



Ein Projekt gefördert durch die
Spitzenverbände der Pflegekassen

Das PFLEGE BUDGET

Kurzzusammenfassung

Projektmanagement Freiburg

Arbeitsschwerpunkt Gerontologie & Pflege
an der Evangelischen Fachhochschule

Bugginger Straße 38

79114 Freiburg

Tel.: 0761/4 78 12-638

Fax: 0761/4 78 12-699

www.pflegebudget.de

AGP-efh@pflegebudget.de

Kurzzusammenfassung des Abschlussberichtes zum Projekt PFLEGE BUDGET

Einleitung

Forschungsbericht Einführung eines persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management.

Die Kurzfassung fasst die verschiedenen Teile des AGP-Forschungsberichtes zusammen, die ausführlich in dem Schlussbericht dokumentiert sind. Auf eine detaillierte Darstellung methodischer Fragen, der jeweils zugrunde gelegten Vorüberlegungen und Voraussetzungen wird ebenso verzichtet wie auf die exemplarische Darstellung des empirischen Materials und seiner Interpretation. Die Kurzfassung enthält auch keine Verweise auf weiterführende Literatur.

Der AGP-Bericht setzt sich aus unterschiedlichen, zum Teil selbständigen Teilstudien zusammen. AGP hatte neben dem Projektmanagement und der Projektsteuerung die Aufgabe, im Rahmen der Begleitforschung mit Methoden der Implementationsforschung Bedingungen, Hindernisse und förderliche Faktoren der Implementation sowie mittlerweile gewonnene Erkenntnisse aufzubereiten und zu interpretieren (Teil Implementationsforschung). In der Verantwortung des AGP lag auch die systematische Bearbeitung von Rechtsfragen im Modellprojekt PFLEGE BUDGET, dies in Zusammenarbeit mit einem Justizariat. Die im Modellprojekt aufgeworfenen und bearbeiteten Rechtsfragen werden entsprechend dokumentiert.

Die Entwicklung einer Case Management-Konzeption für das Modellprojekt PFLEGE BUDGET, die Sicherstellung der entsprechenden Qualifikation und die Wahrnehmung der Fachaufsicht über die im Projekt eingesetzten Case ManagerInnen lag ebenfalls beim AGP. Im Kapitel Case Management wird das im Projekt implementierte Case Management-Konzept dargelegt; das Assessmentinstrument und seine Wirkungen im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung dokumentiert, die im Modellprojekt PFLEGE BUDGET bei den Case ManagerInnen zu beobachtenden Rollenkonflikte gegenüber den Stakeholdern ausführlich analysiert und eine Zeit- und Tätigkeitsanalyse der Case Manager vorgelegt. In einer qualitativen Fallanalyse wurden die standardisierten Daten zu Veränderungen in den Versorgungsarrangements der Begleitforschung von FIFAS illustriert und kontextualisiert.

Schließlich wurde in einer Einzelstudie den betriebswirtschaftlichen Fragen und Herausforderungen für die Pflegedienste nachgegangen, die sich mit der Leistungsform PFLEGE BUDGET öffnen.

1	Die Implementation des Projektes Pflegebudget	IV
1.1	Implementationsvoraussetzungen.....	IV
1.2	Implementationsforschung	VII
2	Rechtsfragen im Modellprojekt Pflegebudget	XI
3	Case Management: Konzeptionen, Assessment, Rollenkonflikte	XV
4	Analyse qualitativer Fallbeschreibung	XIX
5	Leistungsanbieter im Pflegebudget	XXII
6	Pflegepolitische Optionen für eine regelhafte Einführung von Pflegebudgets	XXIV

1 Die Implementation des Projektes Pflegebudget

1.1 Implementationsvoraussetzungen

Die experimentelle Erprobung der neuen Leistungsform Pflegebudget setzte voraus, dass in den vorgesehenen sieben Regionen für die Gewährung der Budgets, der Begleitung der Budgetnehmerinnen durch entsprechendes Case Management und die tatsächliche Inanspruchnahme von Dienstleistern jeweils die infrastrukturellen und operativen Voraussetzungen geschaffen wurden. Bei der Auswahl der Standorte war zum einen darauf zu achten, dass sowohl urbane Regionen als auch ländliche Regionen vertreten sind und zum anderen, dass Standorte in den alten und in den neuen Bundesländern beteiligt wurden. Die Teilnahme konnte nicht verordnet werden. Insofern war eine eigenständige Motivation der Kommunen und Kreise Voraussetzung für die Teilnahme. Die Auswahl der Standorte erfolgte in enger Zusammenarbeit und Abstimmung mit dem Auftraggeber. Es wurden so genannte kleine und große Standorte differenziert. Die potentielle Zahl der BudgetnehmerInnen differierte zwischen 50 und 100 Personen. Auch wenn sich das Pflegebudget als Alternative zu den Sachleistungen verstand, wurde an zwei Standorten den Versicherten die Möglichkeit gegeben, das Budget auch anstelle der Pflegegeldleistungen in Anspruch zu nehmen. Im Modellprojekt nahmen schließlich folgende sieben Modellregionen teil:



In den Modellregionen war jeweils eine Stelle für die Ansiedlung des Case Managements zu schaffen. Dabei wurde Wert darauf gelegt, möglichst unterschiedliche Ansiedlungsoptionen in das Modellprojekt einzubeziehen. Überwiegend fanden sich die Case ManagerInnen bei den kommunalen Partnern wieder, dort allerdings in unterschiedlichen Ämtern respektive Stellen.

Lediglich an einem Standort wurde die Verbraucherzentrale als Ansiedlungsort für das Case Management ausgewählt, in einem anderen die Pflege- und Informationszentren von Krankenhäusern.

Es galt nicht nur in den Kreisen und Städten die strukturellen und operativen Voraussetzungen für das Case Management zu schaffen, sondern auch bei den Pflegekassen und mit ihnen dafür Sorge zu tragen, dass eine termingerechte Budgetauszahlung dieser sichernden Leistungen zuverlässig an die BudgetnehmerInnen erfolgen konnte.

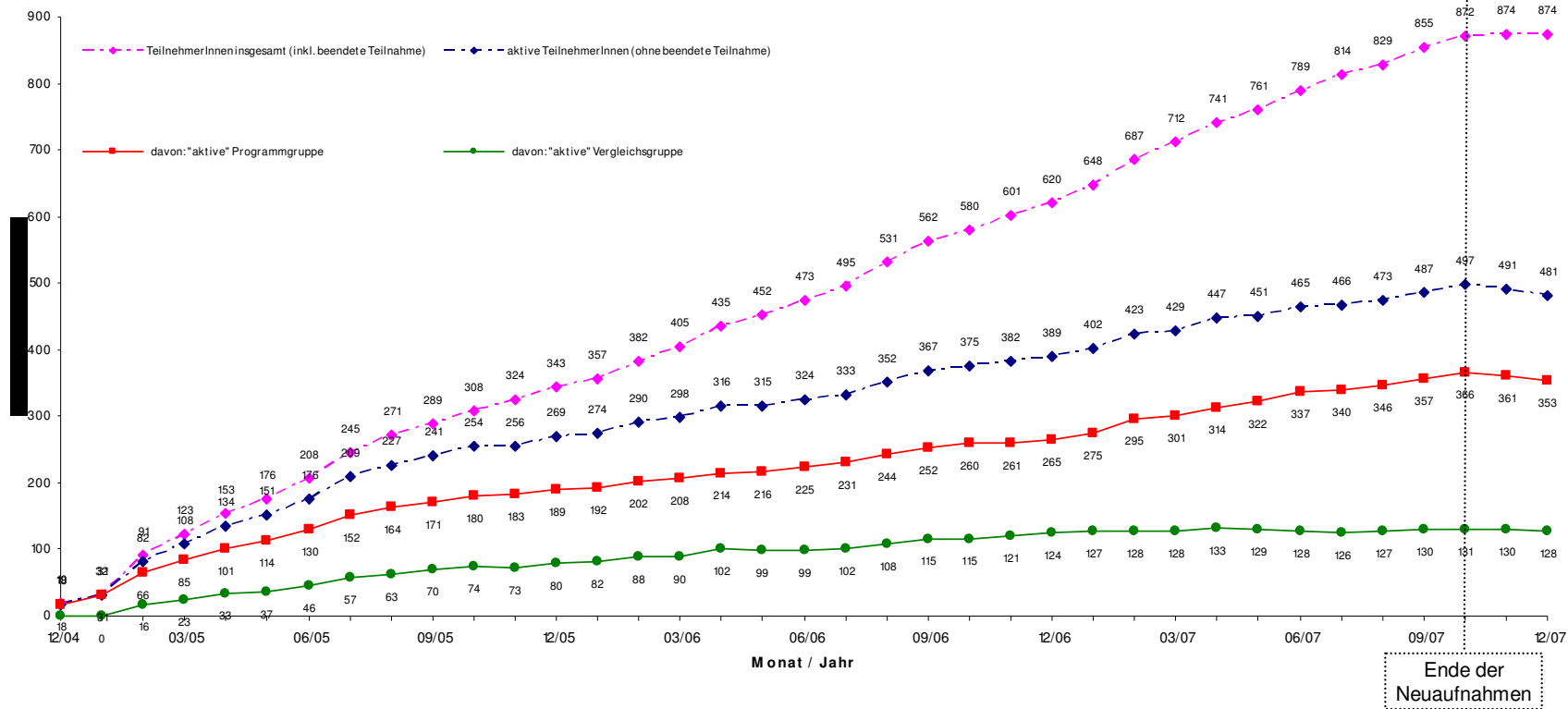
Wie langwierig und arbeitsintensiv sich diese Implementationsaufgaben gestalten würden, konnten alle Beteiligten im Voraus nicht absehen. Das Projekt startete im November 2003, erste Auszahlungen des Pflegebudgets konnten ein Jahr später erfolgen.

Die Rekrutierung von Budgetinteressierten stellte sich, trotz entfalteter Öffentlichkeitsarbeit, erwiesen mühsamer dar als erwartet. Die Teilnahmerekrutierung gestaltete sich aus unterschiedlichen Gründen schwierig: Zum ersten war die Zahl der formal Budgetberechtigten wesentlich geringer als zunächst angenommen: der Prozentsatz der reinen Sachleistungsbezieher, die man beim Modellprojekt PFLEGE BUDGET zunächst vor Augen hatte, war wesentlich kleiner als angenommen. Für die Erstbezieher von Pflegeleistungen waren die mit Bezug des Pflegebudgets verbundenen Abklärungen vergleichsweise aufwendig, was dazu führte, dass etwa nach Krankenhausentlassung Budgets als pragmatische Leistungsalternative seltener in Betracht kamen. Bei der Hauptgruppe der Budgetberechtigten, den Sachleistungsbeziehern, stellte sich schnell heraus, dass die Mehrzahl der Pflegedienste kein Interesse an der Umstellung der Leistungen auf Budgets hatten und folglich ihren Kunden davon abrieten oder Informationen nicht weiter gaben. Hinzu kam, dass die Bereitschaft, sich an einem sozialen Experiment zu beteiligen, in dem nur jedem Zweiten ein Budget ermöglicht werden konnte, gering ausfiel.

In enger Zusammenarbeit mit dem Auftraggeber ist es im Projektverlauf gelungen, durch entsprechende Designänderungen die Zahl von 874 TeilnehmerInnen und 608 Budgetnehmerinnen zu erzielen.

Entwicklung der TeilnehmerInnenzahl im PFLEGEbudget

vom 01.12.2004 bis 31.12.2007 (Stand: 4.01.2008)



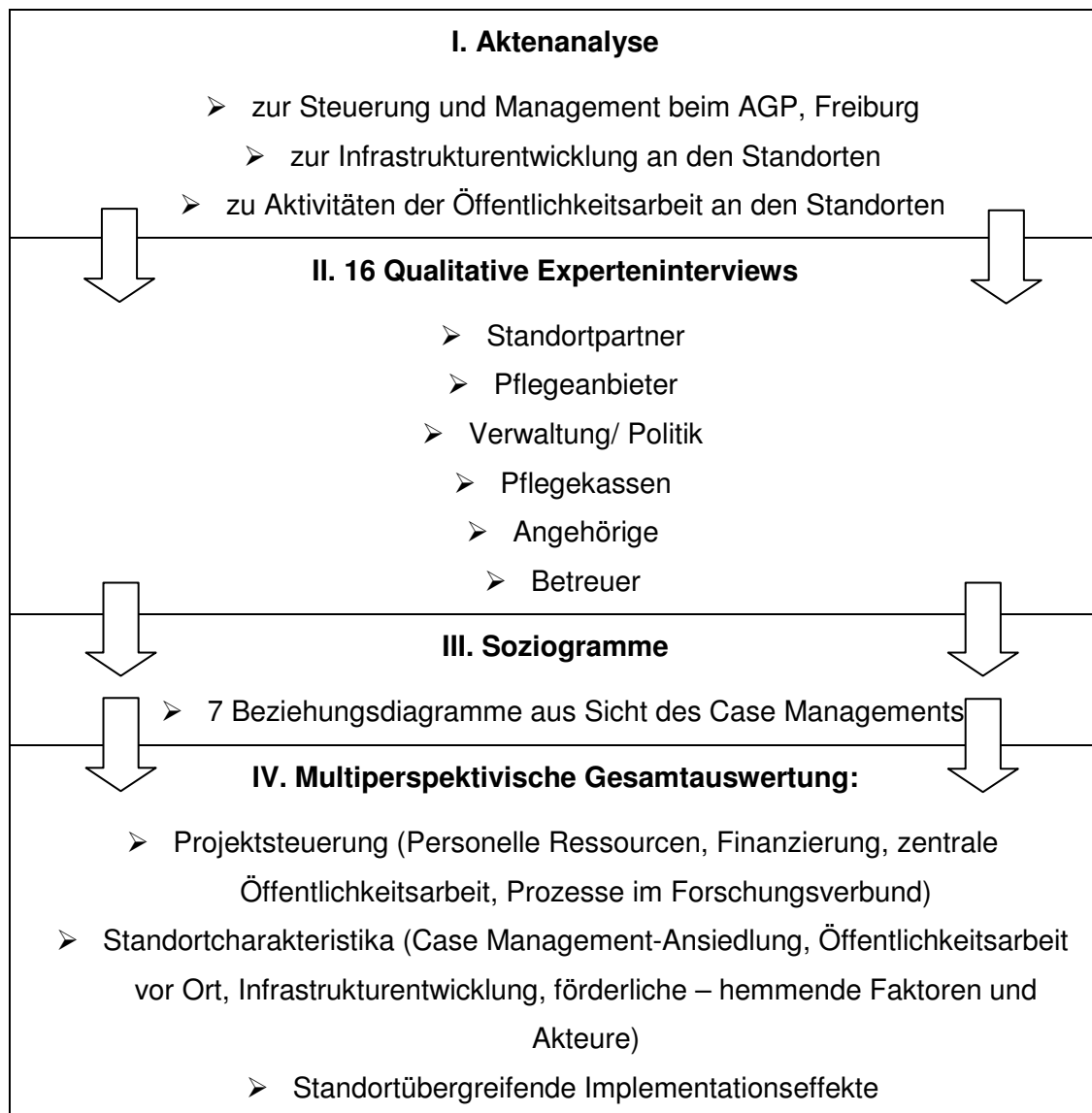
1.2 Implementationsforschung

AGP übernahm im Forschungsverbund die Aufgabe den Implementationsprozess des Modellprojektes Pflegebudget zu dokumentieren zu analysieren und zu interpretieren. Dabei wurden drei mögliche Einflussfaktoren für die Einführung des Modellprojektes Pflegebudget unterschieden:

- Das Programm
- Die durchführenden Instanzen sowie die
- Akteurskonstellationen

Die Implementationsforschung bezog sich auf alle drei Ebenen und bestand aus vier aufeinander aufbauenden Modulen

Studiendesign Implementationsforschung



Als wesentliche Ergebnisse der Implementationsforschung lassen sich festhalten:

- Die Implementation einer neuen Leistungsform setzt ein umfassendes Kommunikationskonzept voraus, die dieses allen entscheidenden Akteuren bekannt macht. Die im Rahmen des Modellprojektes miteinander verbundenen Strategien der Öffentlichkeitsarbeit: Verfügbares Informationsmaterial, Flyer, Homepage, Mailing-Aktionen der Kassen, örtliche Presse- und Medienberichterstattung, zielgruppenspezifische Veranstaltungen, Fachveröffentlichungen in der flankierenden Fachpresse haben das Pflegebudget als solches bei den relevanten Zielgruppen bekannt gemacht.
- Im Rahmen der Implementation des Modellprojektes Pflegebudget wurde intensive Lobbyarbeit geleistet. Der Projektträger, die beteiligten Kassen und die Projektpartner in den Standorten haben intensiv auf relevante Akteursgruppen eingewirkt und für eine Mitarbeit an dem Projekt geworben. Dazu gehörten die Verbände der Leistungserbringer, Hausärzte, Pflegedienste, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Seniorenbeiräte etc. pp. Die zugelassenen Anbieter von Pflegeleistungen haben sich bis auf wenige Ausnahmen der Teilnahme an einem Modellprojekt verweigert, die Ärzteschaft verhielt sich zurückhaltend, die Krankenhaussozialdienste im Wesentlichen uninteressiert, die Verbände der Anbieter auf regionaler Ebene überwiegend ablehnend, auf Bundesebene die Wohlfahrtsverbände eher interessiert. Regional und auf Länderebene erfolgte teilweise eine abgestimmte Verweigerung. Immerhin haben sich an jedem Standort einzelne Dienste interessiert gezeigt, waren mitwirkungsbereit und sind aus der Ablehnungsfront ausgebrochen. Diese wenigen Dienste haben an den Standorten wesentlichen Anteil an der erreichten Teilnehmerzahl und der Ausschöpfungsquote der maximal zur Verfügung stehenden Budgets. Je vernetzter die örtlichen Pflege- und Altenhilfestrukturen waren, desto geschlossener war i.d.R. die Ablehnung auf Anbieterseite, die dort, wo im Wesentlichen bisherige Sachleistungsbezieher als Budgetberechtigter in Betracht kamen, ihre Wirkung entfaltete.
- In den zwei Regionen (Neuwied/Erfurt) in denen auch Geldleistungsbezieher berechtigt waren, Budgets in Anspruch zu nehmen, kam es in einer dieser Regionen zu einer nennenswerten Weiterentwicklung und Entfaltung der Infrastruktur mit neuen Anbietern, die bisherige Geldleistungsnehmer betreuten (Neuwied). Hier wurden sowohl andere Entgelt-niveaus als auch andere Leistungen vereinbart als dies bei zugelassenen Pflegediensten der Fall war. In zahlreichen Fällen wurden bisher nicht legale Helferarrangements in legale umgewandelt. Dabei wurden insbesondere so genannte 400-Euro-Jobs in die Hilfearrangements einbezogen.
- Die Ansiedlung des Case Managements an unterschiedlichen Stellen bei den örtlichen Projektpartnern hat deutlich gemacht, dass auf der Grundlage eines konsistenten Case Management Konzeptes, bei Sicherstellung fachlicher Anleitung und eines entsprechenden

Coachings, unter Herausbildung einer entsprechenden Case Management Identität, die Methodik des Case Managements, die vorgesehenen Rollen und Arbeitsweisen an jeder Stelle realisiert werden konnten und eine relative Unabhängigkeit der Case ManagerInnen bestand. Dabei wurden gleichwohl unterschiedliche Einflussfaktoren auf die Arbeitsweisen je nach Anstellungsträger respektive Ansiedlungsstelle sichtbar, etwa im Fall der Verbraucherzentrale die Einbindung in die eigene Logik dieser Institution (separate Kontrolle der rechtlichen Bewertung von Verträgen etc.), im Falle der kommunalen Sozialverwaltung stärkere Integrierung von Gatekeeperfunktionen hinsichtlich der Sozialhilfeleistungen.

- Im Vergleich der urbanen und ländlich geprägten Standorte lassen sich die Infrastruktureffekte und Wirkungen des Case Managements im urbanen Bereich als marginal bezeichnen, geht doch ein solches Projekt in der Vielfalt eher unter, während im ländlichen Bereich das Case Management eher Infrastruktur entwickelnde, aber auch ersetzende Funktion zukam (faktische Übernahme kommunaler Pflegeberatung). Der Unterschied zwischen Projektstandorten in den alten und neuen Bundesländern zeigte sich insbesondere in der haushaltökonomischen Bedeutung des Pflegegeldes. Wurde es in den alten Bundesländern (Neuwied) eingesetzt für selbst geschaffte Pflegekräfte (unter Pflegegeldbedingungen häufig illegal) gab es an den Standorten in den neuen Bundesländern kein Umschwenken vom Pflegegeld auf das Pflegebudget, da das Pflegegeld verbreitet Grundsicherungsfunktionen wahrnahm.
- An den Projektstandorten ließen sich im Projektverlauf drei Phasen des Umgangs mit dem Modellprojekt Pflegebudget in der Implementation ausmachen. Am Anfang stand typischerweise ein ausgeprägtes Interesse auf der politischen Ebene gepaart mit administrativen Unsicherheiten in der Implementation. Es folgte in einer Phase breiter Öffentlichkeitsarbeit ein hohes Aktivitätsniveau, verbunden mit intensiven Bemühungen dem Modellprojekt Resonanz zu verschaffen. Das Thema Pflegebudget wurde im Wesentlichen im pflegepolitischen Kontext „abgehakt“, nachdem klar wurde, dass Budgets im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes nicht als weitere Leistungsoptionen vorgesehen wurden. Das wirkte sich auch auf die Standorte und die dortigen Aktivitäten aus, obwohl alle Standortpartner sich für die Einführung des Budgets aussprachen.

Insgesamt war der Implementationsprozess des Modellprojektes Pflegebudget davon gekennzeichnet, dass die Leistungsform Budget in erheblichem Maße etablierte Interessen berührte, es sich als ein Umverteilungsprogramm staatlicher Transferleistungen darstellte, das auf Kosten bisheriger Nutznießer ging und in gewachsenen Strukturen als zeitlich befristetes Projekt mit einem absehbaren Ende schwer implementierbar war. An allen Standorten blieb das Verhältnis zwischen dem Case Management zu den zugelassenen Pflegediensten konfliktuell.

Aufgrund der Mitwirkungsbereitschaft einzelner Pflegedienste gelang es gleichwohl eine nennenswerte Zahl von BudgetnehmerInnen zu gewinnen. Pflegedienste und Verbände attackierten sowohl das Case Management als auch das Modellprojekt selbst respektive setzten auf eine Strategie durch kollektive Abwehr die Sammlung systematischer Erfahrungen mit dem Budgetansatz zu verhindern und damit den Budgetansatz als von der Zielgruppe nicht gewünscht zu diskreditieren. Der dahinter liegende Konflikt ist sicher auch damit zu erklären, dass unterschiedliche und miteinander in ihrer Logik schwer kompatible Systemsteuerungslogiken aufeinander treffen: Hier eine Makro-Meso-Steuerung im Sinne eines wohlfahrtsstaatlichen Kontraktmanagements mit starken Elementen eines Anbietermarktes, dort ein Mikro-Kontrakt-Management mit starken Elementen eines Nachfragemarktes mit flankierendem Case Management.

2 Rechtsfragen im Modellprojekt Pflegebudget

Bei der experimentell erprobten Leistungsform Pflegebudget handelt es sich um eine Leistung, für die rechtliche Regelungen und Verfahrensvorschriften, anders etwa als beim trägerübergreifenden Budget, nicht vorlagen. Insofern bestand in vielerlei Hinsicht Unsicherheit im Umgang mit der neuen Leistungsform Budget. Es stellten sich Rechtsfragen, die beim klassischen Sachleistungsbezug von Pflegeleistungen so nicht entstehen, da sie im sozialleistungsrechtlichen Dreiecksverhältnis über das Vertragsrecht zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer geregelt sind. Im Modellprojekt Pflegebudget wurde angesichts der zu erwartenden Fülle von Rechtsfragen, den bestehenden Haftungsrisiken und der Notwendigkeit, im Einzelfall auch Rechtsberatung für die Case Manager leisten zu müssen, ein Justizariat eingerichtet, das von einer Freiburger Anwaltskanzlei wahrgenommen wurde. Die in diesem Zusammenhang aufgetretenen und bearbeiteten Rechtsfragen wurden dokumentiert. Besondere Aufmerksamkeit wurde den sozialrechtlichen Fragen der aufstockenden Budgets über die Hilfe zur Pflege gewidmet. In Expertengesprächen mit namhaften Rechtswissenschaftlern wurden die mit einer regelhaften Einführung von Budgets möglicherweise verbundenen Rechtsfragen erörtert.

Als wesentliche Ergebnisse der Bearbeitung von Rechtsfragen im Modellprojekt Pflegebudget lassen sich zusammenfassen:

- Die für den normalen Rechtsverkehr üblichen zivilrechtlichen Regelungen hinsichtlich Vertragsgestaltung, den Umgang mit Leistungsstörungen und der Preisgestaltung fanden sich bei der „Humandienstleistung“ Pflege und Betreuung bei den Akteursgruppen keine Routinen. Dieser Dienstleistungsbereich wird dort, wo professionelle Leistung angeboten wird, überlagert durch das Leistungserbringungsrecht der Sozialversicherung, oder bleibt weiterhin ungeregelt und im Grauen- und im Schwarzmarkt, wo unter Nutzung des Pflegegeldes Leistungen vereinbart werden.
- Die im Rahmen des Modellprojektes aufgeworfenen Haftungsfragen waren vielfältig. Sie rührten zum Teil aus fehlender Routine und Kenntnis und gewannen praktische Relevanz im Sinne einer präventiven Auseinandersetzung mit Haftungsrisiken, in keinem Fall mit real eingetretenen Schäden und dem Umgang mit Schadensfolgen.
- Besondere Aufmerksamkeit verlangte die Verantwortungsrolle und die dem Case Management obliegenden Sorgfaltspflichten im Rahmen des Modellprojektes. Sie konnten im Rahmen des Modellprojektes exemplarisch herausgearbeitet werden.

- Mit den im Rahmen des Modellprojektes nachzuvollziehenden Legalisierungen von Arbeits- und Dienstverhältnissen wurden die damit verbundenen arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Fragen in ihrer Komplexität und den mit ihnen verbundenen Transaktionskosten sichtbar. Diese führen trotz vereinfachter Verfahren (Haushalt-Check-Verfahren) dazu, dass die Legalisierung von Arbeitsverhältnissen, etwa auch für osteuropäische Pflegekräfte, eine nur geringe Attraktivität besitzt.
- Im Rahmen des Modellprojektes wurden auch Hilfsarrangements mit osteuropäischen Pflegekräften auf ihre rechtliche Zulässigkeit hin überprüft. Dabei stellte sich heraus, dass mit wenigen Ausnahmen die von den Budgetnehmern vorgesehenen Arrangements rechtlich unzulässig waren und insofern im Rahmen des Modellprojektes Pflegebudget ausschieden.
- Für neue Anbieter, die nicht zu dem Kreis der zugelassenen Pflegedienste gehörten, stellten sich insbesondere steuerrechtliche Fragen, da die Leistungen des Pflegebudgets von den Finanzämtern zunächst nicht selbstverständlich den Sachleistungen der Pflege- und Krankenkassen gleichgestellt wurden. Der Umgang mit den insbesondere umsatzsteuerrechtlichen Fragen bereitete neuen Anbietern zum Teil erhebliche Schwierigkeiten.
- Die Einbeziehung von Leistungen gemäß §§ 61 ff. SGB XII, die der Hilfe zur Pflege in das Pflegebudget, war die einzige sozialleistungsrechtliche Aufstockungsoption für das Pflegebudget. Sie kam bei den sozialhilfeberechtigten Personen überall in Betracht. Bei der Analyse der Routine der Leistungsgewährungen der Hilfe zur Pflege bei den Sozialhilfeträgern an den Standorten zeigten sich erhebliche Differenzen und unterschiedlichste Formen der Gewährungspraxis. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Feststellung des maßgeblichen Hilfebedarfes als auch hinsichtlich der Höhe der Leistungsgewährungen und der in der Vergangenheit mit Leistungserbringern abgeschlossenen Verträge gemäß § 75 SGB XII. Beim Standort mit den meisten Fällen der Hilfe zur Pflege im Modellprojekt Pflegebudget (München, 13 Fälle) zeigten sich unterschiedliche Effekte: teilweise kam es zu Leistungsausweitungen. Das Entgeltniveau respektive die Preise wurden hier über den in München üblichen Preisen, die vom Sozialhilfeträger an die Leistungserbringer gezahlt werden, nicht verändert. Entsprechend stiegen die Ausgaben tendenziell. Es wurden überdies etablierte Aushandlungsroutinen zwischen Leistungserbringern und Sozialhilfeträger sichtbar, die einen begrenzten Kreis von Leistungserbringern einbezog. Die Bewertung der Möglichkeiten der Budgetierung von Leistungen der Hilfe zur Pflege fiel in München entsprechend zurückhaltend bis ablehnend aus. An anderen Standorten wurden Budgets der Hilfe zur Pflege genutzt, um Ausgaben des Sozialhilfeträgers zu reduzieren und

Einfluss auf die Stundensätze zu nehmen. Auf diese Weise konnten zum Teil Leistungen ausgedehnt, kritische Grenzen zu den unverhältnismäßigen Mehrkosten im Vergleich zur Heimunterbringung vermieden werden.

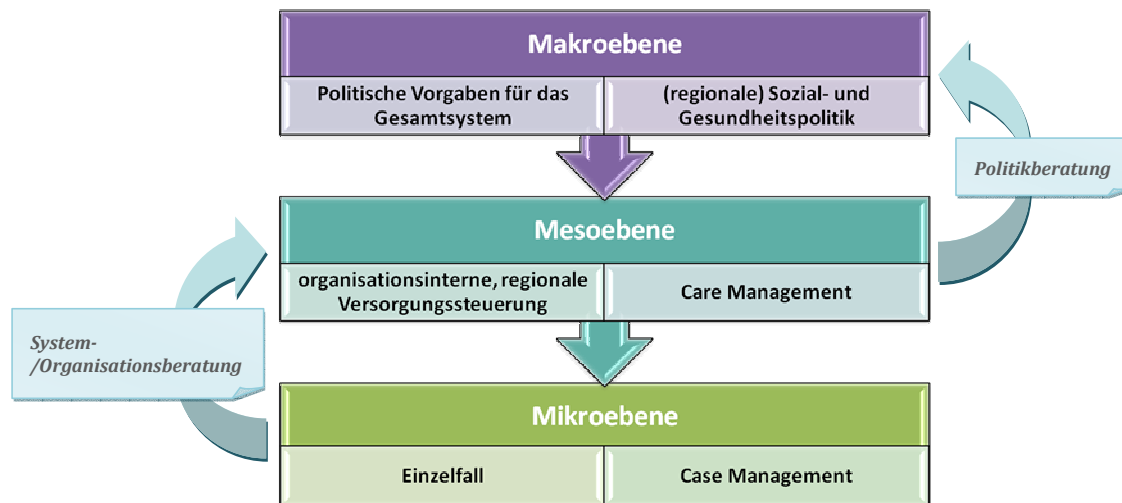
- Zu den zentralen Fragen, die mit einer möglichen Einführung des Pflegebudgets in die Regelleistungen verbunden sind, gehört die Frage, wie die Leistungsträger ihren Sicherstellungsauftrag und damit den Qualitätssicherungsaufgaben nachkommen, wenn die Leistungsform Budget gewählt wird. Hier wurde in Absprache mit den Auftraggeber ein Merkblatt zur Qualitätssicherung erstellt, das die besondere Rolle des Case Managements und der regelhaft eingesetzten Assessments herausstellte. In den Expertenrunden zu Rechtsfragen im Rahmen des Modellprojektes wurde konsentiert, dass die Qualitätssicherung bei der Leistungsform Budget auf andere Weise als durch Kontrolle der Dienstleister im Rahmen eines Top-Down-Kontraktmanagements der Pflegesicherung im klassischen Sachleistungsregime erfolgen müssen. Die Instrumente des Hilfeplans und der Zielvereinbarung, bekannt aus dem trägerübergreifenden Budget, verbunden mit Assessments und Re-Assessments und der Begleitungsfunktion des Case Managements wurden als mögliche, subjektorientierte Alternativen der Qualitätssicherung identifiziert. So wurde übereinstimmend das Pflegebudget nicht als Geldleistung, sondern als Sachleistungssubstitut qualifiziert, das hinsichtlich der Qualitätssicherung eigenen Regeln folgt. Die für das trägerübergreifende, personenbezogene Budget geltenden Regelungen könnten auch für ein Pflegebudget als tragfähig herangezogen werden.
- Mit einer regelhaften Einführung des Pflegebudgets ist eine Verschärfung der Abgrenzungsproblematik zwischen unterschiedlichen Leistungsarten und Leistungsträgern verbunden. Entsprechende praktische Fragestellungen wurden auch im Modellprojekt Pflegebudget virulent. So stellten sich sowohl Fragen hinsichtlich der Abgrenzung zur medizinischen Behandlungspflege (im Rahmen des Pflegebudgets nicht integrierbar) als auch hinsichtlich der Leistungen der sozialen Teilhabe. In einer funktionsbezogenen Betrachtungsweise von Hilfebedarfen beim einzelnen Menschen mit Pflegebedarf ist fachlich und aus der Sicht des Subjektes eine integrierte Betrachtungs- und Gewährungsweise von Leistungen wünschenswert. Auch würde eine solche den mit dem Case Management verbundenen Anliegen entsprechen, allfällige leistungsrechtliche Fragmentierungen zu überwinden. Dem stehen jedoch leistungsträgerspezifische Sichtweisen, Gewährungspraktiken, Assessment-Instrumente und fiskalische Steuerungsinteressen entgegen. Die im SGB IX angelegten trägerübergreifenden Assessment- und Bedarfsfeststellungsverfahren eröffnen nach Ansicht der Experten eine Perspektive, die allerdings in der Praxis mit erheblichen Implementationshindernissen konfrontiert ist. Budgets, insbesondere integrierte Budgets, könnten gleichwohl unter

Effizienzgesichtspunkten mit in einer Leistungsträger übergreifenden fiskalischen Betrachtungsweise erhebliche Vorteile aufweisen und in der Leistungsgewährung in funktionaler Weise Abgrenzungen unsichtbarer machen. Es wird erwartet, dass mit der Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und mit einem breiter angelegten Assessment-basierten Begutachtungsverfahren Voraussetzungen für Leistungsträger übergreifende und integrierte Bedarfsfeststellungen im Bereich der Pflege geschaffen werden, die dann auch bei einer Einführung von Pflegebudgets Abgrenzungsprobleme bearbeitbar machen. Die Abgrenzungsprobleme zeigen sich in der Praxis insbesondere im Verhältnis zwischen sozialer Pflegeversicherung und Sozialhilfe und damit für eine kleinere Gruppe pflegebedürftiger Menschen.

3 Case Management: Konzeptionen, Assessment, Rollenkonflikte

Im Rahmen des PFLEGE BUDGETS wurde ein mit ExpertenInnen des Case Managements der DGCC abgestimmtes Case Management-Konzept entwickelt und implementiert. Dieses Konzept integrierte auf der einen Seite die mit dem Case Management typischer Weise verbundenen Rollen: Advocacy, Broker, Gate-Keeping, Social Support, auf der anderen Seite wurden die Phasen des Case Managements auf die Konstellation des Modellprojektes hin angepasst. Das Konzept reflektiert sowohl die Fallebene als Handlungs- und Verantwortungsebene des Case Managers als auch die Systemebene.

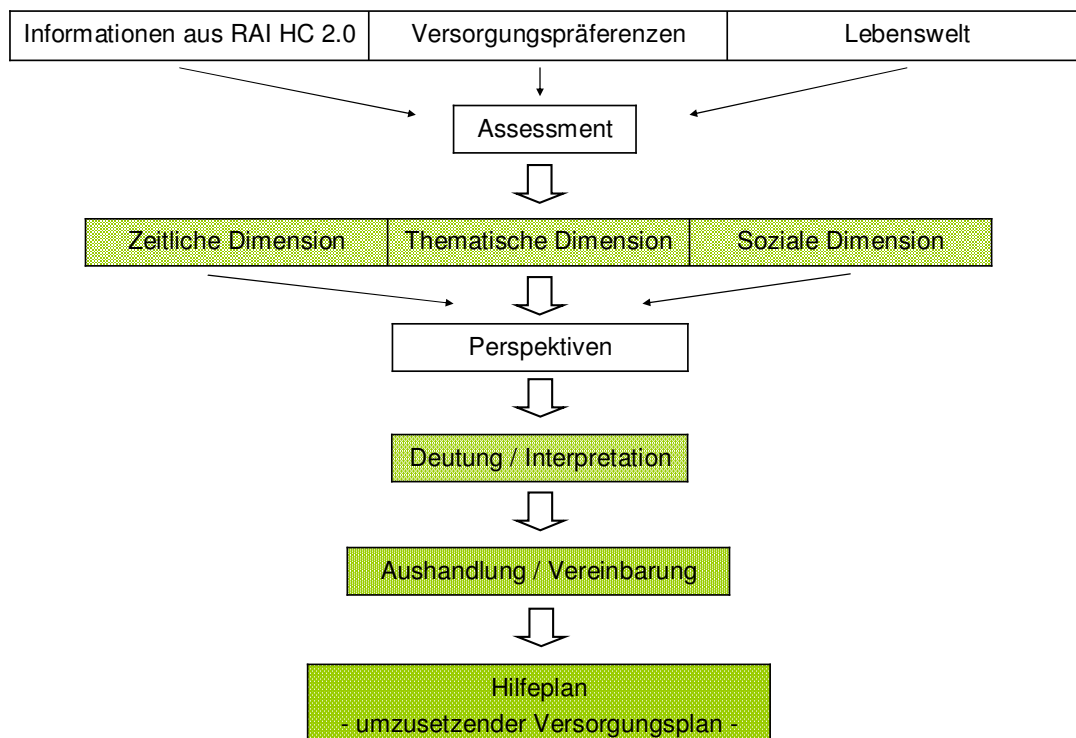
Ebenenspezifische Unterscheidungen



Pflegebudget Konsultationsrunde September 2007

Kernstück des Case Managements bildet ein Assessment und die auf diesem beruhende Hilfeplanung.

Der Prozess der Hilfeplanung



Damit wurde im Rahmen des Modellprojektes PFLEGE BUDGET ein fachlich anspruchvolles Case Management-Konzept zugrunde gelegt und implementiert, das an keinem der Standorte in vergleichbarer Weise vorfindlich war. Es war verbunden mit Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitforschung und der Implementation des Modellprojektes Pflegebudget. Das Case Management, im Modellprojekt des PFLEGE BUDGET wurde an den Projektstandorten sehr unterschiedlich aufgenommen. Teilweise galt es als Masterfolie für die Implementation kommunaler Case Management-Strukturen, die als sinnvoll erachtet oder geplant wurden. Teilweise fanden sie sich wieder in einem Konzert unterschiedlicher Case Management Ansätze, die nebeneinanderher existierten. In einer vergleichenden Analyse der Arbeitsweisen wurde deutlich, dass die BeKo-Stellen im Landkreis Neuwied ein wesentlich geringer formalisiertes und differenziertes Case Management-Verständnis in ihrer Arbeit zum Ausdruck brachten. Seitens der Pflegedienste wurde das Case Management häufig skeptisch betrachtet und als Kontrollinstanzen empfunden bzw. als überflüssig qualifiziert, da entsprechende Aufgaben bereits vom Pflegedienst mit wahrgenommen würden.

Wesentliche Grundlagen des Case Managements im Modellprojekt PFLEGE BUDGET war das regelmäßig einzusetzende Assessment. In pragmatischer Weise wurde in einem Konsultationsprozess die Entscheidung getroffen, RAI-Home-Care HC 2.0 als Instrument

einzusetzen. Die favorisierte Nutzung eines ICF-basierten Assessment-Instrumentes konnte Mangels entsprechender Instrumente auf dem Markt nicht verfolgt werden. Das RAI-Home-Care zeigt Schwächen für den Bereich der häuslichen Pflege, akzentuiert in besonderer Weise Fragen der Fachpflege und erwies sich hinsichtlich sozialer Netzwerkressourcen unsensibel. Es bewährte sich gleichwohl als Arbeitsgrundlage für das Case Management, erschloss auch den BudgetnehmerInnen eine differenziertere Wahrnehmung ihrer Bedarfs- und auch Risikosituationen und bildete vor allen Dingen Grundlagen für eine systematische Risikowahrnehmung und entsprechende Intervention des Case Managements. Im Rahmen des Modellprojektes Pflegebudget wurde das Assessment-Instrument RAI-Home-Care systematisch im Rahmen des Riskmanagements eingesetzt. Eine Einzelanalyse von einschlägigen Fallkonstellationen unterstreicht, dass über Assessment und Re-Assessments im Rahmen einer Case Management-basierten Begleitung von BudgetnehmerInnen relevante pflegfachliche Risiken erkannt wurden und werden können. Insofern eignet sich RAI-Home-Care als ein Instrument subjektbezogener Qualitätssicherung. Andere Risikofaktoren etwa in sozialer Hinsicht, werden durch das Assessment RAI-Home-Care als solches nicht sichtbar.

Eine Sonderstudie von Prof. Dr. Garms-Homolová, die die im Pflegebudget eingesetzten RAI-Home-Care-Assessments evaluierte und einer vergleichenden Analyse mit anderen Datensätzen unterzog, machte deutlich, dass der zeitliche Bedarf der Pflegebedürftigen, die an dem Modellprojekt PFLEGE BUDGET teilnahmen höher war als der Pflegebedürftiger die ansonsten im Rahmen der häuslichen Pflege gem. § 36 SGB XI versorgt werden. Die Sonderstudie machte weiterhin deutlich, dass sich demenzielle Veränderungen mit Hilfe des RAI-Home-Care-Assessments abbilden lassen und sich im Zeitverlauf eine deutliche Entlastungsfunktion und Wirkung budgetbasierter Leistungen zugunsten der Angehörigen ausmachen lässt.

In den Fallanalysen wurde deutlich, dass es mit Hilfe des Case Managements regelhaft gelingt, die Komplexität der Lebenssituation Pflegebedürftiger weit mehr als beim klassischen Sachleistungsbezug zu erschließen, und Flexibilisierungsoptionen eröffnet und nutzbar gemacht werden, die sich in einer Qualifizierung des Pflegearrangements und Entlastung der pflegenden Angehörigen niederschlägt.

In einer Sonderstudie zu Rollenkonflikten der Case ManagerInnen im Modellprojekt PFLEGE BUDGET wird deutlich, dass sie in einem ausgesprochen interessengeleiteten Kräftefeld unterschiedlicher Stakeholder agieren. Auch als Abbild der spezifischen Akteurskonstellationen und Interessenslagen im Modellprojekt PFLEGE BUDGET zeigte sich bei den Case ManagerInnen eine besondere Akzentuierung ihrer Advocacy-Rolle. Es ist ihnen nicht

immer gelungen, eine im Case Management an sich gebotene Aktivierung von Netzwerkpartnern zu erreichen.

4 Analyse qualitativer Fallbeschreibung

In enger Absprache mit FIFAS wurden zur Illustration und Kontextualisierung der standardisierten Daten der Begleitforschung 52 qualitative Fallanalysen durchgeführt, die insbesondere drei Fragestellungen verfolgten: Inwieweit durch den Budgetbezug ein Verbleib in eigener Häuslichkeit ermöglicht wurde, auch im Sinne subsidiärer Sicherung in der Pflege; inwieweit Veränderungen im Leistungsgeschehen zu einer stärkeren Bedürfnisgerechtigkeit geführt haben und ob und in welcher Weise es Einflüsse auf die Lebensqualität der BudgetnehmerInnen gab.

Das Sample, das für die qualitativen Fallanalysen gewählt wurde, entsprach in wichtigen Kennzahlen der Grundgesamtheit der Programmgruppen-TeilnehmerInnen. Die wesentlichen Ergebnisse der qualitativen Fallanalysen lassen sich wie folgt zusammenfassen und illustrieren.

- die in der Begleitforschung dokumentierte signifikante Entlastung der Angehörigen bestätigte sich in den qualitativen Fallanalysen, wobei für die Entlastung der Angehörigen zwei Einflussfaktoren zusammenwirkten: Zum einen die Neuordnung des Hilfearrangements und zum anderen die Einführung von formellen Helfern in das Hilfearrangement, insbesondere aus dem Sektor II. Mit Hilfe des qualifizierten Case Managements konnte die Verbindlichkeit von Hilfen im Arrangement erhöht werden, was einerseits die Angehörigen entlastete und andererseits den BudgetnehmerInnen Sicherheit gab. Die Reorganisation der Rollenverteilung aller beteiligten Akteure verwirklichte in den meisten Fällen einen Mix aus formellen und informellen Hilfen und wirkte in hohem Maße entlastend auf die Angehörigen.

„Zwischenzeitlich treffen die verschiedenen Helfer alle Absprachen untereinander, so dass sich der Begleitungsbedarf durch das Case Management im Vergleich zur Anfangssituation deutlich reduziert hat.“ (Text 26: Frau E., 90 J.)

Durch die Einführung von formellen Helfern kam es zu einer zeitlichen Entlastung der pflegenden Angehörigen oder anderer Bezugspersonen, häufig bei gleichzeitiger Ausweitung des zeitlichen Umfangs der Begleitung, da die formellen Helfer des Sektors II auf einem Entgeltniveau tätig wurden, dass eine vergleichsweise umfangreiche Einbeziehung möglich machte

„Die finanziellen Mittel des Budgets haben es ermöglicht, [Assistenz-]kräfte zu einem günstigeren Preis vermehrt einzusetzen. Durch die Regelung der Minijobs sind bekannte Personen, z.B. Nachbarn, mit in die Versorgung eingebunden“ (Text 37: Frau K., 75 J.)

Obwohl sich die Hilfen aus dem formellen Sektor I fallweise verringerten, wurde die professionelle Pflege dennoch nicht aus dem Pflegearrangement „entlassen“.

Die Entlastung pflegender Angehöriger ist ein wesentlicher Prädiktor für die Wahrscheinlichkeit der Aufrechterhaltung häuslicher Versorgungssituationen, insbesondere bei Menschen mit Demenz. Auch wenn im Rahmen des Modellzeitraumes Daten über eine Verringerung der Heimunterbringungsquote mangels ausreichender Daten der Vergleichsgruppe nicht in aussagefähiger Form vorliegen, lassen sich die deutlichen Entlastungswirkungen budgetbasierter Hilfearrangements in die Richtung interpretieren, dass Budgets zu einer Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements beitragen.

Durch die Neuverhandlung konnte das Pflegearrangement für die nahe Zukunft gesichert werden und Frau U. kann weiterhin in ihrem Haus verbleiben, was ihr sehr wichtig ist. Auch die Tochter konnte trotz sich erhöhenden Pflegebedarfes eine gewisse Stabilität in der eigenen Leistungserbringung wahren (Text 4: Frau U., 85 J.).

- Hinsichtlich des Leistungsgeschehens und seiner Veränderung war in den qualitativen Fallanalysen stets eine Ausweitung der Betreuungszeit festzustellen, eine Stärkung der psychosozialen Betreuungsdimension, eine zeitliche und inhaltliche Flexibilisierung bei gleichzeitiger Erhöhung der personellen Kontinuität der Pflegepersonen.

„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“ (Text 6: Frau E., 81 J.).

- Hinsichtlich der Lebensqualität unterstreichen die qualitativen Fallanalysen positive Auswirkung bei Budgetbezug sowohl hinsichtlich des subjektiven Erlebens, der empfundenen Zufriedenheit ...

„Herr S. freute sich deutlich, daheim zu sein, erzählte von seinem jetzigen Tagesablauf und kurz von den Belastungen der letzten Zeit, dafür viel von früher.“ (Text 52: Herr S., 90 J.)

... als auch hinsichtlich der objektiv verbesserten Teilhabekonstellation.

„Um Frau K. das Verlassen der Wohnung zu ermöglichen bekam sie einen angepassten Rollstuhl und kann so auch spazieren gefahren werden.“ (Text 37: Frau K., 75 J.)

Insbesondere für die Angehörigen und jüngere Pflegebedürftige spielt die im Rahmen des Modellprojektes PFLEGE BUDGET erhöhte Aushandlungsmacht, das subjektiv höhere Kontrollgefühl eine für die Selbstwirksamkeit und damit für die Lebensqualität bedeutende Rolle

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. (Text 11: Herr R., 65 J.)

Die qualitativen Fallanalysen bebildern auch besonders problematische Konstellationen einer ungünstigen Chancensituation des Pflegebedürftigen. So konnte das Budget insbesondere dort seine spezifische Wirksamkeit illustrieren, wo beim Einstieg in das PFLEGE BUDGET eine hoch prekäre Konstellation vorlag (kein soziales Netzwerk). Bei niedrigen Bedarfen und einer ungünstigen Chancenkonstellation verhilft das Budget typischer Weise zu mehr Netzwerkpartnern, einer deutlicheren Steigerung des Zeitumfanges und einer sozialen Stabilisierung des Pflegearrangements.

In einer ungünstigen Chancenkonstellation mit einem hohen Pflegebedarf wirkt das Budget typischer Weise anders. Es optimiert auf organisatorischer Ebene die Versorgungssituation bei gleichzeitiger Kostensenkung (Einbeziehung formeller Hilfen aus dem Sektor II) und führt so zu längeren Versorgungszeiten zu Hause.

Durch die Neuverhandlung konnte das Pflegearrangement für die nahe Zukunft gesichert werden und Frau U. kann weiterhin in ihrem Haus verbleiben, was ihr sehr wichtig ist. Auch die Tochter konnte trotz sich erhöhenden Pflegebedarfes eine gewisse Stabilität in der eigenen Leistungserbringung wahren. (Text 4: Frau U., 85 J.)

Bei Menschen mit Demenz und Pflegebedarf entfaltet das Budget die typischen oben bereits beschriebenen Wirkungen besonders gut: Entlastung der Bezugspersonen, verändertes Leistungsgeschehen und daraus folgend erhöhte Lebensqualität für die BudgetnehmerInnen in einer spezifischen Ausgestaltung der Hilfen, angepasst an die besondere Bedarfs- und Bedürfnissituation von Menschen mit Demenz.

Die 52 Fallanalysen illustrieren in anschaulicher Weise die Wirkweise des Budgets und des Case Managements und machen in ihrer größeren Tiefenschärfe mehr als in standardisierten Befragungen möglich, die Intensität der Wirkungen auf den Ebenen Lebensqualität und Entlastung sichtbar.

5 Leistungsanbieter im Pflegebudget

Die Leistungsanbieter hatten von Anfang an mit dem Projekt PFLEGE BUDGET ihre Probleme. Den im Rahmen der Implementationsforschung analysierten Akten zum PFLEGE BUDGET wird die Vielfalt der Reaktionen auf sachliche bis hin zu polemischer und persönlich angreifende Ebene dokumentiert. Die Befürchtung, mit dem PFLEGE BUDGET würde eine aus der Sicht der zugelassenen Pflegeanbieter unfaire und problematischer Absenkung formeller Qualitätsanforderungen verbunden sein, ein Preisdumping ausgelöst werden und mögliche Mittel für die Pflegebedürftigen und damit die Pflegedienste in Infrastrukturen abfließen, war manifest. Nicht zuletzt aus diesem anhaltenden Widerstand wurde eine Sonderstudie zu den betriebswirtschaftlichen Folgen der Integration von Budgetleistungen in zugelassene Dienste in Auftrag gegeben und von Herrn Dr. Johannes Zacher durchgeführt. Die Studie bezog 25 Dienstleister an den Modellstandorten ein, basiert auf Experteninterviews.

Die wesentlichen Ergebnisse der Sonderuntersuchung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Das Verhalten der Pflegedienste, insbesondere eine abwartende Position gegenüber dem Pflegebudget, beruht auf rationalen Kalkülen. Veränderungen auf dem Preisniveau der Leistungen haben unmittelbar betriebswirtschaftliche Auswirkungen. Etablierung von Leistungsbereichen auf einem niedrigeren Entgeltniveau bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation des Gesamtbetriebes.
- Die Transaktionskosten der Pflegedienste sind vergleichsweise hoch, was die der unter Abläufe, Qualitätssicherung, Beratung der Pflegebedürftigen etc. anbelangt. Da sie sich nur begrenzt beeinflussen lassen, gilt dies auch für die Stundensätze pflegerischer Dienstleistungen.
- Leistungsdifferenzierung im Sinne einer Weitung des Leistungsspektrums insbesondere auf dem hauswirtschaftlichen und Assistenzbereich lohnt sich erst ab einer größeren Fallzahl und auch nur begrenzt, wenn es sich um ein von vorneherein überschaubaren Zeitraum handelt, für den diese Leistungsdifferenzierung sichere Kunden schafft.
- Perspektive, möglichen Leistungsrückgang und um in Fachpflegestunden bei dem bestehenden Klientel überzukompensieren durch eine höhere Zahl von Pflegebedürftigen insgesamt, steht zwar prognostisch, wird aber von den Pflegediensten so nicht für wahrscheinlich gehalten.

- Aus der Sicht der Pflegedienste besteht der kritische Preis für hauswirtschaftliche und Assistenzdienstleistung offenbar bei 15,- € (Rechnungsstellung) und 9,- € Auszahlung an den beruflichen Helfer. Die Zahlen liegen zum Teil deutlich über dem, was (empirisch) auf dem Pflegemarkt an Preisen üblich ist, auch im Sachleistungsbereich (etwa in neuen Bundesländern), stellt aber den Preis dar, der auf den üblichen betriebswirtschaftlichen Kalkulation von Pflegediensten beruht. Auf dieser Grundlage wirbt der Anbieter des formellen Sektors II für die Pflegedienste mit ihren Stundensätzen „außer Konkurrenz“.
- Durch Absenkung der Transaktionskosten in den Pflegediensten und eine Verlagerung derselben auf Case Management-Strukturen und entsprechenden Investitionen in Infrastruktur konnten die Pflegedienste in die Lage versetzt werden, ihre Leistungen auf anderen Preisniveaus anzubieten. Bei diesen Voraussetzungen wären Pflegedienste eher in der Lage, Budgetkunden interessante Angebote zu unterbreiten.

Die Sonderstudie macht deutlich, dass die Pflegedienste betriebswirtschaftlich betrachtet rational handeln. Sie unterstreicht die hohen Transaktionskosten, die in ihrer Entstehung und Begründung unterschiedliche Hintergründe kennen: Zum einen faktische Beratungsleistungen für den Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen und seitens der mit den Pflegekassen abrechenbaren Module, die durchaus Schnittmengen zu dem aufweisen, was als Case Management-Funktion zu schreiben ist, und andererseits Sektionskosten, die durch die Rahmenbedrängungen der Leistungserbringung die Vorgaben im Leistungserbringungsrecht provoziert werden (in Frankreich Dokumentationsverpflichtungen, Qualitätssicherung, Abrechnungsmodalitäten).

6 Pflegepolitische Optionen für eine regelhafte Einführung von Pflegebudgets

Der AGP hat sich im Zusammenhang mit den Fachdiskussionen um die mögliche Einführung von Budgets als Regelleistungen mit entsprechenden Optionen auseinandergesetzt, die an dieser Stelle für die mit den Budgets verbundenen pflegepolitischen Diskussionen skizziert werden.

Das Modellprojekt PFLEGE BUDGET zielte auf die Frage, ob die Einführung eines personenbezogenen Pflegebudgets eine bedeutsame Variante für die Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung darstellt, die sowohl in der Lage ist, die Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen zu erhöhen, als auch einen Beitrag zur effizienten Mittelverwendung der Pflegeversicherung zu leisten. Schließlich sollten und müssten Pflegebudgets in der Lage sein, einen Beitrag zur nachhaltigen Sicherung der Pflege zu leisten. Die Einführung personenbezogener Pflegebudgets verlangt nach einem entsprechenden politischen Willen. In der aktuellen Pflegelandschaft kann und darf eine solche Entscheidung, wenn sie denn pro-Budgets gefällt wird, nicht von der Zustimmung und Akzeptanz der Akteure im Feld der Pflege abhängig gemacht werden: Dies haben die Ergebnisse der Implementationsforschung zum Pflegebudget deutlich gemacht.

Wie, ein entsprechender politischer Wille und eine parlamentarische Mehrheit vorausgesetzt, Pflegebudgets als Regelleistung in die soziale Pflegeversicherung einbezogen werden können, ist eine Frage, die unterschiedliche Antwortmöglichkeiten kennt. Will man eine „Systemmutation“ anstoßen und in dem dominanten Anbietermarkt um Elemente des Nachfragemarktes ergänzen und die Erfahrungen aus dem Modellprojekt in ihrer potentiellen Dynamik für die Weiterentwicklung der Pflegelandschaft nutzen, so würde sich die kurzfristige Einführung einer weiteren Leistungsoption Pflegebudget anbieten. Will man mit dem Pflegebudget besonderen Zielgruppen eine bedürfnisgerechtere Gestaltung ihres Lebens im Zusammenhang mit der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit eröffnen, ließe sich daran denken, das persönliche Pflegebudget im Zusammenhang mit dem trägerübergreifenden Budget in besonderer Weise für Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf als Leistungsoption einzuführen. Hält man die im Zusammenhang mit dem Pflegebudget gesammelten Erkenntnisse und Erfahrungen für grundlegend, wäre auch an eine Strukturreform und Reform des Leistungsrechts der Pflegesicherung zu denken, die sowohl Begutachtungs-, Assessment- und Case Management-Funktionen neu ordnet als auch die Leistungsarten und -formen neu ausbalanciert und konzeptioniert.

a) Pflegebudget als weitere Leistungsoption

Naheliegender wäre es, in einem neu auszugestaltenden § 35a SGB XI einen Rechtsanspruch einzuräumen, Leistungen der häuslichen Pflege entweder als vollständige oder auch als Teilleistungen im Rahmen einer Kombileistung gemäß § 38 SGB XI in der als Leistungsform des Budgets auszuführen. Die Inanspruchnahme des Pflegebudgets wäre nach den Erfahrungen aus dem Modellprojekt an die Zusammenarbeit mit Case ManagerInnen zu binden und zu koppeln an ein regelhaftes Assessment und Re-Assessment sowie die Aushandlung und Vereinbarung von Zielen und einem Hilfeplan. Hier könnte, Unabhängigkeit der Akteure vorausgesetzt, auf die im Entstehen begriffenen Case Management-Strukturen im Zusammenhang mit der Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes aufgebaut werden: Pflegeberatung und Pflegestützpunkte. Dabei wäre bei der Begleitung von BudgetnehmerInnen auf ein qualifiziertes Case Management zurückzugreifen, das sich nicht auf Information und Beratung beschränkt, sondern auch Fragen der Begleitung und Steuerung inklusive der Qualitätssicherungsfunktion übernimmt. Für diese Funktion könnten im Rahmen von Pflegestützpunkten, so sie denn in den Ländern eingeführt werden, ein unabhängiges Case Management vorgesehen werden. Um der Befürchtung entgegenzutreten, dass die örtlichen Strukturen durch eine starke Nachfrage nach Budgets überfordert werden, wäre ggf. zunächst an eine ermessensbasierte Gewährung von Pflegebudgets zu denken oder aber auch eine zahlenmäßige Obergrenze, etwa in der Höhe von fünf bis 10 Prozent der Pflegebedürftigen. Auf diese Weise könnten systematisch Erfahrungen mit Budgets gesammelt und unerwünschte fiskalische Auswirkungen aufgefangen werden. Die regelhafte Einführung von Pflegebudgets hätte den Vorteil, dass sich sowohl zugelassene Pflegedienste als auch andere Anbieter auf dem Pflegemarkt auf eine bestimmte Klientel einrichten können, auf diese Weise eine entsprechende Infrastruktur wahrscheinlicher entstehen und Arbeitsmarktwirkungen erzielt würden und die mit dem Pflegebudget gesammelten Erkenntnisse und Erfahrungen einer Verbesserung der Versorgungssituation und ihrer Stabilisierung einem breiteren Kreis von Versicherten zugänglich gemacht wird.

Die Einführung des Budgets würde im Vergleich zum bisherigen Sachleistungsbezug begrenzte Mehrausgaben durch das obligatorisch vorgeschriebene Case Management und die Mehrausgaben werden bei dem Ausbau qualifizierter Case Management-Strukturen begrenzt. Mehrausgaben sind dort zu erwarten, wo Pflegegeldbezieher auf das PFLEGE BUDGET umsteigen. Dies dürfte regelmäßig dort der Fall sein, wo das Interesse an einer Legalisierung bisher nicht legaler Beschäftigungsformen in Privathaushalten angestrebt wird.

Mit der Einführung des Pflegebudgets als dritte Leistungsoption häuslicher Pflege würde das Leistungsspektrum in dynamischer Weise geöffnet, dem dominanten Anbietermarkt eine nachfrageorientierte Inanspruchnahme von Pflegeleistungen gegenübergestellt und es wären insofern neue Impulse einer Weiterentwicklung und Diversifizierung des Pflegemarktes mit Arbeitsmarkteffekten gegeben.

b) Pflegebudget im Rahmen eines integrierten trägerübergreifenden Budgets

Die in § 2 SGB XI genannten Zielsetzungen der Pflegeversicherung, Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu fördern und die Würde pflegebedürftiger Menschen zu achten, sind Zielsetzungen, die in der Charta der Rechte der Pflegebedürftigen besonderen Niederschlag gefunden haben, sie sind für alle Menschen mit Pflegebedarf relevant, subjektiv allerdings in besonderer Weise für jüngere Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf, denen ein teilhabeorientiertes Leben dann besser gelingt, wenn sie über ein hohes Maß an Flexibilität und Autonomie verfügen. Bei den knapp 20 Prozent der Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf unter 65 Jahren ist der Aspekt persönliche Lebensführung von besonderer Bedeutung. Hier zeigen persönliche Budgets ihre spezifischen Wirkungen, in besonderer Weise dann, wenn die Leistungen unterschiedlicher Leistungsträger, die in der Lebensführung und in der Unterstützung zentraler Funktionen Gesundheit zusammenlaufen, integriert werden können. Will man den Kreis überschaubar halten, könnte man die Berechtigung, Leistungen der häuslichen Pflege in der Form des persönlichen Budgets zu erhalten, davon abhängig machen, dass sie in ein trägerübergreifendes Budget gemäß § 17 Abs. 2 SGB IX integriert werden. Auf diese Weise wären sichergestellt, dass das Verfahren der Budgetverordnung eingehalten wird und damit das Budget als Sachleistungssubstitut in seiner spezifischen Zweckbindung und Qualitätssicherung „zur Geltung“ kommt. Mit der Einführung von Pflegebudgets im Rahmen eines integrierten trägerübergreifenden Budgets würde man sowohl den politischen Intentionen der Bundesländer als auch denen der Behindertenverbände und des Deutschen Behindertenrates nachkommen. Die Entschliebung des Deutschen Bundestages im Zusammenhang mit der Verabschiedung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes eröffnet die Möglichkeit, die Voraussetzungen für eine regelhafte Einführung des Pflegebudgets im Rahmen des trägerübergreifenden Budgets zu schaffen und zu prüfen. Damit wären allerdings andere pflegebedürftige Menschen von der Inanspruchnahme der persönlichen Budgets ausgeschlossen, für die nachgewiesenermaßen die Leistungsform Budget auch zu einer deutlichen Verbesserung der Lebenssituation führt.

c) Einführung eines Pflegebudgets im Zusammenhang mit einer grundlegenden Strukturreform und Reform des Leistungsrechts in der sozialen Pflegeversicherung

Die im Rahmen des Modellprojektes gesammelten Erfahrungen unterstützen die Überlegungen zu einer grundlegenden Strukturreform und Reform des Leistungsrechts der sozialen Pflegeversicherung. Insbesondere liegen die Erkenntnisse und Erfahrungen aus dem Modellprojekt PFLEGE BUDGET nahe, Begutachtungs-, Assessment- und Case Management-Funktionen leistungsträgerübergreifend neu zu strukturieren und zusammenzufassen. Auf diese Weise könnten unter ökonomischen Gesichtspunkten erhebliche Effizienzgewinne erzielt werden (Abbau von Doppelstrukturen, funktionale Integration von Assessment- und Begutachtungsfunktion, mögliche Investitionen in Unterstützungsinfrastruktur). Weiterhin lassen sich mit Hilfe der Daten der Begleitforschung zum Modellprojekt PFLEGE BUDGET inhaltliche und quantitative Differenzierungen zwischen fachpflegerischen Leistungen in Pflegehaushalten auf der einen Seite und Assistenzleistungen auf der anderen Seite vornehmen und damit die Differenzierung zwischen Cure- und Care-Leistungen qualifizieren. Dabei sind die fachpflegerischen Leistungen in der Tradition des deutschen Sozialversicherungsrechtes eher im Sachleistungsregime verankert. Dort haben sich entsprechende Leistungsstrukturen gebildet. Die Care-Leistungen wirken sich dort besonders auf die Stabilisierung häuslicher Pflegesituation und deren Qualifizierung aus, wo sie flexibel und sensibel für Lebenswelten und Lebensstilpräferenzen erbracht werden. Die betriebswirtschaftlichen Analysen, die im Rahmen des Modellprojektes PFLEGE BUDGET angestellt wurden legen überdies nahe, dass durch die betriebliche Integration von fachpflegerischen und Assistenzleistung letztere auf einem Preisniveau angeboten werden müssen, dass deren Leistungsmenge von vorne herein begrenzt und im Rahmen haushaltsökonomischer Abwägungen eine ausgesprochen begrenzter Attraktivität besitzt. Dieser begrenzten Attraktivität von Assistenzleistungen von Pflegediensten wird in der sozialen Wirklichkeit von Pflegearrangements durch das Ausweichen auf die Formen nicht legalisierter Humandienstleistungsarrangements unter Einsatz von Pflegegeld begegnet. Die große Zahl osteuropäischer Pflegekräfte in deutschen Privathaushalten dokumentiert dies. Eine neue Leistungsrechtliche Verortung von Care-Leistungen (Assistenzleistungen), haushaltsbezogene Dienstleistungen, Teilhabesicherung und „Betreuung“ jenseits des Sachleistungsprinzips könnte in doppelter Hinsicht überlegenswert sein: Es wäre zu erwarten, dass der Anteil von Pflegearrangements mit legalen Formen der Einbeziehung von Assistenzleistungen zunimmt. Es könnte gleichzeitig ein Markt entstehen, der Care-Dienstleistungen zu haushaltsökonomisch attraktiven Bedingungen anbietet. Als Leistungsform für die Care-Leistungen kämen einerseits Leistungspakete von Dienstleistern im Kostenerstattungsverfahren in Betracht (mit Elementen der Qualitätssicherung über ein Meso-Kontraktmanagement) und auf der anderen Seite die Leistungsform Budget. Wie etwa in den Niederlanden, in Japan und vielen anderen Ländern wäre die Inanspruchnahme von Care-Leistungen über Co-payments zu steuern. In einem solchen Zusammenhang würde auch die

Funktion des Pflegegeldes inklusive seiner Höhe neu zu bestimmen sein. Das Pflegegeld, das heute nachweisfrei in unterschiedlicher Weise Verwendung zur Sicherung der häuslichen Pflegesituation findet, ist mit seiner nach Pflegestufen gestalteten Höhe „Aufwandsbezogen“. Eine solche Staffelung als Gratifikation für allgemeine Solidaritätsleistungen ist untypisch. Zur Stärkung der Pflegebereitschaften von Angehörigen übernimmt das Pflegegeld Einkommensersatzfunktion, für den Einkauf von selbstbeschafften Hilfen provoziert es Formen illegaler Leistungsbeschaffung. Das Pflegegeld, das irrtümlich auch als Budget bezeichnet wird, kennt Überschneidungen mit der Leistungsform Budget. Ein Nebeneinander ist mittelfristig nicht sinnvoll. Insofern liegt es nahe, das Pflegegeld in zweierlei Richtungen neu auszurichten und mit einer Zweckbestimmung zu versehen:

- Zum einen als Gratifikationsleistung und zur Deckung des bedingten Pflege Mehrbedarfes, so wie es die Sozialhilfe für Bezieher von Hilfe zu Pflegeleistung vorsieht. In der Praxis würde dies bedeuten, dass das Pflegegeld gegenüber dem aktuellen Niveau deutlich abgesenkt und auf lediglich einer einheitlichen Höhe angesiedelt würde.
- Zum anderen als Lohnersatzleistung für pflegende Angehörige. Ihnen würde es durch ein Pflegegeld als Lohnersatzleistung möglich, bei Sicherung der materiellen Existenz für sich und ihre Familie Pflegeaufgaben (auf Zeit) zu übernehmen. Solche Regelung könnte Analogie zum Elterngeld ausgestaltet werden.