

Das personenbezogene Pflegebudget

Mehr als ein Modellversuch

Heiner Schülke

Manche Veränderungen vollziehen sich mit lautem Getöse (zum Beispiel die Praxisgebühr), andere schleichend. Zu letzteren gehören die in kleinen Schritten vorgenommenen Ergänzungen im Leistungsrecht der Pflegeversicherung (SGB XI). Eine davon ist die Einführung von personenbezogenen Pflegebudgets. Zurzeit ist es noch ein Modellversuch. Es ist jedoch auch mehr. Der „Versuch“ hat allenfalls noch in seiner Anfangsphase den Charakter des Vorläufigen. Dies liegt an der Breite seiner Anlage und seinen ehrgeizigen Zielsetzungen. Im Folgenden wird aufgezeigt, wo Vorteile und Risiken im neuen Vergütungsmodell liegen.



Foto: N. Dietrich

Wenn knapp 900 Leistungsbezieher und weitere 900 in Vergleichsgruppen in bundesweit sieben Modellregionen einbezogen und wissenschaftlich begleitet werden, ist dies ein höherer wissenschaftlicher Aufwand, als bei der Einführung der gesamten Pflegeversicherung betrieben wurde. Die Zeitdauer (01. 12. 2004 – 28. 02. 2008), die solide Finanzierung (über den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung), die Repräsentativität der Modellregionen (München, zwei kreisfreie Städte und vier unterschiedlich strukturierte Kreise in Ost und West) sowie die Qualität der wissenschaftlichen Steuerung/Begleitung (drei namhafte Institute) lassen an den Absichten der Pflegekassen keinen Zweifel: Es soll eine Entscheidungsgrundlage für ein ergänztes Leistungsrecht gewonnen werden. Mit den Worten des Verfassers:

– Wie verändert sich die Verteilung ambulante/stationäre Leistungen

- Wie verändert sich das Nachfrageverhalten der Versicherten
- Wie verändert sich das Angebotsverhalten der jetzigen Leistungserbringer
- Welche neuen Leistungserbringer wird es geben
- Wie verändert sich das Verhältnis Laienpflege/professionelle Pflege
- Wie verändern sich die Strukturen innerhalb der Laienpflege
- Welche Auswirkungen hat dies auf die Preise und die Qualität?

Wenn die Ergebnisse vorliegen, beantwortet sich auch die Frage, in welchen Strukturen die solidarisch finanzierte Pflegeversicherung in der Lage ist, in Zukunft zu überleben. Denn eines ist klar: Wenn der Trend zur wachsenden Inanspruchnahme von stationären Leistungen nicht gestoppt wird, ist die Pflegeversicherung finanziell schneller als erwartet am Ende. Das bedeutet, die Beiträge müssten erheblich erhöht werden.

Eine Alternative kann sein, die Laienpflege mit professioneller ambulanter Pflege und weiteren Angeboten, auch informeller Art, zu verschränken. Die personenbezogenen Pflegebudgets sind hierfür ein interessantes Instrument.

Der Modellversuch mit seiner regionalen und zeitlichen Ausdehnung ist darüber hinaus geeignet, die schwierige Diskussion um eine Angleichung von stationären und ambulanten Leistungen zu vertagen.

Worum geht es genau?

Im Pflegeversicherungsgesetz ist in § 8 Abs. 3 geregelt, dass die Spitzenverbände der Pflegekassen Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vornehmen können. „Dabei sind vorrangig modellhaft in einer Region Möglichkeiten eines personenbezogenen Budgets sowie neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige zu erproben. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorha-

ben kann im Einzelfall von den Regelungen des 7. Kapitels sowie von § 36 abgewichen werden“.

Das 7. Kapitel des Gesetzes regelt die Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern. Konkret geht es hierbei unter anderem um die Zulassung durch Versorgungsverträge, die Bundesrahmempfehlungen, das Vergütungsrecht, die Wirtschaftlichkeitsprüfungen und die Qualitätssicherung.

§ 36 enthält Bestimmungen über den Anspruch der Versicherten auf Sachleistungen. Damit enthält § 8 Abs. 3 die notwendige Öffnungsklausel bei Modellversuchen für Abweichungen vom „normalen“ Leistungsrecht.

Grundsätzliche Fragen

Welche Versicherten können Pflegebudgets in Anspruch nehmen?

Zunächst gilt der Modellversuch nur für die gesetzlich Pflegeversicherten. Das heißt, wer in einer privaten Versicherung ist, kann nicht teilnehmen. Ausnahme: eine private Versicherung übernimmt auf individuellen Antrag die Kosten dafür. Ausgeschlossen sind Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“. Diese „Pflegestufe“ passt nicht zur Anlage des Modellversuchs. Weiterhin sind die Bezieher von Pflegegeld ausgeschlossen.

Hiervon gibt es zwei Ausnahmen: Es sind die Regionen Stadt Erfurt und Kreis Neuwied. Wer Kombi-Leistungen in Anspruch nimmt, kann das Budget erhalten, wenn der Sachleistungsbezug mit rund 90 Prozent deutlich überwiegt.

Damit lassen sich diejenigen Versicherten bestimmen, für die das Budget vornehmlich bestimmt ist:

- Erstantragsteller auf Pflegeleistungen
- Antragsteller für eine Höherstufe
- Sachleistungsbezieher
- Versicherte in den Regionen München (Neuperlach und Bogenhausen), Stadt Erfurt, Stadt Kassel, Kreise Annaberg (Sachsen), Marburg-Biedenkopf (Hessen), Neuwied (Rheinland-Pfalz) und Unna (Nordrhein-Westfalen). Der Kreis Plön sollte zunächst ebenfalls einbezo-

gen werden. Dies hat sich jedoch zerschlagen.

Wie kommen diese Versicherten an ein Pflegebudget?

Die Teilnahme an dem Modellprojekt ist freiwillig. Diejenigen Versicherten, die in einer der Modellregionen wohnen und Interesse an der Teilnahme haben, wenden sich an ihre Pflegekasse, direkt an eines der Budget-Büros oder an den Freiberger Projektträger. In bundesweit verteilten Flyern sind die sieben regionalen Telefonnummern der Pflegebudget-Büros und ihre E-Mail-Adressen enthalten. Eine Antwortkarte an den Projektträger ist in dem Flyer ebenfalls enthalten.

Ein regional zuständiger Fall-Manager (früher Case-Manager genannt) nimmt sich des „Falles“ an und nimmt telefonisch oder persönlich Kontakt auf. Dabei wird geklärt, ob die Voraussetzungen für die Teilnahme vorliegen (siehe oben) und ob der Versicherte bereit

ist, die Verpflichtungen einzugehen, die mit der Teilnahme verbunden sind. Dies sind die Bereitschaft, sich der Beratung einer Fall-Managerin (es sind derzeit bis auf einen Mann 15 Frauen) zu öffnen und die eingekauften Leistungen ihr gegenüber offen zu legen.

Ist hierüber ein Vertrag geschlossen, wird der Versicherte anonym an den Projektträger „gemeldet“. Dies ist die Evangelische Fachhochschule Freiburg/Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege. Dafür steht ein bekannter Name: Prof. Dr. Thomas Klie.

Dort wird entschieden, ob der Versicherte in die Budget-Gruppe oder die Vergleichsgruppe kommt. Die Entscheidung wird nach dem Zufallsprinzip getroffen. Die Versicherten der Budget-Gruppe erhalten das Pflegebudget. Die Versicherten der Vergleichsgruppe erhalten Sachleistungen – wie bisher. Indem sie sich schriftlich verpflichtet haben, an dem Projekt teilzunehmen, erhalten auch sie

1/4
DM EDV

demnächst alle sechs Monate Besuch von der Fall-Managerin zu einem Interview.

Ein Rechtsanspruch auf Erhalt des Pflegebudgets besteht also nicht. Die Chancen, in die Budget-Gruppe zu kommen, stehen genau 50:50. Darüber hinaus können nicht alle Interessenten das Pflegebudget erhalten, denn die Zahl der teilnehmenden Versicherten ist regional beschränkt. In den Regionen Stadt Erfurt und Kreis Neuwied sollen es jeweils 200 (und 200 in der Kontrollgruppe) sein. Die hohe Anzahl dort ergibt sich aus dem Angebot, dass auch Bezieher von Geldleistungen das Budget in Anspruch nehmen können.

In den Kreisen Annaberg und Marburg-Biedenkopf sowie in der Stadt Kassel sind jeweils 50 Teilnehmer (und jeweils 50 in der Kontrollgruppe) eingeplant. Die Regionen München und Unna teilen sich weitere 320 Pflegebudgets. Dies heißt im Umkehrschluss: der 51. Interessierte im Kreis Annaberg kommt auf die Warteliste.

Für die Pflegedienste in den Modellregionen hat dies Bedeutung. Sie sollten ihre Kunden, die mit den jetzigen, verrichtungsbezogenen Leistungen fehlversorgt sind, auf das Pflegebudget hinweisen und gegebenenfalls bei der Antragstellung rechtzeitig unterstützen. Möglicherweise ist auch ein Kontakt zu den regionalen Fall-Managern sinnvoll.

Meine Empfehlung: Nehmen Sie sich dies für kommende Woche vor. Es kostet Sie eine halbe bis eine Stunde.

Ist der Versicherte in der Budget-Gruppe, findet eine erste Bestandsaufnahme seines Bedarfes an Pflege, Betreuung, Beaufsichtigung sowie eine Erhebung über sein soziales Umfeld statt – in neudeutsch: Assessment. Beachtenswert ist, dass hierin auch die Belastung der Hauptpflegeperson des Versicherten aufgenommen wird – sofern vorhanden. Die bei dieser Erhebung gewonnenen Informationen sind Grundlage eines „Bedarfsplans“. Dazu kommt die Fall-Managerin

in die Wohnung. Anschließend wird der Antrag an die Pflegekasse auf Auszahlung des Budgets gestellt. Wenn das Verfahren bis hierher gediehen ist, wird die Kasse wohl zustimmen.

Welche Leistungen erhalten diese Versicherten?

Sie erhalten die Leistungen, die ihnen gemäß ihrer Pflegestufe als Sachleistung zustehen, in Geld. Dies sind zur Zeit in den einzelnen Stufen monatlich

I: 384 Euro

II: 921 Euro

III: 1432 Euro.

Die Auszahlung erfolgt wie üblich durch die Pflegekassen zu Händen der Versicherten. Darüber hinaus erhalten die Versicherten eine fachliche Begleitung durch eine Fall-Managerin. Sie steht den Versicherten und ihren Angehörigen beratend und organisierend zur Verfügung. Dies kann auch außerhalb der Interview-Intervalle oder der üblichen Nachfragen der Fall-Managerin sein. Wenn der Versicherte oder seine Angehörigen die Notwendigkeit sehen, mit ihr in Kontakt zu treten, haben sie dazu jederzeit die Gelegenheit.

Wichtig: Wenn Versicherte das Pflegebudget erhalten, schmälert dies ihre Ansprüche auf Leistungen der Krankenversicherung oder des Sozialhilfeträgers nicht.

Welche Leistungen können die Versicherten mit ihrem Budget einkaufen?

In den Verträgen zwischen Pflegediensten und Pflegekassen sind Vergütungen für bestimmte Leistungen beziehungsweise Leistungskomplexe vereinbart, die ihre Grundlage im § 14 des Gesetzes haben. Danach werden nur verrichtungsbezogene Leistungen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung bezahlt bzw. nur darauf hat der Versicherte Anspruch, es sein denn, er erhält Leistungen aus dem Behindertenrecht.

Diese Begrenzung ist beim Einsatz des Pflegebudgets aufgehoben. Der Versicherte kann sich also diejenigen Leistungen einkaufen, die nach seiner individuellen Situation

sinnvoll sind. Damit wird der Leistungsbezug individualisiert. Allerdings ist er in der Wahl der Leistungen nicht völlig frei. Denn die konkrete Entscheidung darüber soll der Versicherte gemeinsam mit der Fall-Managerin treffen.

Was genau „gemeinsam“ heißt, ist nirgendwo beschrieben. Der Verfasser hat Fall-Manager danach befragt. Die Antwort war, dass der Versicherte das letzte Wort habe. In jedem Fall jedoch müssen die eingekauften Dienstleistungen einen Bezug zur konkreten Pflegesituation haben.

Ziel ist es, den Versicherten und sein familiäres Umfeld – soweit vorhanden – so zu beraten, dass der individuell optimale Mix an Leistungen eventuell zuzüglich eigener finanzieller Beteiligung oder, bei Bezug von Leistungen nach dem Bundessozialhilfe-Gesetz, mit Unterstützung des Sozialamts, eingekauft wird.

Bedeutung für Demenzpatienten

Besondere Bedeutung wird das Pflegebudget bei der Betreuung und Pflege von dementen Versicherten haben. Die Angehörigen oder Betreuer werden passgenauer als bisher für den individuell notwendigen Mix an verschiedenen Leistungen sorgen können.

Hier kann ein Kündigungsgrund des Projektträgers gegenüber dem Versicherten liegen. Wenn das Geld nämlich absprachewidrig (will heißen, nicht entsprechend des gemeinsam mit der Fall-Managerin festgestellten Bedarfs) verwendet wird. Ein weiterer Kündigungsgrund liegt vor, wenn trotz Pflegebudget die Pflegequalität nicht gewährleistet ist. Die Beurteilung hierüber obliegt der Fall-Managerin.

Wer darf die Leistungen erbringen?

Die Bindung der Versicherten an zugelassene Pflegedienste ist, ebenso wie der Verrichtungsbezug, aufgehoben. Zwar soll professionelle Pflege in die Leistungserbringung weiterhin einbezogen sein – denn die Hauptzielgruppe des Projektes sind heutige Sachleistungsbezieher. Es können jedoch auch Pflege-

Einzelpersonen Leistungen erbringen oder Anbieter von Dienstleistungen, die eher im Betreuungsbereich arbeiten. Die zurzeit erreichbaren Stellungnahmen seitens der Politik und Kostenträger gehen davon aus, dass die Versicherten flexiblere Betreuungs- und Pflegearrangements nachfragen werden als die Pflegeversicherung heute finanziert.

Ohne Zweifel wird dies die Anbieterstruktur beeinflussen. Gewollt ist es, dass in diese „flexiblen Betreuungs- und Pflegearrangements“ unter anderem Nachbarn oder Freunde, also auch das persönliche Netzwerk des Versicherten, eingebunden werden. Die Möglichkeiten hierfür zu eruieren, ist ein Teil des oben beschriebenen Assessments. Dies kann besonders dann bedeutsam werden, wenn durch das Pflegebudget neue Wohnformen und Wohngruppen entstehen, deren Bewohner sich – je nach ihren Fähigkeiten – gegenseitig unterstützen.

Meine Empfehlung: Werden Sie in diesem Marktsegment aktiv, bevor es andere tun.

Es ist im Ergebnis durchaus denkbar, dass sich neben den Pflegediensten Unternehmen gründen, die Betreuungs-, Begleitungs-, Beaufsichtigungsleistungen usw. anbieten. Die Kernfrage ist, wer dies alles koordiniert. Einen Teil davon wird zweifellos die Fall-Managerin übernehmen. Einen anderen Teil, das gewohnte Alltagsmanagement, jedoch nicht. Hier sind die Pflegedienste gefragt, wenn es nicht aus der Familie heraus geleistet wird.

Meine Empfehlung: Geben Sie es nicht aus der Hand.

Es ist auch zu beachten, dass der Versicherte für die Leistungen, die er nun neben denen des Pflegedienstes in Anspruch nimmt, Verträge schließen muss.

Meine Empfehlung: Achten Sie mit darauf, dass hierbei die Mehrwertsteuer-Pflicht berücksichtigt wird.

Es ist von den Pflegekassen und dem Projektträger gewollt, dass Gelder aus dem Pflegebudget grundsätzlich nicht für die nächsten Angehörigen verwandt werden. Damit soll sichergestellt werden, dass es nicht in der Familienkasse verschwindet. Eine wissenschaftliche Evaluierung hätte dann wohl kaum noch Ansatzpunkte.

Wie konkret in den Regionen Erfurt und Neuwied damit umgegangen wird, muss die Zukunft zeigen. Denn es macht keinen Sinn, Hilfestellungen und Leistungen von Familienangehörigen, für die das Pflegegeld – nicht immer, aber oft genug – eine Anerkennung oder ein Ausgleich ist, nun nicht mehr zu honorieren.

Der Verfasser geht davon aus, dass sich bei den Pflegegeldbeziehern in diesen beiden Regionen nichts ändern wird. Vielmehr werden mit den zusätzlichen Mitteln zusätzliche Dienstleistungen eingekauft werden. Das könnte unter anderem professionelle Pflege sein.

Meine Empfehlung: Gehen Sie Ihre Kartei mit den Beratungsbesuchen bei Pflegegeld-Empfängern durch.

Welche Rolle spielen die Fall-Manager und wer sind sie?

Die zentrale Rolle für den Erfolg oder Misserfolg des Projektes im Einzelfall wie auch insgesamt liegt bei den Fall-Managern. Sie haben beratende und organisierende Funktion. Selbstverständlich steckt darin – wie in jeder Beratung – auch eine Mit-Entscheiderfunktion. Aber wie

oben erwähnt: Das letzte Wort hat der Versicherte.

Meine Empfehlung: Wenn sich ein Kunde von Ihnen für das Pflegebudget entschieden hat, kooperieren Sie mit dem Fall-Manager.

Die Fall-Manager sind von den Ausbildungen her Angehörige sozialer Berufe. Sie wurden vom Projektträger geschult und damit auf ihre Aufgabe gut vorbereitet. Die Schulung umfasst neben den rechtlichen Grundlagen unter anderem so wichtige Inhalte wie Konflikttraining, Krisenmanagement, Gesprächsführung usw. Damit sind sie auf die Möglichkeiten eines positiven Wirkens ebenso vorbereitet, wie sie ihre Grenzen kennen. Sie sind Begleiter und keine Kontrolleure. Sie haben allerdings eine wichtige sozialversicherungsrechtliche Aufgabe: Sie sollen mit darauf achten, dass durch das Pflegegeld keine Schwarzarbeitsverhältnisse entstehen und für den Fall, dass Mini-Jobs geschaffen werden, die sozialrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden.

Wesentlich für ein positives Wirken der Fall-Manager ist ihre organisatorische Anbindung: Auch wenn die Mittel für das Fall-Management insgesamt aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung kommen und damit Versicherten-gelder sind, haben die Pflegekassen keinerlei Einfluss auf ihre Auswahl, Anstellung und Tätigkeit. Vielmehr hat der Projektträger die Auswahl getroffen und er bezahlt

1/8

CQA

1/2 Athenstädt

sie auch. Damit können die Versicherten sicher sein, dass die Beratung und Begleitung während des Projektes ausschließlich an ihren Bedürfnissen orientiert ist.

Damit ist eine weitere Abgrenzung angesprochen. Die Fall-Manager können sich frei vom MDK bewegen. Natürlich sollen beide eng zusammenarbeiten. Sie sind jedoch in keinem Fall der verlängerte Arm des Medizinischen Dienstes.

Die Fall-Manager sind dafür verantwortlich, dass die notwendigen Daten für die begleitende Forschung erhoben werden. Der Datenset basiert auf RAI (Resident Assessment Instrument) und umfasst rund 250 Positionen. Sie müssen zu Beginn der Inanspruchnahme des Pflegebudgets erhoben werden und natürlich sind sie zu aktualisieren. Der Verfasser geht davon aus, dass alle datenschutzrechtlichen Aspekte geprüft und geklärt sind. Dies geht auch die Pflegedienste an.

Meine Empfehlung: Wenn Daten aus der Dokumentation von Ihnen erfragt werden, vergewissern Sie sich, dass der Versicherte zugestimmt hat.

Was bedeutet das Pflegebudget für die Pflegedienste?

Zunächst ist zu fragen, welche Versicherten und/oder Angehörigen ein Interesse daran haben, das Pflegebudget in Anspruch zu nehmen. Meine Antwort: Es werden diejenigen sein, die durch den starren Verrichtungsbezug im SGB XI heute teilweise fehlversorgt sind. In jedem Fall jedoch ist davon auszugehen, dass bei den Sachleistungsempfängern die von der Pflegekasse zur Verfügung gestellten Mittel bestenfalls gerade ausreichen, um zumindest die Pflege sicher zu stellen. Dies ist der Umsatz der Pflegedienste.

Wenn nun aus diesem Umsatz, im Sinne einer mehr an den individuellen Notwendigkeiten orientierten Versorgung/Betreuung/Begleitung usw. auch andere Leistungen als häusliche Pflege finanziert werden sollen, verringert sich der Umsatz der Dienste in demselben Umfang. Dies könnte auf den ersten Blick zu einer Ablehnung von Pflegebudgets führen. Muss es aber nicht, sollte es auch nicht.

Denn der Ansatz der Budgets ist ein weit gedachter. Er betrifft die Struktur der Leistungsnachfrage insgesamt. Das Ziel ist es, die Versicherten so lange wie möglich in ihrer selbstbestimmten häuslichen Umgebung zu versorgen/betreuen usw. Wenn die Budgets zusammen mit den Beratungen der Fall-Managerinnen dazu beitragen, ist viel gewonnen. Langfristig zahlt sich dies für die ambulante Pflege sicher aus.

In diesen Zusammenhang passt eine Verabredung der Spitzenverbände der Pflegekassen:

Wenn ein Versicherter aus dem Krankenhaus demnächst entlassen wird und mit hoher Wahrscheinlichkeit zum ersten Mal Pflegeleistungen nach SGB XI notwendig werden, soll sein Antrag vorrangig bearbeitet werden, wenn die Chance auf Teilnahme am Modellversuch besteht. Denn allzu häufig sind Versicherte nach Krankenhausaufenthalten in Pflegeheime gekommen.

Bei der „Verhäuslichung“ der SGB XI-Leistungen können die Fall-Manager eine wertvolle Hilfe sein. Wie Dr. Pick, Geschäftsführer des MDS, nicht müde wird zu bemerken, genießen viel zu wenige Pflegebedürftige ein gutes Alltagsmanagement.

Eine unabhängige Unterstützung an dieser Stelle, unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes, kann viel Lebensqualität für die Versicherten und ihre Angehörigen schaffen. Sie kann auch helfen, Heimaufenthalte hinauszuzögern oder ganz zu vermeiden.

Meine Empfehlung: Betrachten Sie das Modellprojekt in seinen langfristigen Auswirkungen.

Allerdings bestehen auch Risiken. Zum einen liegen sie im steuerrechtlichen Bereich, sofern Sie als Pflegedienst Leistungen neben der Pflege erbringen. Ein Gespräch mit Ihrem Steuerberater schafft Klarheit.

Zum anderen ist die Konkurrenzsituation durch osteuropäische Pflegekräfte nicht zu unterschätzen. Durch die Mitgliedschaft der einschlägigen Staaten in der EU sind bei vielen Versicherten bisher bestehende Bedenken weggefallen, auch wenn die bisherigen arbeitsrechtlichen Vorschriften nach wie vor gelten. Hierzu Prognosen abzugeben, ist jedoch reine Spekulation. Es ist Aufgabe der Fall-Manager, auf die sozialversicherungsrechtliche Korrektheit von Arbeitsverhältnissen zu achten.

Meine Empfehlung: Wenn Sie durch die Pflegebudgets Kunden ganz verlieren, suchen Sie den Kontakt mit dem Fall-Manager.

Ein wichtiger Aspekt bei der Neusortierung derjenigen, die sich um die Teilnehmer am Modellversuch „kümmern“, ist die Qualität der erbrachten Leistungen.

Soweit es sich um Ihre Pflegeleistungen handelt, werden diese über jeden Verdacht erhaben sein. Soweit es sich um ergänzende Dienstleistungen handelt, ist die Beurteilung schon schwieriger. Sie kann nur durch Sie – Sie sehen ja, wer noch kommt – den Fall-Managern oder durch die Versicherten und ihre Angehörigen selbst erfolgen.

Allerdings sollten Sie von vornherein klarstellen, dass Sie die Gewähr nur für diejenigen Leistungen übernehmen, für die Sie auch bezahlt werden oder Sie leisten Zusätzliches aus persönlichen Gründen.

Meine Empfehlung: Sollten Sie zusätzliche Leistungen, wie die Koordinierung aus Freundlichkeit übernehmen, treffen Sie klare Absprachen hierüber mit den Versicherten, seinen Angehörigen und den Fall-Managern. Das, was Sie dabei vereinbaren, machen Sie – nicht weniger, aber auch nicht mehr.

Tendenziell könnten die Pflegebudgets geeignet sein, die Preise für professionelle Pflege zu senken. Gedacht sei dabei an Einzel-Pflegepersonen, die in der Regel keine Zulassung durch die Pflegekassen haben.

Sie haben auch nicht den Kostenapparat zu bewältigen, mit dem ein etablierter Pflegedienst üblicherweise kämpft. Denkbar ist es, dass die eine oder andere Fall-Managerin ihren Ehrgeiz darin setzt, „billigere“ professionelle Pflege (sprich: Pflegeleistungen von Fachkräften außerhalb oder neben dem Beruf) zu organisieren, um Mittel für ergänzende Dienstleistungen frei zu bekommen. Denkbar ist auch, dass sie den kürzeren Weg wählt und versucht, mit Ihnen über die Preise zu diskutieren.

Dazu folgende Bemerkungen:

Erstens, die Pflegekassen erfahren davon zunächst nichts, denn Sie rechnen Ihre Leistungen bei den Budgetbeziehern mit dem Versi-

cherten direkt ab. Die Fall-Manager stehen in keinem direkten Kontakt mit den Pflegekassen.

Zweitens, der Teufel ist ein Eichhörnchen. Irgendwann erfahren es die Pflegekassen doch, weil Sie in der Sauna ein unbedachtes Wort verloren haben, die Angehörigen zuviel erzählen oder der Versicherte hat einen Enkel, der mit dem Freund der Nichte des Kassensachbearbeiters im Jugendorchester spielt. Der Rest ist eine rein betriebswirtschaftliche Frage.

Drittens sollten Sie sich gut überlegen, ob Sie Ihre Preise reduzieren, weil Sie bei den Budgetbeziehern sowieso schon das Inkasso-Risiko tragen.

Meine Empfehlung: Wenn Sie den Kunden nicht verlieren wollen, bieten Sie eher zusätzliche Leistungen als geringere Preise an – natürlich in einem betriebswirtschaftlich vertretbaren Rahmen.

Abschließend: Ein besonders interessantes Feld sind neue Wohnformen, die zunehmend in Deutschland entstehen. Dabei können Synergien hergestellt werden, die bei der Einzelbetreuung kaum möglich sind. Dies gilt besonders für demenzkranke Versicherte. Personenbezogene Pflegebudgets können die Entwicklung dieser Wohnformen fördern. Hier innovativ tätig zu sein, bietet besondere Chancen für alle Beteiligten.

Weitere Informationen:

www.pflegebudget.de
www.ehf-freiburg.de/aktuell

Anschrift des Verfassers:

Heiner Schülke
 Diplom-Volkswirt
 Mitinhaber der Firma Karat
 Auf dem Hirtle 21
 88709 Meersburg
 E-Mail: petraundheiner@aol.com