

Personenbezogene Pflegebudgets

1 Anlage

Bekanntgabe in der Sitzung des Gesundheits- und Krankenhausausschusses vom 01.04.2004

Öffentliche Sitzung

I. Vortrag des Referenten

In der Sitzung vom 22.05.2003 wurde die Beschlussvorlage zur notfallpflegerischen Versorgung in ambulanter Pflege 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 des StR Rupp zur Schließung der Versorgungslücke über Pflegebudgets zu berücksichtigen sei (Anlage). Die daraufhin folgende Beschlussvorlage wurde im Gesundheits- und Krankenhausausschuss am 25.09.2003 auf Antrag der CSU-Fraktion qualifiziert vertagt, die eine noch stärkere Vernetzung der stationären Krankenhauspflege mit den weiterversorgenden ambulanten Pflegediensten forderte. Im weiteren Vorgehen wurden beide Projekte aus fachlichen Gründen thematisch voneinander getrennt. Die Möglichkeit einer Notfallpflege wird dem Stadtrat zu einem späteren Zeitpunkt gesondert vorgelegt. Der o.g. Antrag des StR Rupp wird thematisch in einer Beschlussvorlage zur häuslichen Pflege vom Sozialreferat in enger Zusammenarbeit mit dem RGU behandelt. In folgenden werden die Hintergründe und das Projekt personenbezogener Pflegebudgets vorgestellt.

1. Rückblick

Die Aktivitäten der Landeshauptstadt München und speziell der städtischen Krankenhäuser in Bezug auf Information, Beratungs- und Schulungsangebote bei verschiedenen Krankheitsbildern oder behandlungs- und grundpflegerischen Leistungen bis zu Unterstützungsleistungen in neuen Pflegesituationen oder Vermittlung und Koordination der pflegerischen Versorgung sind hinlänglich bekannt. Die Vielfalt an Angeboten zeigt das Bild einer zusammenhängenden und umfassenden pflegerischen Versorgung auf, die im Gegensatz zu anderen deutschen Großstädten beispielhaft ist. Ein 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 pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, allerdings aber einen Hilfebedarf aufweisen oder ausschließlich SGB V Leistungen in Anspruch nehmen, wurde ausführlich in der Beschlussvorlage „Aufbau eines am-

bulanten 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) 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 Finanzierungslücke¹

In München wird seit einiger Zeit, insbesondere durch die Neuregelung der Richtlinien häusliche Krankenpflege im Krankenversicherungsgesetz (SGB V) im Jahr 2000, die zunehmende 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 Versorgungs- und Finanzierungsprobleme begründen sich in so fern, 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. Von daher erscheint es sinnvoll, als ersten Schritt einen alternativen Versorgungs- und Finanzierungsansatz in der häuslichen Pflege bzw. Krankenpflege zu erproben und im zweiten Schritt über Möglichkeiten und Finanzierungsmodelle einer Notfallpflege nachzudenken.

3. Probleme in der häuslichen pflegerischen Versorgung

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

¹ ausführliche Definitionen und Differenzierungen der Versorgungs- und Finanzierungslücke und der betroffenen Personengruppen erfolgte im Beschluss „Kommunale Gesundheitsmaßnahme; Versorgungslücken sofort schließen“ im Gesundheits- und Krankenhausausschuss und Sozialhilfeausschuss vom 28.11.2002

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. Nicht berücksichtigt sind auch die Fähigkeiten Angehöriger zur Durchführung pflegerischer Leistungen oder situativer Einschätzung einer Pflegesituation. 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 den Pflegediensten keine Nachteile. Bisher war jegliche Förderung zur Selbständigkeit aus finanziellen Gründen uninteressant, da sie zu einem Rückgang der eigenen Finanzierungsgrundlagen führt.

4. Alternative Versorgung und Finanzierung in der häuslichen Pflege

Viele Schwierigkeiten in der Praxis der häuslichen Versorgung ergeben sich 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 Forschungsprojekt 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 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.

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 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 anderes Vergütungssystem auf die Erbringung ambulanter Pflege auswirkt und inwiefern pflegerische Handlungen in diesem Vergütungssystem von den Tätigkeiten im Rahmen von Einzelverrichtungen und Leistungskomplexen abweichen. Grundlage der Projektkonzeption war, dass die für die Pflege zur Verfügung stehenden Gelder nicht mehr werden, dass aber durchaus darüber nachgedacht werden kann, diese 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. Für die Laufzeit des Projektes wurden zwischen den teilnehmenden Pflegekassen, Pflegekassenverbänden, der Stadt München und den ambulanten Pflegediensten Sonderverträge über die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und die Erbringung häuslicher Pflege gemäß §89 bzw. 120 SGB XI geschlossen.

Die Nachweispflicht der tatsächlich erbrachten Leistungen erfolgt durch ein neues Dokumentationssystem². 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.

4.1 Vernetzung zwischen Krankenhaus und häuslichen Pflege

Von der beschriebenen Problematik sind vor allem Patienten mit onkologischen oder demenziellen Erkrankungen betroffen. Sie sind nicht im klassischen Sinne pflegebedürftig, benötigen allerdings aufgrund ihres Krankheitsverlaufes eine pflegerische Begleitung. Bei beiden Patientengruppen wird der Hilfebedarf nur selektiv vom Pflegeversicherungsrecht anerkannt. Existentielle Bedarfe, etwa Begleitungs- und Sicherungsaufgaben, können durch die Sachleistungen der Pflegeversicherung nicht wahrgenommen werden. Die Idee der personenbezogenen Pflegebudgets besteht wie o.g. darin, dem Patienten und seinen Angehörigen den sachleistungsäquivalenten Geldbetrag zur Verfügung zu stellen, damit sie nach ihren individuellen Wünschen und Pflegebedürfnissen den optimalen Set an Pflegeleistungen kaufen können. Der entscheidende Vorteil personenbezogener Pflegebudgets gegenüber Leistungskomplexen und Einzelleistungen besteht darin, dass mit gegebenen Finanzmitteln ein relativ hohes Versorgungsniveau erreicht werden kann. Diese birgt gleichzeitig eine Reihe von Gefahren. Dazu gehören u.a. Qualitätseinbuße in pflegerischer Hinsicht. Im Projekt sollte sichergestellt werden, dass solche Einbuße weitgehend unterbleiben, dass Dienstleistungen nach professionellem Pflegewissen und auf eine vertragsgetreue, arbeits- und sozialversicherungsrechtlich korrekten Weise abgewickelt und gestaltet werden. In diesem Zusammenhang kommt Pflege-Case-Management eine entscheidende Steuerungsfunktion zu.

² Das Dokumentationssystem wurde gemeinsam vom Institut für Pflegewissenschaft, der ev. FH-Darmstadt und der Koordinationsstelle Pflege entwickelt und wird im Projekt den beteiligten Pflegediensten zur Verfügung gestellt.

Um den genannten Patienten und ihren Angehörigen eine möglichst individuelle und bedarfsorientierte Versorgung anzubieten wurde im Krankenhaus München-Neuperlach die Entlassungs- und Weiterversorgungsplanung im Rahmen des Projektes personenbezogene Pflegebudgets weiterentwickelt. Anknüpfend an das Konzept 'Koordinierte Entlassung von pflege- und hilfsbedürftigen Patienten' wurde Pflege-Case-Management eingerichtet. Im Projekt werden die Patienten, welche aus der Überleitungssituation in der häuslichen Pflege mit personenbezogenen Pflegebudgets versorgt werden, von der Pflege-Case-Managerin des Krankenhaus München-Neuperlach ausgewählt. Hierzu wurden, der o.g. Patientengruppen entsprechend, Auswahlkriterien entwickelt. Die Überleitung der ausgewählten Patienten erfolgt nach dem Konzept PCM³ des Krankenhauses. Um die enge Zusammenarbeit zwischen den ambulanten Pflegediensten und dem Krankenhaus München-Neuperlach zu gewährleisten, wird die o.g. Dokumentation gemeinsame geführt, d.h. die Dokumentation startet im Krankenhaus und wird bei einer Übergabevisite an den ambulanten Pflegedienst weitergeben. Während der ersten Wochen der gemeinsamen häuslichen Versorgung des Patienten, wird diese Dokumentation von beiden Partnern geführt und dient hier vor allem als Kommunikationsmittel.

4.2. 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 handeln. Im Projektverlauf werden die Veränderungen die sich in den Pflegesituationen ergeben beschrieben. Erwartet wird eine Transparenz unbewusster Pflegeinterventionen. Diese gilt es zu dokumentieren und als notwendige pflegerische Handlungen darzustellen. Im Einzelnen werden u.a. 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

Die wesentliche Erwartung an das Projekt ist es, tragfähige Vorschläge zu entwickeln, die aus pflegerischer Perspektive eine Sicherstellung der häuslichen Pflege gewährleisten. Im Einzelnen ist abzuwarten,

- wie sich in der häuslichen Pflege das Verhältnis von Angebot und Nachfrage gestaltet und
- wie sich eine integrierte Finanzierungsstruktur der Pflegeleistungsvergütungen aus den Bereichen des SGB V und des SGB XI realisieren lässt.

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.

4.3 personenbezogene Pflegebudgets: aktueller Projektstand

Derzeit befindet sich das Projekt in der Durchführungsphase. Start der Datenerhebung und

³ Darstellung in der Anlage 4 im Beschluss „Pflege-Case-Management an städtischen Krankenhäusern: Nachstationäre Patienten- und Patientinnenbegleitung verhindert Versorgungslücken“ im Gesundheits- und Krankenhausausschusses sowie gemeinsamer Werkausschuss für die städtischen Krankenhäuser Bogenhausen, Harlaching, Neuperlach und Schwabing vom 21.11.2002.

praktischen Umsetzung war der 01.01.04. Das qualitativ angelegte Projekt umfasst eine relativ kleine Fallzahl (15), da der Focus der Untersuchung auf einer detaillierten Darstellung häuslicher Pflegesituationen liegt. Im Rahmen des Projektes erfolgt eine Zusammenarbeit mit drei Pflegediensten der AWO, dem bayerischen Roten Kreuz und einem privaten Pflegedienst. Weitere interessierte private Pflegedienste haben vorwiegend aus Kostengründen, u.a. zu geringen Stundensatz ihre Teilnahme, nach den Verhandlungen mit den Pflegekassen abgesagt. Die Projektregion ist München-Neuperlach unter Einbezug des Krankenhauses München-Neuperlach und der Regionalstelle Ost 1 des Amtes für Soziale Sicherung, d.h. sowohl die Pflegedienste als auch die Betroffenen sind hier angesiedelt. Die häuslichen Pflegesituationen für das Fallstudiendesign umfasst bestehende Pflegesituationen und Überleitungspflegesituationen vom Krankenhaus in den häuslichen Bereich, hier insbesondere onkologische und dementielle Patienten. Das Institut für Pflegewissenschaft und das RGU haben im September eine zweitägige Fortbildungsveranstaltung für Pflegefachkräfte der beteiligten Pflegedienste durchgeführt, bei der Grundlagen einer familienorientierten Pflege vermittelt wurden und bei der eine Einführung in die Dokumentation der häuslichen Pflege für das Projekt erfolgte. Die Auswirkungen der budgetorientierten Vergütung wird einerseits in Gruppendiskussionen mit den beteiligten Pflegefachkräften und andererseits durch Interviews mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen untersucht. Die Qualitätsprüfung der neuen Pflegearrangements ist Bestandteil der Untersuchung und erfolgt mit Hilfe von qualitativen Evaluationskriterien⁴ und einer zweimaligen Erhebung der funktionalen sowie kognitiven Selbständigkeit. Der MDK prüft die teilnehmenden Pflegedienste zu Projektbeginn und verzichtet während der Durchführungsphase auf weitere Prüfungen. Die Absprache über die laufenden Qualitätskontrollen erfolgte im Oktober gemeinsam zwischen dem MDK, der AOK Pflegekasse, der Uni Witten/Herdecke und dem RGU. Geplant ist, das Projekt mit einer Laufzeit von 1 Jahr (Erhebungszeitraum 01.01.-31.12.04) durchzuführen. Im Anschluss wird derzeit eine Ausweitung des Projektes im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß §8 Abs. 3 SGB XI vorbereitet. Hierfür wurde ein Förderantrag gemeinsam mit der evangelischen Fachhochschule Freiburg, mit diversen universitären und nicht universitären Forschungseinrichtungen sowie drei deutschen Städten als Kooperationspartner und einer Laufzeit von 4 ½ Jahren beim BMGS gestellt. Die Förderung wurde vom Bundesgesundheitsministerium am 18.12.2003 bewilligt.

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 über die Notwendigkeit von Pflege entscheidet. Zudem wird zukünftig ein Instrument zur validen Erfassung und Messung von Pflegeleistungen benötigt.

⁴ sechs Aspekte, die in Beziehungen zwischen alten Menschen mit Pflegebedarf, ihren pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegekräften gleichermaßen von Bedeutung sind. Es handelt sich dabei um die Bereiche Sicherheit, Kontinuität, Zugehörigkeit, Zielgerichtetheit, das Gefühl, etwas erreichen zu können und Bedeutsamkeit. Diese sind nicht statisch zu betrachten, sondern unterliegen genauso Veränderungen wie die Pflegesituation selbst (six senses, Nolan et al. (2001)).

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 unbeeinflussbare Konstante darstellt, dass aber eine Beeinflussung nur gelingen kann, wenn die starren Systemgrenzen und differierenden Steuerungen zwischen SGB V und SGB XI aufeinander abgestimmt werden. 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.

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

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

II. Bekannt gegeben

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Der/Die Vorsitzende

Der Referent

Ober/Bürgermeister/in

Joachim Lorenz
Berufsmäßiger Stadtrat

III. Abdruck von I mit II.

über den stenographischen Sitzungsdienst

an das Revisionsamt

an die Stadtkämmerei

an das Direktorium - Dokumentationsstelle

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-GLS

an das Sozialreferat S-I-APB

an das Sozialreferat S-I-RI

an das Krankenhaus München-Neuperlach

IV. Wv Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-K