

Vollstationäre Pflege in Schieflage

Die ohnehin schon bestehende Schieflage zwischen ambulanten und vollstationären Leistungen wird durch das Pflegestärkungsgesetz II noch weiter ausgebaut. Der Umbau der Pflegeversicherung birgt erhebliche Risiken und Nebenwirkungen für vollstationäre Einrichtungen. Worauf Sie sich vorbereiten sollten.

Text: Rolf Gennrich und Martin Hölscher

Nie gab es eine Pflegereform, die mit so viel Vorschusslorbeeren und so wenig Kritik bedacht wurde wie das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II). Wenn Kritik geäußert wurde und wird, so ist sie eher verhalten und auf Fragen der operativen Umsetzung bezogen. Gründe hierfür mögen wohl sein, dass die Änderungen erst Anfang 2017 greifen und sie durch sehr großzügige und weitreichende Überleitungs- und Übergangsregelungen flankiert werden.

Dies ist umso erstaunlicher, wenn die mit dem PSG II verbundenen Kosten näher betrachtet werden, denn allein für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der neuen Leistungsbeträge wird von einem Kos-

tenvolumen von 3,7 Milliarden Euro ausgegangen!

Zusätzlich führt die Überleitung der Pflegestufen auf Pflegegrade zu Mehrausgaben von insgesamt etwa 3,6 Milliarden Euro in einem Zeitraum von vier Jahren. Hinzu kommen zusätzlich Bestandsschutzkosten im vollstationären Bereich von knapp 0,8 Milliarden Euro.

Finanziert wird das Ganze durch eine weitere Anhebung des Pflegeversicherungsbeitrages um 0,2 Prozentpunkte ab Anfang 2017. Dies bedeutet mit der schon vollzogenen Anhebung 2015 (PSG I) eine Steigerung des Pflichtbeitrages für die Pflegeversicherung um ca. 25 Prozent in zwei Jahren. Allein das PSG II spült mehr als 2,5 Mrd. Euro in die Kasse der Pflegeversicherung.

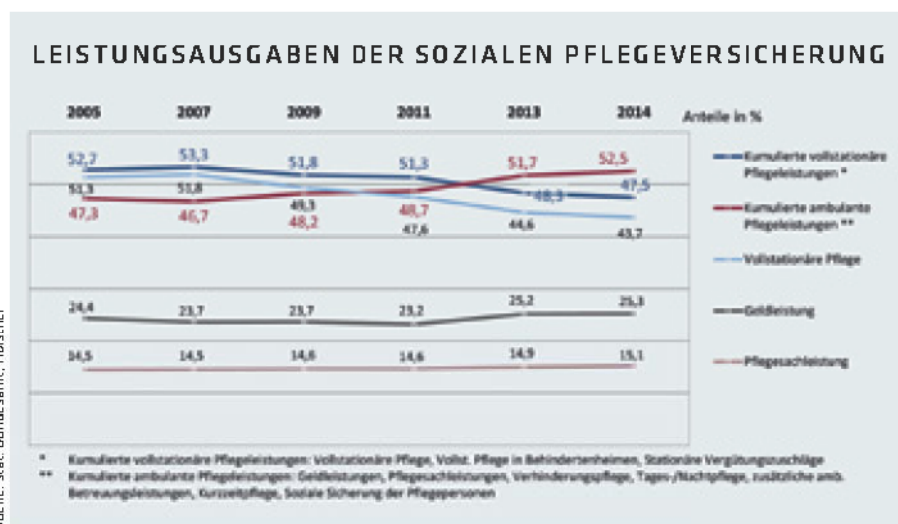
Wenn so viel Geld bewegt und überraschend klaglos von den Bürgern bezahlt wird, ist die Frage berechtigt, was neben den Verbesserungen für die ambulante und häusliche Pflege bei den mehr als 800 000 Pflegeheimbewohnern ankommt.

Was bei der Umsetzung der Reform zu bedenken ist

Dieser Beitrag versucht deshalb, den Blick auf einige grundsätzliche Punkte zu lenken, die bei der weiteren Umsetzung der Reformen zu bedenken sind. Hierbei steht außer Frage, dass mit den letzten Reformen wichtige und richtige Schritte in Richtung einer Stärkung der teilstationären, ambulanten und häuslichen Versorgung beschrritten wurden. Die nachfolgende Bewertung und Einschätzung bezieht sich also nicht auf die längst überfälligen Nachbesserungen bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Erweiterung der Unterstützungsleistungen für die häusliche und ambulant unterstützte Pflege. Vielmehr hinterfragt sie, ob die nicht schon bestehende Schieflage zwischen den ambulanten und vollstationären Leistungen durch das PSG II weiter verstärkt wird und dies zu einer fachlich und wirtschaftlich nicht erstrebenswerten Neuausrichtung der vollstationären Angebote führt.

Grund für diese Sorge ist, dass mit dem PSG II, neben den Leistungsverbesserungen und -erweiterungen, auch gravierende Eingriffe in das „System Pflegeversicherung“ verbunden sind,

Quelle: stat. Bundesamt, Hölscher



Das Verhältnis der Ausgaben ambulant zu stationär: In 2012 überschritten sich die vollstationären mit den ambulanten Leistungen, seitdem steigen diese.



Foto: Werner Krüper

Ab 2017 trägt ein Bewohner mit Pflegegrad 2 nur einen relativ geringen Betrag zum Haushalt des Heimes bei, was wiederum eine Erhöhung des Eigenanteils für alle mit sich bringt.

die erhebliche Auswirkungen auf die zukünftige Pflegeinfrastruktur haben können. Dies sind insbesondere

- o die Einführung der Pflegegrade mittels Neuem Begutachtungs-Assessment (NBA),
- o die Umstellung auf einen pflegegradunabhängigen Eigenanteil in der vollstationären Pflege und
- o die Absenkung der Zuschüsse für Pflegebedürftige mit niedrigem Pflegegrad.

Gratwanderung mit ungewissem

Ausgang: Einführung der Pflegegrade

Es ist erstaunlich, dass das Herzstück des PSG II, das „Neue Begutachtungs-Assessment (NBA)“, welches ja die (sehr kostenintensive) Umstellung der Pflegestufen auf Pflegegrade zur Folge hat, im Vorfeld schon als Meilenstein für die Verbesserung der Pflege gefeiert wird, obwohl es seine Praxistauglichkeit in der Breite noch nicht unter Beweis gestellt hat. Ein Blick in die Untersuchungsberichte über die Erprobung des NBA lassen in einigen Bereichen Zweifel aufkommen. So wird es wie bei den Pflegestufen weiterhin zu einer deutlichen Streuung innerhalb der Pflegegrade kommen – und, was noch viel bedeutsamer ist, der NBA trifft auch keine Aussagen zum erforderlichen

Personalbedarf in den Pflegeeinrichtungen. So führt die Einführung des NBA, anders als beispielsweise das vor mehr als zehn Jahren in Deutschland erprobte Verfahren

NBA führt also nicht automatisch zu einer strukturellen Verbesserung für die Pflegeeinrichtungen! Es bringt auch nicht mehr Personal in die Einrichtungen; es wird nur neu verteilt.

Die Eingriffe können erhebliche Auswirkungen auf die zukünftige Pflegeinfrastruktur haben

PLAISIR, nicht zu einer rationalen und transparenten Ermittlung des Personalbedarfs in der vollstationären Pflege. Ein solches Verfahren soll gemäß § 113c erst bis 2020 entwickelt und erprobt werden. Die Einführung des

Prof. Dr. Rothgang, der die praktische Anwendung des NBA wissenschaftlich leitete, hat deshalb immer vor einer zu großen Euphorie gewarnt. Dies erklärt sich bei einer näheren Betrachtung der bei der Evaluation fest-



FACI

Rufanlagen

Preisberechnung unter:
www.faci.de/kalkulator

Auch ohne Anmeldung.

FACI Kommunikationstechnik GmbH
Telefon: 05 11 / 388 39 77 | eMail: kontakt@faci.de | Internet: www.faci.de

gestellten Pflegegrade. Demnach bilden die Bewohner mit dem Pflegegrad 2, mit einem Sachleistungsanspruch von nur 770 Euro, zukünftig u. U. die größte Gruppe in einem Pflegeheim. Dies sollte bei der Umstellung auf die Pflegegrade beachtet werden.

Die Einführung des NBA löst auch nicht das aktuell drängendste Problem der stationären Pflege, die völlig unzureichende Personalausstattung in den Pflegeheimen. Vor dem Hintergrund der fehlenden Fachkräfte und der strukturellen Defizite in diesem Segment ein enormes Versäumnis.

Es bleibt zu hoffen, dass sich das neue Begutachtungsverfahren in der breiten Anwendung als wirklich praxistauglich, valide und reliabel erweist.

Abkehr von einer leistungsgerechten Vergütung in der stationären Pflege

Der sogenannte – pflegegradunabhängige – einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 92c fördert nach Auffassung des Gesetzgebers die Solidarität unter den Heimbewohnern. Solidarität bedeutet in diesem Kontext, dass sich die Heimbewohner ab 2017 die nicht gedeckten Pflegekosten der Teilkaskoversicherung Pflege unabhängig vom Pflegegrad teilen werden. Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil wird dann losgelöst von den tatsächlich in

Anspruch genommen Leistungen ermittelt und berechnet.

Das Pikante an dieser Lösung ist, dass mit Einführung der Pflegegrade auch zeitgleich der Sachleistungsanspruch für den „klassischen“ Heimbewohner der alten Stufe I – also dem neuen Pflegegrad 2 – zusätzlich von 1 064 auf dann 770 Euro deutlich abgesenkt wird.

Ein Bewohner mit Pflegegrad 2 bringt also, ohne Übergangsregelung, ab 2017 umsatztechnisch betrachtet nur einen sehr geringen Sachleistungsbetrag in den „Gesamthaushalt“ des Heimes ein, was wiederum eine Erhöhung des Ei-

rungsrechtlich bedeutsamen Prämisse, dass ein Versicherter nur das bezahlen muss, was er auch in Anspruch genommen bzw. erhalten hat.

Die Parole „Gleiche Heimkosten für alle“ macht eine kritische Auseinandersetzung mit den erbrachten Leistungen nach Pflegegrad zukünftig quasi überflüssig. Vielmehr könnte in Zukunft ein gewichtiges Argument für eine Höhergraduierung folgendes sein: „Lassen Sie sich doch höherstufen, dann wird es für sie selbst und auch alle anderen preiswerter“. Wer sollte da widerstehen können?

Die Einrichtungen werden zukünftig,

Die Einführung des NBA bringt nicht mehr Personal in die Einrichtungen, es wird nur neu verteilt

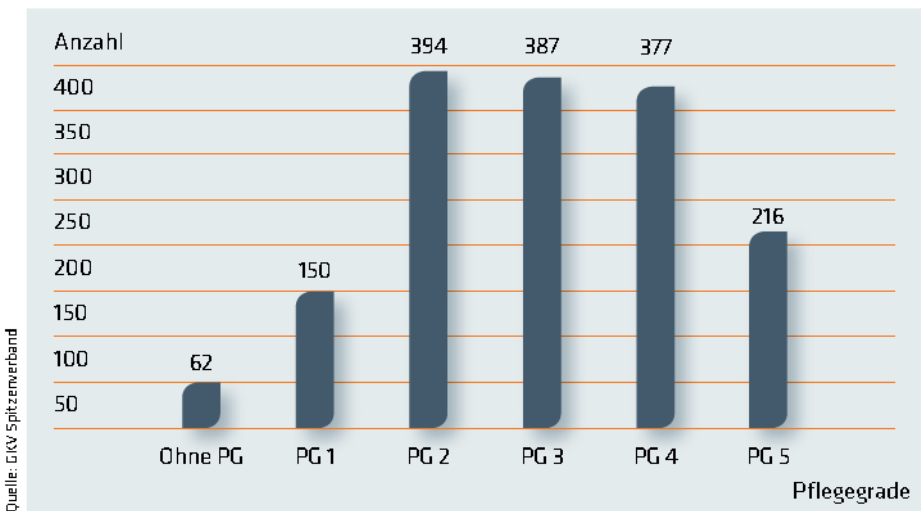
genanteils für alle mit sich bringt. Die Pflegebedürftigen mit niedrigem Pflegegrad werden somit doppelt zur Kasse gebeten. Diese Abkehr vom Individualprinzip gilt nur für die vollstationäre Pflege. Sie wird den Einrichtungen mit dem Argument schmackhaft gemacht, dass sich nunmehr die Pflegebedürftigen und deren Bewohner nicht mehr gegen eine Höherstufung wehren werden. Letztendlich bedeutet diese Regelung aber die Abkehr von der versiche-

insbesondere für Pflegebedürftige mit niedrigen Pflegegraden, noch kritischer über die Höhe des Eigenanteils beurteilt werden. Da dieser aber mit einem zunehmenden Anteil höherer Pflegegrade abgesenkt werden kann, wird es zu einem deutlichen Sog in Richtung auf die höheren Pflegegrade kommen. Wie dies über den eingangs beschriebenen NBA „unter Kontrolle“ gehalten werden kann, ist noch nicht abschbar.

Fakt ist, dass ab 2017 durch die Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils die Finanzierung der pflegebedingten Kosten in den Pflegeheimen von einer leistungsbezogenen, am individuellen Pflegebedarf orientierten Pflegevergütung, auf eine „solidarische“ Finanzierung umgestellt wird. Somit gelten ab 2017 unterschiedliche Grundsätze bei der Finanzierung der ambulanten und der vollstationären Pflege.

Was diese Entwicklung für die Pflegeheime bedeutet

Das PSG II führt, wie schon näher ausgeführt, zu einer weiteren Verschiebung der Finanzierungsströme zwischen ambulanten und vollstationären Leistungen, die nicht ohne Folgen für die Weiterentwicklung der zukünftigen



Im Zuge der Studie „Evaluation des NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen“ wurden für 1 586 Bewohnern die entsprechenden Pflegegrade ermittelt.

Pflegeinfrastruktur bleiben wird. Die Pflegeheime sollten bei der Umsetzung des PSG 2 ab 2017 beachten, dass die Heimpflege für die heutigen Bewohner der Pflegestufen 0 und I in Zukunft deutlich teurer sein wird. Insbesondere dann, wenn die gewünschte Einrichtung ein stadtteilorientiertes und integratives Konzept mit einem breiten Pflegegradmix verfolgt. Hier darf sich die Branche durch die großzügigen Übergangsregelungen – „keine finanziellen Verschlechterungen für die heutigen Leistungsbezieher“ – keinen Sand in die Augen streuen lassen. Finanziell attraktiver gegenüber dem Status Quo wird die stationäre Pflege lediglich für Bewohner der Pflegegrade 4 und 5.

Dies erfordert auch ein Handeln der Kommunen als Träger der „Hilfe zur Pflege“. Sollen hier die Leistungsausgaben nicht explodieren, was bei Beibehaltung des heute üblichen Pflegegradmisch in den Pflegeheimen der Fall wäre, müssen sie alles unternehmen, um ambulant organisierte Wohnformen für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf zu befördern.

Dies ist auch ein Signal an die Bundesländer, heute noch bestehende ordnungsrechtliche Hürden, z. B. für die Etablierung anbieterverantworteter ambulanter Wohngemeinschaften abzubauen. Es bedeutet allerdings auch, dass in sehr kurzer Zeit die erforderlichen Wohnangebote für Menschen mit einem leichten Pflegebedarf geschaffen werden müssen. Gelingt dies nicht und sind diese Zielgruppen quasi gezwungen, vollstationäre Pflege in Anspruch zu nehmen, steigen die Eigenleistungen für die Betroffenen und damit auch für die Sozialleistungsträger dramatisch an.

Was bleibt für die Heime?

Von dem Alten- und Pflegeheim alter Prägung, das seit Einführung der Pflegeversicherung in 1995 unser aller Bild von einer stationären Pflegeeinrichtung prägte, wird nach unserer Einschätzung das Altenheim völlig von der Bildfläche verschwinden. Die Pflegeheime der Zukunft werden zu Orten der Pflege und Betreuung von Men-

schon mit einer fortgeschrittenen Demenz sowie zur Pflege und Begleitung von Menschen am Ende ihres Lebensweges mit einem hohen palliativen Pflege- und Hilfebedarf. Einrichtungen mit einem bewusst integrativen, stadtteilorientierten Ansatz werden es unter Finanzierungsgesichtspunkten schwer haben, sich am Markt zu behaupten.

Der Ausbau barrierefreier Wohnformen in Verbindung mit flexiblen und bedürfnisgerechten Unterstützungsleistungen sollte forciert vorangetrieben werden, um echte Alternativen für Menschen mit nur einem geringen Pflegegrad zu schaffen. Gelingt dies nicht vor Ablauf der Übergangsfristen, werden die Folgen – auch und insbesondere – für die Sozialhilfeträger unerfreulich sein.

Wenn es nicht gelingt, rechtzeitig die erforderlichen und finanzierbaren Wohnangebote für die Menschen mit einem niedrigen Pflegegrad zu schaffen, wird die Rechnung nicht aufgehen. Vollstationäre Pflege wird dann durch die hohen Eigenanteile aller Bewohner zu einem nur schwer kalkulierbaren Risiko auch für die zuständigen Sozialleistungsträger.

MEHR ZUM THEMA

Literatur: GKV Spitzenverband, Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 13. Download unter: www.gkv-spitzenverband.de

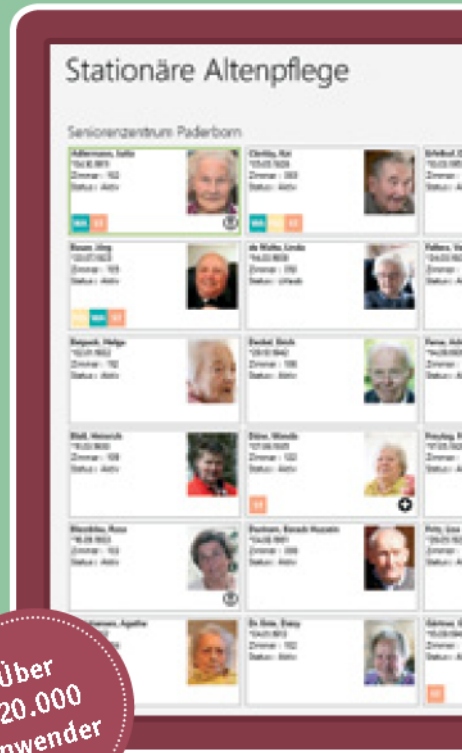
Rolf Gennrich,
Sozialgerontologe, GEWIA
Beratung Sozialer
Unternehmen, Langenfeld.
E-Mail: info@gewia.de



Martin Hölscher,
Pflegemarktanalyst, BFS
Immobilien-Service GmbH,
Köln. E-Mail: m.hoelscher@sozialbank.de



VIVENDI. EINFACH. GUT.



Über
120.000
Anwender

www.vivendi.de

Einfach oder gut? Warum sich für eines entscheiden, wenn man so leicht beides haben kann? Vivendi vereint eine intuitive Benutzeroberfläche mit umfassenden Werkzeugen für das reibungslose Klienten- und Pflegemanagement. Maßgeschneidert für Ihre Einrichtung!

Vivendi.
So einfach geht gut!