

1,4 Prozent durch die öffentliche Hand. Dabei hat sich der Marktanteil seit 2005 immer stärker zu den Diensten in privater Trägerschaft verschoben.

Und dennoch fällt es Betroffenen wie Angehörigen immer schwerer, das passende Pflegeangebot zu finden. Viele sind zudem kaum über die vielfältigen Möglichkeiten und Alternativen, die heute über das Pflegeheim und die Pflege zu Hause hinaus für pflegebedürftige Menschen zur Verfügung stehen, informiert. Diese Informationslücke wird in diesem Buch aufgegriffen, indem Praxisbeispiele wie Pflege-WGs, Tagespflege, andere Modelle von Pflege- und Wohnheimen und Einrichtungen mit besonderer Ausrichtung auf pflegebedürftige Menschen (demenzsensible Krankenhäuser oder die psychiatrische Pflege) vorgestellt werden. Dabei richtet sich der Fokus ausschließlich auf Einrichtungen und Wohnformen mit pflegeintensiver Betreuung und nicht auf Wohnmodelle, bei denen die Pflege eine eher untergeordnete oder noch keine Rolle spielt (wie etwa in Senioren-WGs, dem betreuten Wohnen oder Mehrgenerationenhäusern). Denn die Pflegebedürftigkeit ist die ganz große Herausforderung, der sich heute und in Zukunft immer mehr Angehörige stellen müssen.

Flickenteppich Pflegeberatung

Die Daten, die das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) zur Pflegeberatung liefert, sind erschreckend: 58 Prozent der pflegenden Angehörigen geben an, dass sie noch nie eine Pflegeberatung genutzt oder einen Anspruch darauf haben. Einen kostenfreien Pflegekurs haben sogar nur acht Prozent absolviert. Was draus folgt, kann dann auch nicht weiter verwundern:

- Ein Drittel der pflegenden Angehörigen fühlt sich über die Ansprüche des von ihnen umsorgten Pflegebedürftigen nicht sehr gut informiert
- Über 40 Prozent wissen über die Leistungen, die ihnen selbst zustehen, nicht richtig Bescheid. Fast drei Viertel haben keine präventive Beratung zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit erhalten.
- Ein Viertel der pflegenden Angehörigen weiß nicht einmal, wie Leistungen aus der Pflegeversicherung beantragt werden können.⁶

In Zeiten, in denen ein Pflegebedürftiger und seine Angehörigen einen gesetzlichen Anspruch auf Beratungen durch die Pflegekasse

oder die von ihnen beauftragten Pflegedienste (durch halbjährliche Beratungsbesuche!) haben, ist das ein höchst ernüchternder Befund.

Dabei ist das Thema nicht neu. Schon 2014 stellte der damalige Pflegebeauftragte der Bundesregierung Karl-Josef Laumann (CDU) nüchtern fest: »Pflegeeinrichtungen ... stehen noch zu sehr am Rande der Gesellschaft, und das meine ich nicht räumlich. Krankenhäuser sind hoch akzeptiert, jeder war mal drinnen, jeder weiß, wo sie stehen. Aber fragen Sie mal Leute, ob sie das nächstgelegene Pflegeheim kennen. Die meisten sagen: Nein.«⁷

Um an diesem Punkt anzusetzen und die Transparenz vor Ort zu erhöhen, sollen nach den Bestimmungen in den jüngsten Pflegestärkungsgesetzen II und III die Kommunen bei der Pflegeberatung künftig eine weit größere Rolle als bislang spielen. In 60 Modellkommunen soll die Pflegeberatung erprobt werden. Doch auch hier hakt es bei der Umsetzung, weil sich die Beratungsinstanzen bei der Pflege – wie etwa die Pflegekassen – erst einmal abstimmen und selbst beraten müssen. Eine strukturierte und auf die Betroffenen ausgerichtete Pflegeberatung wird also noch weiter auf sich warten lassen. Bleibt nur zu hoffen, dass die gebündelten Informationen in diesem Buch und die Hinweise auf qualitativ gute Quellen und Anlaufstellen insbesondere für pflegende Angehörige in der Zwischenzeit dieses Informationsdesaster auffangen können.

Die neuen Pflegegrade – zwiespältige Bilanz für Pflegebedürftige

Eigentlich lag es auf der Hand, dass mit den neuen Pflegegraden für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige vieles besser werden würde. Das ist nach dem Wechsel von bisher drei Pflegestufen in nunmehr fünf Pflegegrade zum Teil auch der Fall. Denn bei der Begutachtung hat ein Paradigmenwechsel stattgefunden, weil jetzt – im Gegensatz zur Zeit vor 2017 – verstärkt kognitive und psychische Beeinträchtigungen für die Beurteilung des Pflegegrades relevant geworden sind. Davon sollte vor allem die zunehmende Anzahl demenzkranker Menschen profitieren, die bisher nicht so recht in die Bewertungskriterien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) hineingepasst haben. Der Zufriedenheitsgrad mit den neuen Begutachtungen ist daher recht hoch.

Bis 2017 mussten Pflegebedürftige im Pflegeheim zudem umso mehr zuzahlen, je höher ihre Pflegestufe war. Das ist jetzt nicht

mehr so. Ab Pflegegrad 2 fällt die Zuzahlung je nach Pflegeeinrichtung zwar immer noch unterschiedlich aus, weil die eine Einrichtung teurere, eine andere Einrichtung geringere Preise hat. Der Zuschuss von der Pflegeversicherung erfolgt aber immer in gleicher Höhe, egal ob Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 gilt. Mit dem Wechsel zu den Pflegegraden ist seit 2017 der Schwarze Peter auf die Pflegeversicherung übergegangen. Denn bei Pflegegrad 2 muss sie lediglich 770 € auszahlen, bei Pflegegrad 5 hingegen schon 2 005 €.

Da verwundert es kaum, dass sich der MDK bei seinen Begutachtungen mit dem Pflegegrad 4 oder 5 sehr schwertut. Es ist eben ein Unterschied, ob pro Monat 1 263 € für Pflegegrad 3 oder 2005 € für Pflegegrad 5 gezahlt werden müssen. Allein in einem Monat macht dieser Unterschied bereits 742 € aus, im Jahr summiert sich das Ganze auf 8 900 € und in drei Jahren auf 26 700 €. Da kann also eine Menge Geld gespart werden, wenn der Pflegegrad um eine - oder wie in diesem Beispiel - um zwei Pflegegrade gedrückt werden kann.

Im Jahr 2016 wurden nach Daten des AOK Pflege-Reports 2018 noch 10,9 Prozent aller Pflegebedürftigen die höchste Pflegestufe 3 zuerkannt, 2015 waren es sogar noch 11,4 Prozent. Im ersten Halbjahr 2017 sind dagegen nur noch 7,6 Prozent aller Begutachtungen der jetzt höchstmögliche Pflegegrad 5 zuerkannt worden.⁸ Vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) sieht die Auswertung des gesamten Jahres 2017 für 1 605 000 Gutachten wie folgt aus: Pflegegrad 1: 17,2 Prozent, Pflegegrad 2: 29,4 Prozent, Pflegegrad 3: 22,2 Prozent, Pflegegrad 4: 12,7 Prozent und - jetzt kommt's - Pflegegrad 5: 5,7 Prozent. Darin sind aber auch die Pflegebedürftigen enthalten, die nach der formalen Überleitung 2017 ohne neue Begutachtung nach Aktenlage einfach in das neue Pflegegradsystem übertragen worden sind. Bei den 304 000 Versicherten, die ab 2017 nach dem neuen System neu begutachtet worden sind, sind noch sechs Prozent in Pflegegrad 4 und sage und schreibe nur noch zwei Prozent in Pflegegrad 5 eingruppiert worden.⁹

Dieser abgesunkene Pflegegradmix schlägt nun mehr und mehr durch, weil mit jedem verstorbenen schwerer pflegebedürftigen Heimbewohner häufig ein Bewohner nachfolgt, der nicht eine vergleichbar hohe Pflegeeinstufung vorweisen kann. Und das wirkt sich nicht nur auf die Zuschüsse von der Pflegeversicherung aus, sondern auch auf die Personalbemessung und damit auch auf die Personaldecke im Pflegeheim. Denn je höher der Pflegegrad ausfällt, desto höher ist auch der anteilige Personalschlüssel.¹⁰ Dann kann es in einem größeren Pflegeheim schon um ein paar Stellen und damit richtig an die Substanz gehen.

Die besseren Pflegeschlüssel, die gerade bei der stationären Pflege durchgeboxt werden konnten, sind also mit den niedrigeren Einstufungen der Pflegebedürftigkeit zum Teil wieder ausgehebelt worden. Erschwerend kommt hinzu, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zum großen Teil das neue Begutachtungssystem noch nicht verstanden haben und zum Teil fassungslos die Begutachtungsergebnisse schlucken müssen. Hier ist die entsprechende Information und Transparenz sträflich vernachlässigt worden. Die neuen Pflegegrade müssen also sehr differenziert gesehen werden und sind kein Anlass, in Jubelstürme auszubrechen. Was Sie als Betroffener oder als Angehörige dabei insbesondere beachten sollten, um möglichst keine großen Enttäuschungen erleben zu müssen, können Sie ab Seite 57 und in den Praxisbeispielen nachlesen.

Die Pflegekostenspirale dreht sich weiter

Kaum eine Versicherung wirft so viele Fragen auf wie die Pflegeversicherung. Das hat mit fehlendem Wissen in breiten Schichten der Bevölkerung zu tun. Denn viele Menschen befassen sich erst dann mit dem Thema, wenn sie mit der Pflege direkt oder indirekt konfrontiert werden. Das führt zu vielen Missverständnissen:

Missverständnis Nummer 1: Die Pflegeversicherung ist keine Vollkaskoversicherung, sondern deckt nur einen Teil der Kosten ab. Es sind fast immer Zuzahlungen nötig.

Missverständnis Nummer 2: Von Jahr zu Jahr werden zwar immer mehr Gelder aus der Pflegeversicherung an Pflegebedürftige ausbezahlt. 2001 waren es insgesamt 16 Milliarden €, 2009 bereits 19,3 Milliarden und 2017 schon 35,5 Milliarden €. Das sind gewaltige Summen, die aber nicht dafür sorgen, dass der Einzelne selbst weniger Eigenleistungen zu tragen hat. Wenn ein in einem Pflegeheim betreuter dementer Patient bis 2017 gut 1 300 € von der Pflegeversicherung erhalten hat, ist diese Summe ab 2017 und danach auf rund 1 700 € erhöht worden. Da aber viele Heime ab 2017 und danach ihre Pflegekostentarife zum Teil um bis zu 20 Prozent erhöht haben, bleibt von diesen zusätzlichen Mitteln aus der Pflegeversicherung nur wenig übrig. Die Zuzahlungen fallen weiter in ähnlicher Höhe an, zumal sich die Kostenspirale auch 2018 und 2019 weiter nach oben dreht. Im Bundesdurchschnitt lag die Zuzahlung im Pflegeheim im Jahr 2017 bei 1 830 €. 2020 wird es nur noch wenige Pflegeheime geben, in denen ein Eigenanteil von

unter 2 000 € anfallen wird. Kein Wunder, dass heute nach den Daten des DAK-Pflegereports 2018 bereits 35 Prozent der Empfänger von Pflegeleistungen ergänzende Hilfen erhalten.

Missverständnis Nummer 3: Die Eigenanteile, die jeder Einzelne für die Pflege im Heim zuschießen muss, werden oft sehr beschönigend und damit verfälschend dargestellt. So hat die Bundesregierung im Juli 2018 als Antwort auf eine Anfrage der Linksfraktion im Bundestag bekannt gegeben, dass der Eigenanteil im Schnitt bei 602,13 € gelegen hat. Dabei handelt es sich aber nur um den reinen Eigenanteil für die eigentlichen pflegerischen Leistungen in Heimen (sogenannter einrichtungseinheitlicher Eigenanteil). Hinzu kommen dann aber noch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und die anteiligen Investitionskosten, die ebenfalls in den Pfl egetarif mit einfließen und ausschließlich vom Pflegebedürftigen allein bezahlt werden müssen. Das sind in der Summe im Schnitt noch einmal gut 1 200 € und damit ein höherer Betrag als die reinen - vom Heimbewohner selbst zu tragenden - pflegerischen Kosten. In der Summe kommen so die 1 830 € zustande, die heute im Schnitt als Eigenanteil veranschlagt werden.

Im Pflegereport 2017 der Barmer wird der insgesamt zu entrichtende Betrag für Heimbewohner (inklusive Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten) zwar nur mit 1 691 € veranschlagt. Allerdings ist die Streubreite enorm: Für ein Viertel der Einrichtungen liegt er unter 1 286 €, bei einem weiteren Viertel aber dagegen bereits bei über 2 053 €. In 121 Wohn- und Pflegeheimen in Deutschland müssen die Bewohner sogar jeden Monat über 3 000 € auf den Tisch legen.¹¹

Missverständnis Nummer 4: Bei der Leistung der Eigenanteile, die die Pflege betreffen, gelten nicht für alle die gleichen Regelungen. Vielmehr gibt es bundesweit eklatante Unterschiede. In Thüringen lag der einrichtungseinheitliche Eigenanteil zum Stichtag 1. April 2018 bei 237 €, in Schleswig-Holstein bei 355 €, in Bayern bei 760 € und in Berlin sogar bei 872,50 €. Der Unterschied kann damit im Extremfall allein für den pflegerischen Anteil bei 635 € liegen. Erklärt werden diese Diskrepanzen mit dem unterschiedlichen Lohnniveau von Region zu Region und mit den sich ebenfalls unterscheidenden Pflegepersonalschlüsseln. So ist in einem Pflegeheim in Berlin eine Vollkraft im Schnitt für 3,9 Bewohner mit Pflegegrad 2 zuständig, in Schleswig-Holstein dagegen für 5,4 Bewohner.¹² Diese Unterschiede schlagen sich dann im Pflegesatz nieder.