

Doppelt kassieren ohne hohen Investitionsaufwand?

Station24 | 05.10.2015



Mit einem neuen Trick, die von ihnen ambulant betreuten Wohngemeinschaften systematisch mit Tagespflege zu kombinieren, versuchen einige häusliche Pflegedienste die neuen gesetzlichen Möglichkeiten wirtschaftlich optimal auszureizen. Kritiker wie der Professor für Rechts- und Verwaltungswissenschaften an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg, Thomas Klie, sehen darin die Schaffung von Kleinstheimen durch die Hintertür. Denn so könnten Pflegedienste auf zwei Wegen eine Vollversorgung ihrer Kunden abrechnen, ohne aber so viel wie Heime investieren zu müssen.

Die Leistungskombination stehe im Widerspruch zu den Grundgedanken der Pflegeversicherung zur Gründung alternativer Wohnformen wie Wohngemeinschaften und den Kernzielen der Tagespflege, kritisiert Klie: „Mit einer solchen Finanzierung stellen sich ambulant betreute Wohngemeinschaften besser als vollstationäre Einrichtung dar, bei in der Regel deutlich geringeren Investitionskosten. Daraus wird ein Geschäftsmodell, das man mit dem innovativ und modern klingenden Konzept der Wohngemeinschaft und -gruppen verkaufen kann.“

Damit das Konzept aufgeht, haben findige ambulante Dienste ihre Tagespfleeinrichtung von vornherein gleich im Haus oder in der Nachbarschaft der von ihnen betreuten ambulanten Wohngemeinschaft (WG) eingerichtet. Vertraglich verpflichten sie dann die von ihnen betreuten WG-Bewohner, tagsüber in die Tagespflege zu gehen. Im Gegenzug können diese die durch das Pflegestärkungsgesetz I erhöhten Zuschüsse für Tagespflege einstreichen.

Diese Lösung erspart dem Pflegedienst Personal in der ambulant betreuten WG, denn tagsüber steht diese leer oder ist von so wenigen Bewohnern belegt, dass eine Notbesetzung ausreicht.

Finanziell zahlt sich das für die Dienste aus, rechnet Klie vor. Sie könnten alle Kassenleistungen für ambulante Pflege und häusliche Versorgung abrechnen: Die Sachleistungen für ambulante Pflege nach § 36 SGB XI von monatlich bis zu 1.612 Euro bei Pflegestufe III, in Härtefällen sogar 1.995 Euro, die gleich hohen Sachleistungen für Tagespflege und zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen von in der Regel 104 Euro monatlich.

Bei entsprechender Organisation der ambulanten WG kommt noch der Wohngruppenschlag von je 205 Euro für höchstens vier WG-Bewohner hinzu. Klie: „Leistungen für häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB XI sind da noch nicht mit einkalkuliert!“

Schon hätten sich in manchen Regionen Deutschlands Bauträger mit ambulanten Pflegediensten in verschiedenen Betreiberkonstellationen verbündet, um diese „Doppelfinanzierung“ in großem Stil zu realisieren. „Es sind beachtliche Planzahlen, von denen dort die Rede ist. Heime sind out. Deren Investitionskosten lassen sich heute schwerer refinanzieren als früher“, so Klie.

Weit weniger planungs- und bauordnungsrechtliche Anforderungen als Pflegeheime müssen ambulant betreute WGs erfüllen. WG-Bewohner zahlen bei Tagespflege weniger Eigenanteile als in Heimen.

„Von WG-Idee bleibt wenig übrig“

Von der Ursprungsidee der Wohngemeinschaft als bürgerschaftlich verankerter, von Freiwilligen mit getragener alternativer wohnortnaher Versorgungsform für Demenzkranke und Pflegebedürftige, die kommunalpolitisch unterstützt wird, „bleibt da meist wenig übrig,“ urteilt Klie.

Auch die Zielsetzung für Tagespflege nach § 41 SGB XI sieht er durch eine systematische WG-Tagespflege-Kombination konterkariert. Schließlich habe der Gesetzgeber 2015 die Leistungen für Tagespflege in erster Linie aufgestockt, um pflegende Angehörige zu entlasten und häusliche Pflegesituationen zu stabilisieren. Zuschüsse für Tagespflege gibt es nun zusätzlich zu gewährtem Pflegegeld bei Pflege durch Angehörige oder Sachleistungen bei professioneller Pflege.

Daher fordert der Jurist eine Gesetzesänderung: Ambulant betreute WG-Bewohner sollten künftig keinen Anspruch mehr auf Tagespflege haben.

Im Zuge des aktuellen Gesetzgebungsverfahrens zum Pflegestärkungsgesetz (PSG) II könne dies geregelt werden. Schon hätten Pflegekassen und zuständige Landes- und Bundesministerien das Problem erkannt.

Der Pflegebeauftragte der Bundesregierung geht nicht ganz so weit und spricht sich stattdessen für eine bessere Prüfung des Tagespflegebedarfs von WG-Bewohnern aus.

Karl-Josef Laumann auf Anfrage von Station24: „Teilstationäre Leistungen für Pflege-WG-Bewohner sollten nur noch dann in Anspruch genommen werden können, wenn dies zuvor durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) als notwendig erachtet wurde.“ Denn es müsse gegengesteuert werden, wenn Geschäftsmodelle „einzig den Interessen der Abrechnungsoptimierung“ und nichts mehr mit den Wünschen von WG-Bewohnern zu tun hätten.

Kaum Beispiele bekannt

Etwas irritiert reagieren Trägerverbände wie der Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) oder große private Pflegedienste auf die von Klie kritisierte systematische WG-Tagespflege-Kombination durch Pflegedienste.

Sie kennen so gut wie keine Beispiele aus der Praxis. „Mir ist in Niedersachsen, Hamburg oder Schleswig-Holstein kein Pflegedienst bekannt, der diesen Weg systematisch geht“, erklärt Andreas Ditter, Rechtsanwalt und bad-Geschäftsführer Nord gegenüber Station24. Nur einzelne WG-Bewohner würden in Tagespflegen versorgt, wenn dies nach den Vorschriften des § 41 SGB XI begründet sei, nicht aber komplette Wohngruppen.

Kleine Hürde im PSG II geplant

Sehr wohl hat Ditter eine gewisse Hürde von Tagespflege-Leistungen für WG-Bewohner im Referentenentwurf für das PSG II bereits ausgemacht. Die beabsichtigte Neufassung des § 38a SGB XI zum Wohngruppenzuschlag für WG-Bewohner sieht vor, dass sie Tages- und Nachtpflege neben dem WG-Zuschlag nur noch in besonderen Fällen erhalten dürfen..

Laut Referentenentwurf muss ein Gutachten des MDK zunächst nachweisen, dass die Pflege in der Wohngruppe ohne Tagespflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist“, sagt Ditter.

Somit würde ab 2017 ein neues „fragwürdiges Prüfverfahren“ für WG-Bewohner mit dem Wunsch nach Tagespflege eingeführt. Diesen Plan zu streichen, verlangte der bad in Berlin. Begründung des Verbandes:

- Um die ungerechtfertigte Doppelfinanzierung von Pflege zu vermeiden, könne man nicht nur in Zusammenhang mit dem Wohngruppenzuschlag prüfen, ob Pflege in der WG in ausreichendem Maße sichergestellt ist. Ditter: „Denn dabei verkennt der Gesetzgeber, dass der ab 2017 auf 215 Euro steigende Wohngruppenzuschlag für höchstens vier WG-Bewohner keinen Einfluss auf die originäre pflegerische Versorgung hat und auch nicht zur Refinanzierung pflegerischer Aufwendungen herangezogen werden darf.“
- Mit dieser Neuregelung würde der Gesetzgeber „unzähligen Nutzern von Wohngruppen“ die Möglichkeit nehmen, soziale Kontakte durch den Besuch der Tagespflege neu aufzubauen oder zu pflegen. „Faktisch müssten sich diese Kontakte im Kern auf die Mitglieder der Wohngruppe selbst beschränken. Damit würde WG-Bewohnern in unseren Augen ein erhebliches Stück Lebensqualität genommen“, so der bad-Referent.
- Auch der Forderung der Pflegeversicherung nach einer möglichst umfangreichen Teilhabe von Pflegebedürftigen am Leben widerspreche der Plan.



AutorIn

Uwe Lötzerich

Fachjournalist und Dozent

» [weitere Artikel von Uwe Lötzerich](#)

» [weitere Artikel aus "Ambulant"](#)