
nachfolgenden Diskussion !**





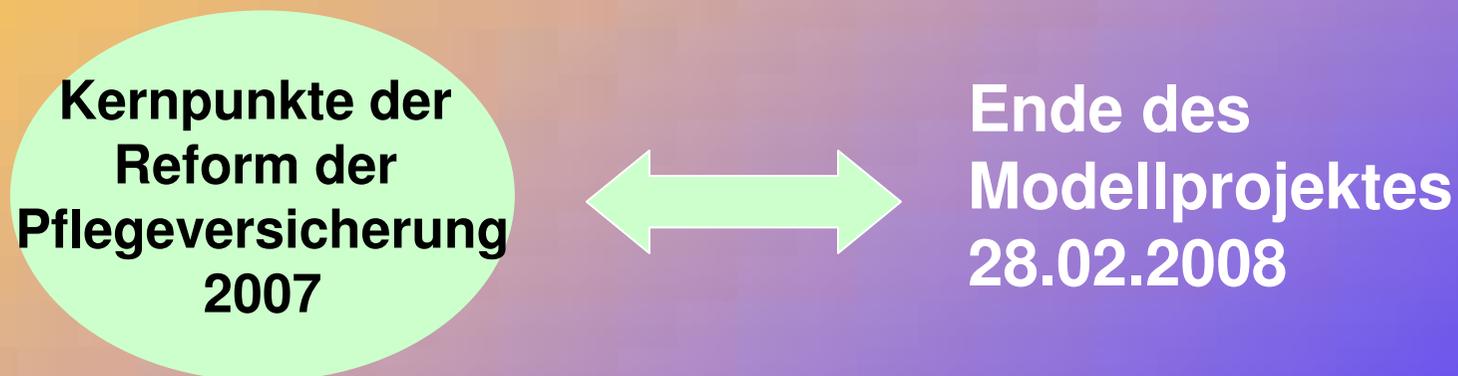
Zusammenfassung

1. Es bleibt uns noch fast 1 Jahr (bis 28.02.2008) bis das Modellprojekt beendet ist. Die Auswertung sollte gründlich erfolgen und unter Einbeziehung von Praktikern aus der Pflege, mit der **ehrlichen und verstehbaren** Beantwortung der dargelegten Fragen !



Zusammenfassung

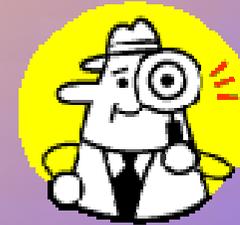
- 2.



Besteht bei diesem Zeitplan eine Chance, dass die Ergebnisse mit in die Reform einfließen , oder steht alles schon fest ?



Zusammenfassung



3. Sollten die Zulassungsbedingungen der ambulant arbeitenden Pflegedienste in Bezug auf Mindestvoraussetzungen, Qualitätssicherung, Vertragsstrafen nicht verändert werden?



Zusammenfassung



4. Verändert das Persönliche Pflegebudget wirklich nachhaltig und positiv die eigentliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf Kontinuität, Qualität, Effektivität im Verhältnis zu den bisherigen Leistungsformen?



Zusammenfassung

5. Werden durch die Einführung des Persönlichen Pflegebudgets viele neue Jobs um die Pflege herum geschaffen und für die „eigentliche“ Arbeit steht immer weniger Geld zur Verfügung?



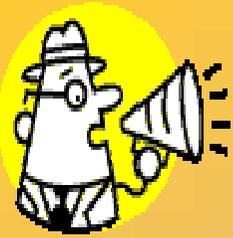
Konsequenzen bei Einführung des persönlichen Pflegebudgets

- Leistungsbeschaffungsverhältnis zwischen Pflegekasse und Einrichtungsträger (§§ 72 f. SGB XI) wird aufgelöst
- Kostenträger beschränken sich auf Finanzierungsfunktion
- Versorgungsparameter wie Art der Pflege, Qualität, Entgelte, Qualifikation etc. sind Sache der Marktakteure
- Keine Rahmensetzende Ordnungsfunktion des Staates



Es ist festzustellen, dass das
Hauptlager der Befürworter bei
Kostenträgern, vor allem aber bei den
Verantwortlichen des Modellprojekts,
bei Wissenschaftlern, Managern,
Studierenden, Unternehmensberatern,
und vereinzelt Verbandsvertretern
liegt.





Ist dies so, weil sie

- von den eigentlichen Auswirkungen zumindest nicht negativ betroffen sind?
- aus der praktischen Arbeit, also dem täglichen Handeln, weit entfernt sind?
- unter Umständen mit der Einführung des Projektes mehr bzw. kontinuierlich weiterhin Geld verdienen?

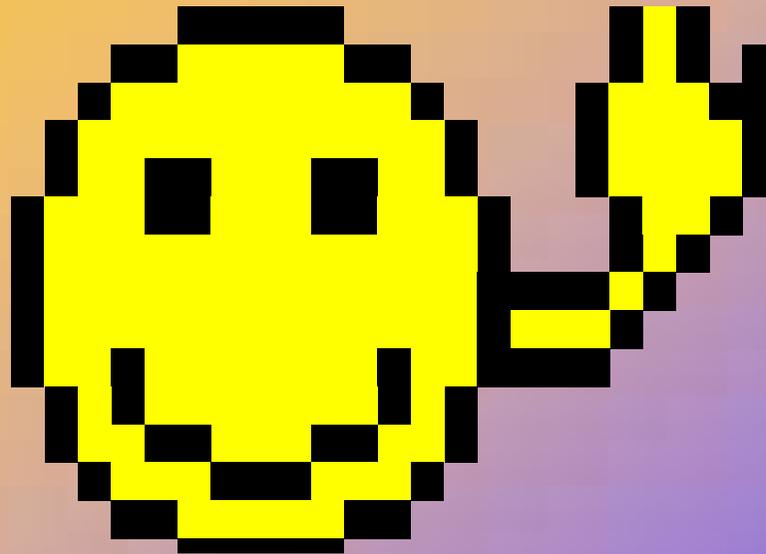
Dreh- und Angelpunkt des Modellprojektes ist der Fall- / Casemanager sowie die dargestellten erweiterten Leistungen



- „Die Erprobung 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 zeigt. 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. “

(Paul Jürgen Schiffer VdaK - Siegburg)





*Ich bedanke mich für
Ihre Aufmerksamkeit*

Thomas Meißner
Vorstandsmitglied im ArbeitgeberVerband
im Gesundheitswesen e.V. (AVG)
Geschäftsführer der
Häuslichen Pflege Meißner & Walter GmbH

Ich freue mich auf eine anregende Diskussion!!!

