

Telefon 233 - 3 96 51
Telefax 233 - 3 96 64
Frau Thomas
koordination.rgu@muerchen.de

**Referat für Gesundheit
und Umwelt**
Koordinierung
Koordinationsstelle Pflege
RGU-K

Aufbau eines ambulanten Krankenpflege- und Pflegenotfalldienstes

Ambulante Notfallpflege als Ergänzung des ärztlichen Notdienstes

Antrag Nr. 96-02 / A 02779 von Frau StRin Elisabeth Schosser, Frau StRin Eva Maria Caim vom 11.04.2001

Aufbau eines Krankenpflegenotfalldienstes

Empfehlung Nr. 116 der Bürgerversammlung des 19. Stadtbezirkes Bezirksteil Thalkirchen-Solln am 06.12.01

4 Anlagen

Beschluss des Gesundheits- und Krankenhausausschusses vom 25.09.2003 (SB)

Öffentliche Sitzung

I. Vortrag des Referenten

Der Antrag 2779 der Stadtratsmitglieder Schlosser und Caim vom 11.04.2001 sowie die Empfehlung Nr. 116 der Bürgerversammlung des 19. Stadtbezirkes Bezirksteil Thalkirchen-Solln vom 06.12.01 fordern die Landeshauptstadt München auf zu prüfen, welche organisatorischen und finanziellen Möglichkeiten bestehen, ein Angebot an ambulanter Notfallpflege einzurichten.

Die erste Beschlussvorlage wurde im Gesundheits- und Krankenhausausschusses am 19.07.2001 qualifiziert vertagt. Die zweite Beschlussvorlage wurde im Gesundheits- und Krankenhausausschusses am 17.01.2002 ebenfalls vertagt. Frau Caim beantragte die Beschlussfassung zu vertagen, da die Vorlage nicht auf die Fragestellung eingeht, wie die häusliche Krankenpflege durchgeführt werden kann, wenn diese nachts bzw. am Wochenende verordnet wird. Vertagt wurde trotz Beantwortung der offenen Fragen auch die dritte Beschlussvorlage im Gesundheits- und Krankenhausausschusses am 14.03.2002. Die vierte Beschlussvorlage wurde in der Sitzung vom 22.05.2003 auf Antrag der SPD-Fraktion vertagt, mit der Begründung, dass die Probleme in der häuslichen Pflege in Bezug auf die bestehende Finanzierung- und Versorgungslücke differenzierter dargestellt werden sollen und in diesem Zusammenhang der Antrag vom Herrn Stadtrat Rupp zur Schließung der Versorgungslücke über Pflegebudgets zu berücksichtigen sei (Anlage 1).

Dieses Anliegen betrifft Sachverhalte, von denen mehrere Stadtteile betroffen sind. Bürgerversammlungsanträge, die sich nicht ausschließlich auf den jeweiligen Stadtbezirk bezie-

hen, müssen nach Art.18 Abs. 4 Satz 1 GO und § 2 Abs. 4 Satz1 Bürger- und Einwohner-versammlungssatzung vom Stadtrat behandelt werden. Die Empfehlung bezieht sich auf laufende Angelegenheiten im Sinne von Art. 37 GO und § 22 GeschO.

1. Rückblick

Über die Aktivitäten der Landeshauptstadt München und speziell der städtischen Krankenhäuser in Bezug auf Information, Beratungs- und Schulungsangeboten bei verschiedenen Krankheitsbildern oder behandlungs- und grundpflegerischen Leistungen bis zu Unterstützungsleistungen in neuen Pflegesituation oder Vermittlung und Koordination der pflegerischen Versorgung wurde in den genannten vorangegangenen Beschlussvorlagen ausführlichst berichtet. Es wurde eine zusammenhängende und umfassende pflegerische Versorgung aufgezeigt, die im Gegensatz zu anderen deutschen Großstädten beispielhaft ist. Spezielle Angebote für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen wie der 'rund um die Uhr' Pflegenotdienst¹, der Pflegeruf² oder der Münchner-Pflegenotruf nach SGB XI³ machen die Vielfältigkeit deutlich. Die Umsetzung der seit zehn Jahren geforderten Notfallpflege⁴ für verschiedene Bedarfslagen, orientiert an der aktuellen Sozialgesetzgebung, scheiterte bis heute an der Finanzierung.

Ein weiterer Streitpunkt in der ambulanten Pflege bleibt die häusliche Krankenpflege. Die Finanzierung und Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V und die Abgrenzung zum Pflegeversicherungsgesetz sowie die bestehenden Probleme bei Patienten, die nicht im Sinne des SGB XI pflegebedürftig sind, aber einen Hilfebedarf aufweisen oder ausschließliche SGB V Leistungen in Anspruch nehmen, wurde ausführlich in der Beschlussvorlage „Aufbau eines ambulanten Krankenpflege- und Pflegenotfalldienstes“ nach Antrag Nr. 2779 der Stadtratsmitglieder Schosser und Caim vom 11.04.2001 und Empfehlung Nr. 116 der Bürgerversammlung des 19. Stadtbezirkes Bezirksteil Thalkirchen-Solln vom 06.12.01 zum Gesundheits- und Krankenhausausschuss am 22.05.03 (Aktensammlung Seite 1343) dargestellt.

Insgesamt ergibt sich in München für die häusliche pflegerische Versorgung ein Bild, welches eine ausreichende Infrastruktur aufzeigt. Anzumerken ist hierbei allerdings, dass es sich um eine flächendeckende, nicht aber um eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung handelt.

2. Versorgungs- und Finanzierungslücke⁵

In München wird seit einiger Zeit, insbesondere durch die Neuregelung der Richtlinien Häusliche Krankenpflege im Krankenversicherungsgesetz (SGB V) im Jahr 2000, die zu-

¹ weitergehend Informationen in der Beschlussvorlage „Aufbau eines ambulanten Krankenpflege- und Pflegenotfalldienstes“ nach Antrag Nr. 2779 der Stadtratsmitglieder Schosser und Caim vom 11.04.2001 und Antrag Nr. AZ 022/53-419 E-01/116 der Bürgerversammlung des 19. Stadtbezirkes Bezirksteil Thalkirchen-Solln vom 06.12.2001 zum Gesundheits- und Krankenhausausschuss am 22.05.03 (Aktensammlung Seite 1343)

² weitergehend Informationen im Gesamtkonzept der Versorgungshilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen in München: Bericht über die Umsetzung und Fortschreibung, Beschluss des Sozialausschusses vom 18.07.2000 oder in der in Fußnote 1 genannten Beschlussvorlage.

³ Verbund aus 31 Sozialstationen seit dem 01.01.1997 unter der Einsatzleitung des Bayerischen Roten Kreuzes, weitergehende Informationen in der in Fußnote 1 genannten Beschlussvorlage.

⁴ bspw. Antrag 1339 der Stadtratsfraktion DIE GRÜNEN vom 29.07.93 aufgegriffen im Gesamtkonzept der Versorgung alter Menschen vom 20.07.1995, Beschluss Gesundheit 2000 – Kommunikation der Leistungsanbieter im Gesundheitswesendes Gesundheits- und Krankenhausausschusses vom 12. Juni 1997 oder genannte Beschlussvorlage in Fußnote 1

⁵ ausführliche Definitionen und Differenzierung der Versorgungs- und Finanzierungslücke und der betroffenen Personengruppen erfolgte im Beschluss „Kommunale Gesundheitsmaßnahme; Versorgungslücken sofort schließen“ nach Antrag Nr. 3231 der Stadtratsmitglieder Caim, Bauernschuster, Nagel, Oberloher und Pfundstein vom 05.10.01 im Gesundheits- und Krankenhausausschuss und Sozialhilfeausschuss am 28.11.2002

nehmende Verschiebung von Leistungen der Krankenversicherung in Leistungen der Pflegeversicherung kritisch gesehen. Dadurch ist insbesondere bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz oder in der Schwerst- und Akutkrankenpflege, z.B. Pflegebedürftige mit einem Betreuungsaufwand von 16-24 Stunden pro Tag oder onkologische Patienten, eine Versorgungs- und Finanzierungslücke zwischen SGB V und SGB XI entstanden, die durch die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) im stationären Bereich und der sich abzeichnenden Verweildauerverkürzung größer wird. Die Versorgungs- und Finanzierungsprobleme begründen sich insofern, dass bei diesen Menschen ein Hilfe- und Pflegebedarf besteht, der nicht dem Pflegebegriff im Sozialversicherungssystem entspricht. Des Weiteren zeigt der Hilfebedarf alter Menschen, dass es eine Reihe von Defiziten in der Versorgung gibt. Betroffen sind vor allem dementiell erkrankte Menschen oder alte Menschen mit einem vorübergehenden Hilfe- und Pflegebedarf, die über keinerlei informelle Unterstützung verfügen. Die geforderte Notfallpflege greift bei den betroffenen Patientengruppen nicht, weil entweder die zur Verfügung stehenden Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherungen aufgrund der Definition von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI nicht greifen oder die Komplexität dieser häuslichen Pflegesituationen in den Leistungskomplexen und Einzelleistungen nicht wieder zu finden sind.

3. Probleme in der häuslichen Pflege

Häusliche Pflege folgt in starkem Maße der Logik der geltenden Refinanzierungsbedingungen der sozialen Pflegeversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung und des Bundessozialhilfegesetzes. In dieser Logik wird Pflege oft als in einzelne Leistungen oder Leistungskomplexe zerlegbare Tätigkeit verstanden. Die Diskussion darüber, welche Leistungen im einzelnen durch die Versicherungssysteme zu finanzieren sind und vor allem, ob sie durch die Pflegeversicherung mit ihrem gedeckelten Budget oder der Krankenversicherung mit dem Kostendeckungsprinzip zu finanzieren sind, bestimmt oft die Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Die Tatsache, dass das Bundessozialgericht sich mit der Zuständigkeit für das Anziehen von Kompressionsstrümpfen befassen musste, verdeutlicht, wie weit diese Auseinandersetzungen gehen können.

Mit der Versorgung der Patienten nach diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) im Krankenhaus und dem gleichzeitigen Festhalten an der Finanzierung von Einzelleistungen oder Leistungskomplexen in der häuslichen Pflege entsteht ein weiterer Widerspruch. Es ist zu befürchten, dass die bestehenden Probleme bezüglich der Versorgung von pflege- und hilfebedürftigen Menschen, die durch eine Zerstückelung der personenbezogenen Dienste in einzelne Arbeits- und Finanzierungseinheiten entstanden sind, zunehmen. Eine Differenzierung in sektorale Finanzierungen sowie die zusätzliche fachliche Differenzierung im ambulanten Bereich wird dem Anspruch nach ganzheitlicher Pflege nicht gerecht. Häusliche Pflege ist ein komplexes Geschehen. Die konkrete Ausgestaltung der Rahmenbedingungen ist entscheidend dafür, wie Pflegebedürftigkeit bewältigt werden kann. Häusliche Pflege findet derzeit vor dem Hintergrund der Finanzierungsmodalitäten des SGB V, des SGB XI, des BSHG und zu geringen Anteilen anderer Kostenträger statt. Das derzeitige Vergütungssystem ist darauf ausgerichtet, nur einzelne Leistungen bzw. Leistungskomplexe zu vergüten. Die Komplexität und Vielschichtigkeit häuslicher Pflegesituationen ist in diesen Leistungskomplexen nicht wieder zu finden. Auch nicht berücksichtigt sind die Fähigkeiten Angehöriger zur Durchführung pflegerischer Leistungen oder situativer Einschätzung einer Pflegesituation. „Pflegerische, die unzusammenhängende Einzelhandlungen in bezug auf viele Patienten ausführen, haben keine Möglichkeit, die Effektivität der Pflege insgesamt für einen Patienten einzuschätzen. Sie können noch nicht einmal wissen, inwieweit ihr eigenes Tun zur Verbesserung oder Verschlechterung des Wohlbefindens des Patienten

ten beigetragen haben mag⁶. Daraus ergibt sich ein dringender Handlungsbedarf neue Vergütungssysteme zu erproben. Ein Vergütungssystem, welches sich am Faktor Zeit und tatsächlichem Pflegebedarf orientiert, könnte sich positiv auf pflegerische Tätigkeiten und Interaktionen im Rahmen der häuslichen Pflege auswirken. Es ist zu erwarten, dass die zeitorientierten pflegerischen Handlungen abweichen von den Tätigkeiten im Rahmen von Einzelverrichtungen oder Leistungskomplexen, weil erstmals die bestehenden Erwartungen von Seiten der Pflegefachkräfte, der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen an das Leistungsgeschehen in der häuslichen Pflege berücksichtigt werden. Auch das Erkennen rehabilitativer Potenziale bei den Pflegebedürftigen bringt für Pflegedienste keine Nachteile. Bisher war jegliche Förderung zur Selbständigkeit aus finanziellen Gründen uninteressant, da sie zu einem Rückgang der eigenen Finanzierungsgrundlagen führt.

⁶ Schröck, Ruth (1995): Ein neues Nachdenken über die Pflege, in: Borsi, Gabriele M; Schröck, Pflegemanagement im Wandel: Perspektiven und Kontroversen, Berlin, S. 1-15

4. Alternative Versorgung und Finanzierung in der häuslichen Pflege

In diversen o.g. Stadtratsanträgen wurde eine pflegerische Versorgung im ambulanten Bereich für den Notfall gefordert. Die in den Anträgen beschriebenen Notfälle ergeben sich in der Praxis allerdings nicht aus einer tatsächlichen Notfallsituation, sondern aus der bestehenden Problematik der beschriebenen Versorgungs- und Finanzierungslücke sowie des Pflegebegriffs im Sozialversicherungssystem.

Das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke und die Koordinationsstelle Pflege im RGU sowie das Sozialamt der Landeshauptstadt München greifen die Versorgungs- und Finanzierungsprobleme in der häuslichen Versorgung auf. In einem gemeinsamen Forschungsprojekt⁷ wird in der häuslichen Pflege ein neuer Versorgungs- und Finanzierungsansatz erprobt. Dabei wird ein Budget aus den Sachleistungsbeträgen des SGB XI und ggf. der Sozialhilfe (BSHG) gebildet werden, welches Grundlage für die Abrechnung der erbrachten Pflege ist. Die Leistungen aus SGB V laufen ohne Beeinträchtigung des Budgets nebenher. Eine Integration der SGB V Leistung in das Budget erweist sich derzeit noch als schwierig. Das Projekt ist allerdings darauf angelegt, diese in einer zweiten Projektphase mit einzubeziehen. Das Projekt wird von der AOK, dem VdAk und den Betriebskrankenkassen nach Beschluss der ARGE der Kranken- und Pflegekassenverbände in Bayern vom 24.06.2003 mit getragen. Ebenso wird das Forschungsvorhaben durch den thematisch entsprechenden Antrag⁸ „Häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen verbessern und dauerhaft sichern“ von Herrn Stadtrat Klaus-Peter Rupp unterstützt.

In diesem Projekt soll nun versucht werden, der Komplexität häuslicher Pflegesituationen durch ein flexibles Abrechnungssystem gerecht zu werden. Grundlage des Forschungsprojektes ist eine Veränderung der Refinanzierungsstrukturen. Bisher ist die häusliche Pflege dadurch charakterisiert, dass Pflegeleistungen sehr stark fragmentiert und lediglich als technische Verrichtungen gedacht sind. Eine wirksame Unterstützung in häuslichen Pflegesituationen erfordert demgegenüber einen breiteren konzeptionellen Ansatz und muss vor allem dem Aushandlungsprozess zwischen Pflegebedürftigem, pflegenden Angehörigen und den Pflegefachkräften einen Raum geben, damit pflegerische Interventionen sinnvoll durchgeführt werden können. Ausgehend von der Einschätzung, dass die derzeitigen Refinanzierungsbedingungen in der häuslichen Pflege nur eine an der Durchführung einzelner Tätigkeiten orientierte Pflege ermöglichen, wird in dem Projekt untersucht, wie sich ein an-

⁷ Derzeit befinden wir uns in der frühen Interventionsphase und starten im November 2003 mit der Datenerhebung und praktischen Umsetzung. In dem Projekt erfolgt die Zusammenarbeit mit vier Pflegediensten und eine detaillierte Untersuchung in 15 häuslichen Pflegesituationen. Die Projektregion ist München-Neuperlach unter Einbezug des Krankenhauses München-Neuperlach, d.h. sowohl die Pflegedienste als auch die Betroffenen sind hier angesiedelt. Die häuslichen Pflegesituationen für das Fallstudien-Design umfasst Langzeitpflegesituationen, 16-24 Std. Pflegen und Überleitungs Pflegesituationen beim Übergang vom Krankenhaus in den häuslichen Bereich, hier insbesondere onkologische und dementielle Patienten. Seitens des Instituts für Pflegewissenschaft wird im Vorfeld eine zweitägige Fortbildungsveranstaltung für Pflegefachkräfte der beteiligten Pflegedienste stattfinden, bei der Grundlagen einer familienorientierten Pflege vermittelt werden und bei der eine Einführung in die Dokumentation der häuslichen Pflege für das Projekt erfolgen soll. Die Auswirkung der budgetorientierten Vergütung soll einerseits in Gruppendiskussionen mit den beteiligten Pflegefachkräften und andererseits durch Interviews mit den beteiligten Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen untersucht werden. Die Qualitätsprüfung der neuen Pflegearrangements erfolgt durch den MDK, auf der Basis noch zu entwickelnder Indikatoren. Die Entwicklung ist Bestandteil des Projektes. Geplant ist, das Projekt mit einer Laufzeit von 1 Jahr (Erhebungszeitraum) durchzuführen. Im Anschluss ist eine Ausweitung des Projektes im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI, mit diversen universitären und nicht universitären Forschungseinrichtungen sowie drei deutschen Städten als Kooperationspartner und einer Laufzeit von 4 ½ Jahre geplant (Anlage 2).

⁸ Antrag Nr. 02-08 / A00570 vom 21.01.2003, „Das Sozialreferat wird beauftragt, in Zusammenarbeit mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt bei häuslicher Pflege und bei pflegerischer Überleitung z.B. aus dem Krankenhausmodellhafte einen neuen Finanzierungsansatz zu erproben. Dabei sollen die Leistungen aus der Krankenversicherung (SGBV), der Pflegeversicherung (SGB XI) und der Sozialhilfe (BSHG) in einem Budget integriert werden. Ziel soll es sein, die Auswirkung dieses Pflegebudgets auf die pflegerische Versorgung im Gegensatz zur Vergütung nach Einzelleistung oder Leistungskomplexendarzustellen. Hieraus sollen Rückschlüsse auf ein zukünftiges Vergütungs- und Versorgungssystem abgeleitet werden. Es soll eine Kooperation zur wissenschaftlichen Begleitung mit dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke angestrebt werden“.

deres Vergütungssystem auf die Erbringung ambulanter Pflege auswirkt und inwiefern pflegerische Handlungen in diesem Vergütungssystem von den Tätigkeiten im Rahmen von Einzelverrichtungen und Leistungskomplexen abweichen. Das bedeutet, dass nicht mehr von den Bedingungen der Refinanzierungssysteme, sondern von den vor Ort tatsächlich bestehenden Problemen aus gedacht werden soll. Grundlage der Projektkonzeption war es, dass davon ausgegangen wird, dass die für die Pflege zur Verfügung stehenden Gelder nicht mehr werden, dass aber durchaus darüber nachgedacht werden kann, diese zur Verfügung stehenden Gelder anders zu nutzen. Weiterhin wurde und wird davon ausgegangen, dass Pflegedienste und Pflegekräfte in der Lage sind, eine angemessene Einschätzung einer häuslichen Pflegesituation vornehmen zu können und entsprechende Interventionen planen und durchführen zu können. Dementsprechend liegt es nahe, die Sachleistungssätze des SGB XI, die Summen für die Einzelleistungen nach SGB V (inkl. flexibel gestalteter Erstbesuch z.B. als Pflegevisite im Krankenhaus) und die bewilligten Sozialhilfeleistungen bzw. Eigenleistungen in einem gemeinsamen Budget zusammenzuführen und dieses Budget den Pflegebedürftigen und den Pflegediensten zur Verfügung zu stellen. Die Geldsumme bleibt gleich, nur die Auszahlung erfolgt als Pauschale. Statt einzelner Leistungen lässt sich dieses Budget in Zeiteinheiten aufteilen. Die einzige Ausnahme von dieser freien Aushandelbarkeit besteht darin, dass die Erbringung der ärztlich verordneten Leistungen sichergestellt werden muss. Ein Beispiel verdeutlicht diesen alternativen Finanzierungsansatz:

Ein Patient ist in Pflegestufe II eingruppiert und entscheidet sich für die Sachleistung in Höhe von 921€. Dazu wurde ärztlicherseits eine zweimal tägliche Blutzuckermessung verordnet (a 3,80 DM = 1,94 €; bei 30 Tagen = 116,40 €) Daraus ergibt sich ein zur Verfügung stehendes Budget von 1.037,40 €. Dieses Budget lässt sich durch den Pflegedienst in ein monatlich zur Verfügung stehendes Zeitbudget umrechnen. Dieses Zeitbudget bildet die Grundlage des Aushandlungsprozesses mit den Pflegebedürftigen und Angehörigen. Anstelle der katalogmäßigen vorgeschriebenen Leistungen soll durch diesen Ansatz der pflegerischen Expertise zur Einschätzung einer Pflegesituation und Planung entsprechender angemessener Interventionen Rechnung getragen werden.

Die Nachweispflicht der tatsächlich erbrachten Leistungen erfolgt durch eine neues Dokumentationssystem⁹. Durch diese Dokumentation können Pflegeverläufe aufgezeigt und starre Leistungskomplexe virtuell aufgehoben sowie informelle Hilfen eingebunden werden. Durch die Dokumentation der tatsächlich erbrachten Leistungen in der häuslichen Pflege wird bedürfnisorientiertes Handeln transparent. Ein zentrales Anliegen des Projektes ist die Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen. Es wird davon ausgegangen, dass die durchzuführenden Interventionen der lebensweltlichen Realität häuslicher Pflegesituationen gerecht werden und ein sinnvolles Zusammenwirken von formeller und informeller Pflege gewährleisten. Es ist allerdings nicht davon auszugehen, dass das zur Verfügung stehende Budget tatsächlich alle Bedarfe der Betroffenen abdeckt. Die Entscheidung über die Prioritäten obliegt aber dem gemeinsamen Entscheidungsprozess und wird nicht von außen bestimmt.

4.1. Ziele, Erkenntnisgewinn und Erwartungen an personenbezogene Pflegebudgets

Die Ergebnisse sollen deutlich machen, wie Pflegekräfte eine Steuerungsfunktion innerhalb von Pflegeverläufen einnehmen können. Aufgabe der Pflegekräfte ist es, Pflegesituationen vorausschauend zu planen und situationsgerecht zu handeln¹⁰. Im Projektverlauf werden die Veränderungen die sich in den Pflegesituationen ergeben beschrieben. Erwartet wird

⁹ Das Dokumentationssystem wurde gemeinsam vom Institut für Pflegewissenschaft und der Koordinationsstelle Pflege entwickelt und wird im Projekt den beteiligten Pflegediensten zur Verfügung gestellt.

eine Transparenz unbewusster Pflegeinterventionen. Diese gilt es zu dokumentieren und als notwendige pflegerische Handlungen darzustellen.

Im Einzelnen werden folgende Ziele verfolgt:

- Darstellung der Auswirkungen von Pflegebudgets auf die pflegerische Versorgung im Gegensatz zur Vergütung nach Einzelleistung oder Leistungskomplexen
- Überwindung der bisherigen Systemgrenzen hin zum vernetzten und abgestimmten Handeln und die Zusammenarbeit über Systemgrenzen hinweg
- flexiblere Gestaltung des Zusammenspiels von informeller und formeller Pflege
- Ableiten von Rückschlüssen für ein zukünftiges, einem familienorientierten und lebensweltlichen Pflegeverständnis entsprechenden Vergütungs- und Versorgungssystem
- modellhafte Erprobung neuer Versorgungsstrukturen
- Ausbau eines engmaschigen und bedarfsgerechten Netzes von ambulanten, teilstationären und stationären Diensten und Einrichtungen

Die wesentliche Erwartung an das Projekt ist es, tragfähige Vorschläge zu entwickeln, die aus pflegerischer Perspektive eine Sicherstellung der häuslichen Pflege gewährleisten. Angestrebt wird, dass häusliche Pflege als Aushandlungsprozess begriffen wird, damit Pflegebedürftigen, Angehörigen und beruflich Pflegenden die Möglichkeit bekommen diesen Aushandlungsprozess zu gestalten. Im Einzelnen ist abzuwarten,

- wie sich in der häuslichen Pflege das Verhältnis von Angebot und Nachfrage gestaltet,
- wie sich eine integrierte Finanzierungsstruktur der Pflegeleistungsvergütungen aus den Bereichen des SGB V und des SGB XI realisieren lässt,
- auf welcher Grundlage der Pflegebegriff im Sozialversicherungssystem reformuliert werden kann.

Der Bereich der häuslichen Krankenpflege nach SGB V ist als Ergebnis der Verhandlungen bislang dem Budget nur angehangen worden. Dennoch kann erwartet werden, dass die Ergebnisse dieses Projekts sinnvolle Anstöße dazu geben können, wie eine sinnvolle häusliche Pflege allgemein und speziell nach einem Krankenhausaufenthalt unter DRG-Bedingungen gestaltet und finanziert werden kann.

5. Fazit

Personenbezogene Pflegebudgets tragen im wesentlichen dazu bei, dass durch die Flexibilisierung und bedürfnisorientierte Anwendung der Pflege- und Sozialleistungen die Realität legalisiert und der Systemfehler des SGB XI, insbesondere die mangelnde Familienorientierung aufgedeckt wird. In der Folge müssen die Aufgaben der beruflichen Pflege verbindlich beschrieben werden, um Aufgaben der beruflichen Pflege in der häuslichen Versorgung festzuschreiben und eine qualitativ hochwertige Versorgung in Zusammenarbeit zwischen formeller und informeller Pflege zu gewährleisten. Nur so kann die Pflege als wertvolle Ressource zur Bewältigung der anstehenden Probleme und Herausforderungen im Gesundheitswesen sein. Die nutzerorientierte häusliche Pflege verlangt eine Diskussion über die Frage, wer entscheidet über die Notwendigkeit von Pflege. Zudem wird zukünftig ein Instrument zur validen Erfassung und Messung von Pflegeleistungen benötigt.

Personenbezogene Pflegebudgets liegen auf einer Linie mit dem wesentlichen pflegepolitischen Anliegen der Enquete-Kommission ‚Demographischer Wandel‘. In der Literatur wird dazu ausgeführt, dass die derzeitige Prävalenz von Pflegebedürftigkeit keine unbeeinfluss-

¹⁰ Die heutigen Pflegesituationen charakterisieren sich durch die gesetzlich vorgegebenen Leistungen, welche abgearbeitet werden. Die Erklärung, was eine pflegerische Handlung ist, erfolgt allerdings nicht durch das Ausführen von vorgegebenen Leistungskomplexen. Es liegt dem Pflegeverständnis der einzelnen Pflegekraft zugrunde, welche Tätigkeiten als Pflege definiert werden. Im Projekt nehmen Pflegekräfte die ureigene Aufgabe der Pflege wahr, die Steuerung des Pflegeprozesses.

bare Konstante darstellt, dass aber eine Beeinflussung nur gelingen kann, wenn die starren Systemgrenzen und differierenden Steuerungen zwischen SGB V und SGB XI systematisch aufeinander abgestimmt werden¹¹. Personenbezogene Pflegebudgets überwinden bisherige Systemgrenzen. Mit Erprobung dieser alternativen Versorgung und Finanzierung muss über Systemgrenzen innerhalb der Sozialversicherung erneut diskutiert werden. Ebenso wird es aufgrund des bestehenden Versorgungs- und Finanzierungsproblems notwendig, die bisher bestehenden Grundlagen für die Erbringung häuslicher Pflege neu zu diskutieren, um sie den tatsächlichen Begebenheiten anzupassen.

Eine Finanzierung und Versorgung in der häuslichen Pflege durch Pflegebudgets könnte aufgrund der beschriebenen Ziele eine Notfallpflege gerade für ältere und alleinlebende Menschen, die krank, aber nicht krankenhausbearbeitungsbedürftig oder vorübergehend pflege- und hilfebedürftig sind überflüssig werden lassen.

Die Beschlussvorlage ist mit der Pflegedirektion des Krankenhauses München-Neuperlach und dem Sozialreferat abgestimmt.

Die Korreferentin des Referates für Gesundheit und Umwelt, Frau Stadträtin Dr. Anker, sowie die Stadtkämmerei haben einen Abdruck der Vorlage erhalten.

II. Antrag des Referenten

1. Das RGU wird beauftragt die Umsetzung des Forschungsprojektes personenbezogene Pflegebudgets zu unterstützen.
2. Das RGU wird beauftragt, die aus den empirischen Ergebnissen und der internationalen Übersicht abgeleiteten wesentlichen Aspekte zu einer Reform der Finanzierungsmodalitäten in der häuslichen Pflege den Entscheidungsträgern zuzuleiten.
3. Das RGU berichtet nach Abschluss des Projektes über die empirischen Ergebnisse und zeigt auf welche Konsequenzen diese für die pflegerische Versorgung allgemein haben.
4. Der Antrag Nr. 96-02 / A 02779 von Frau StRin Elisabeth Schosser, Frau StRin Eva Maria Caim vom 11.04.2001 ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt
5. Die Empfehlung Nr. 116 der Bürgerversammlung des 19. Stadtbezirkes Bezirksteil Thalkirchen-Solln vom 06.12.01 ist damit satzungsgemäß erledigt.

III. Beschluss

nach Antrag.

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Der/Die Vorsitzende

Der Referent

¹¹ Schmidt, Roland (2002): Soziale Dienste im demographischen Wandel: Zur Integration gesundheitlicher, pflegerischer und sozialer Dienstleistungen, in: Klie, Th.; Buhl, A.; Entzian, H. (Hrsg.): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen, Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, S. 77-93

Ober/Bürgermeister/in

Joachim Lorenz
Berufsmäßiger Stadtrat

- IV. Abdruck von I mit III.
an die/den Vorsitzende/n und die Fraktionssprecher/innen
des Bezirksausschusses 19 Thalkirchen-Obersendling-Forstenried-Fürstenried-Solln.
(5fach)
z. K.
- V. Abdruck von I mit IV.
über den stenographischen Sitzungsdienst
an das Revisionsamt
an die Stadtkämmerei
an das Direktorium - Dokumentationsstelle
an das Direktorium, D-HA II/V2-GIII, Az. 022/53-419 E-01/116 (3fach)
an das Referat für Gesundheit und Umwelt RGU - K
an das Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-GLS-SB
an das Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-GB
an das Sozialreferat S-I-APB
an das Krankenhaus München-Neuperlach
- VI. Wv Referat für Gesundheit und Umwelt RGU - K