

# Gesetzentwurf 2. Pflegestärkungsgesetz

## Kurskorrektur bei der Angebots- und Versorgungsstruktur notwendig – Kleinstheime statt WGs

Informationen zu den nicht gesetzgeberisch indizierten Entwicklungen im Bereich der ambulanten Wohn- und Versorgungsformen für Pflegebedürftige

Der Gesetzgeber setzt im Bereich der Pflege auf den Grundsatz „ambulant vor stationär“. Dazu wurden und werden ambulante Leistungen im Leistungsrecht der Pflegeversicherung ausgeweitet. Dieser Grundsatz ist ausdrücklich zu begrüßen. Zunehmend unterlaufen jedoch Pflegeeinrichtungen diese gute Absicht des Gesetzgebers. Sie bieten im Verbund ambulante Versorgungsangebote an, die sich vom Leistungsumfang von einer vollstationären Einrichtung aber nicht unterscheiden. Das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung (PSG II) soll diesen „unerwünschten Entwicklungen“ entgegensteuern. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen sind im Grundsatz richtig; sie reichen aber nicht aus.

### Das ist die aktuelle Situation:

Ambulante Wohnformen ermöglichen den Pflegebedürftigen, in ihrer Häuslichkeit zu verbleiben, ohne ihren Sozialraum respektive die Einbindung in ihr Quartier aufgeben zu müssen. Ambulante Wohngemeinschaften stellen dabei ein alternatives Angebot für Pflegebedürftige dar, die nicht allein in einer eigenen Wohnung leben möchten. Sie ermöglichen ein Leben in der Gemeinschaft und beinhalten auch eine Tagesstrukturierung. Die Wohngemeinschaft kann neben der professionellen Pflege auch durch eigene Möglichkeiten und Fähigkeiten sowie durch das soziale Umfeld sichergestellt werden. Sie ist daher gekennzeichnet durch ein Miteinander von hauptberuflichen Pflegekräften, ehrenamtlich tätigen Helfern und Angehörigen. Hinzu kommt die Kontinuität bei den mit der Pflege betrauten Bezugspersonen. Deshalb werden entsprechende Wohnformen nach Wunsch des Gesetzgebers durch die Pflegekassen unterstützt.

Um innovative Wohn- und Pflegekonzepte zu unterstützen, haben Pflegebedürftige Anspruch auf einen pauschalen Wohngruppenschlag, wenn sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben. Der Zuschlag beträgt derzeit 205 Euro monatlich. Er soll mit dem PSG II auf 214 Euro angehoben werden.

Wesentliche Bedingung für den Wohngruppenschlag ist, dass der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen keine Leistungen anbieten darf, die weitgehend dem Leistungsumfang einer vollstationären Pflege entsprechen.

### Das ist das Problem:

Durch die geltende Rechtslage wird es attraktiver für Pflegeanbieter, ambulante Wohnformen (insbesondere Wohngemeinschaften und betreutes Wohnen) um örtlich angesiedelte Tagespflege und Pflege-

gedienstleistungen zu ergänzen und im Verbund statt einer stationären Einrichtung anzubieten. In der Versorgungsrealität sind solche Verbünde aus der Perspektive der Pflegebedürftigen und des Pflegepersonals nicht von Heimen zu unterscheiden. Sie sind aber aus mehreren Gründen weder im Sinne des Gesetzgebers noch der Pflegebedürftigen und der Pflegekräfte.

Die Vertragskonstruktion für Pflegebedürftige und Pflegekräfte ist komplexer. Pflegebedürftige schließen nicht wie bei vollstationärer Versorgung einen Heimvertrag, sondern dieselben Leistungen werden über mehrere Einzelverträge vereinbart. Für Pflegebedürftige erhöht sich aber dadurch die Wahlfreiheit für Angebote und Dienstleister nicht; diese sind durch den Verbund vorgegeben.

Auch konterkarieren solche Versorgungsverbünde die Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive der Bundesregierung zur Verbesserung der Attraktivität der Altenpflegeberufe, denn Pflegekräfte erhalten in solchen Verbänden Teil-Arbeitsverträge anstatt eines Vollzeitvertrages.

Darüber hinaus entziehen sich die Anbieter dieser Wohnformen der Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Anders als bei stationären Einrichtungen, die mindestens einmal jährlich geprüft werden, gibt es für ambulante Wohnformen keine vergleichbare Regelung. Außerdem unterliegen diese ambulanten Wohnformen nicht den heimrechtlichen Regelungen für stationäre Einrichtungen, weshalb die ordnungspolitischen Maßnahmen der Landesheimaufsichten nicht mehr greifen.

## Zwei Entwicklungen sind zu beobachten

### Umwandlung von Heimen in ambulante Verbundstrukturen:

Wie an einem Beispiel eines großen privaten Pflegeanbieters in Bayern deutlich wird, können Heimzimmer mit überschaubarem Aufwand zu Wohnappartements umgebaut werden. In die Zimmer werden kleine Küchenzeilen (sogenannte Pantry-Küchen) eingebaut, die jedoch nicht genutzt werden. Der Flur zu den Zimmern wird mit einer „Eingangstür“ verbaut und erhält eine Türklingel. Dadurch wird die räumliche Gestaltung des Heimes an Wohnappartements angeglichen. Zudem wird die stationäre Pflegevollversorgung nicht

mehr in einem Heimvertrag mit dem Pflegebedürftigen geregelt, sondern in Einzelverträgen mit dem am Versorgungsverbund beteiligten Einrichtungen.

Die Situation verbessert sich dadurch weder für die Pflegebedürftigen noch für die Pflegepersonen. Der Träger dagegen kann durch die Umwandlung seinen Umsatz nach eigenen Angaben um 39 Prozent steigern – bei in etwa gleich bleibenden Kosten. Das sich daraus ergebende Rendite-Plus bezahlen die Beitragszahler der Kranken- und Pflegekassen: Denn nach diesem Modell steigen die Kosten für die Solidargemeinschaft um mehr als 100 Prozent.

### Neugründungen:

Zunehmend ist zu beobachten, dass bereits bei einer Neugründung Geschäftsmodelle entwickelt werden, die Wohnen, Pflegedienst und Tagespflege miteinander verzahnen. So haben sich zum Beispiel vorwiegend in Berlin, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen tätige Träger auf das Kombinieren von Intensiv- und Demenz-Wohngruppen mit Tagespflege-Leistungen spezialisiert. Entsprechende Geschäftsmodelle zielen unter dem Deckmantel innovativer Wohnformen darauf ab, Umsatz und Rendite zu erhöhen. Eine Einbindung solcher Strukturen in das Quartier (zum Beispiel durch externe Tagespflegegäste) ist nicht Bestandteil des Geschäftsmodells. Auch hier unterscheidet sich die Versorgungsrealität der Pflegebedürftigen nicht von der einer stationären Versorgung. Für die Pflege- und die Krankenversicherung entstehen dagegen erheblich höhere Kosten, ohne dass sich in der Versorgung oder in der Qualität der Leistungen Verbesserungen ergeben.

## Das soll sich durch das PSG II ändern:

Die Koalitionsfraktionen haben bereits deutlich gemacht, dass entsprechende Geschäftsmodelle nicht der ursprünglichen Zielsetzung des Gesetzgebers entsprechen. Bereits mit dem PSG I wurde vom Gesetzgeber klargestellt, dass bei Vorliegen einer Versorgungsform, die insgesamt weitgehend dem Umfang der vollstationären Pflege entspricht, der Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag ausgeschlossen ist. Der vom Bundeskabinett verabschiedete Entwurf für das PSG II sieht jetzt eine weitere Klarstellung im betreffenden Paragraphen 38a im Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) vor, in dem der Leistungs-

ausschluss auf die anbieterverantworteten ambulant betreuten Wohngruppen deutlicher gemacht wird.

Damit Pflegebedürftige neben dem Wohngruppenzuschlag Anspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege haben, muss der Medizinische Dienst der Krankenversicherung prüfen und gegenüber der Pflegekasse feststellen, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne solche teilstationären Leistungen nicht sichergestellt ist.

### **Diese Änderung reicht nicht aus:**

Die vorgesehene Richtung der gesetzlichen Änderung ist zu begrüßen, sie geht aber nicht weit genug, da sie sich ausschließlich auf den Wohngruppenzuschlag als eine Form des ambulanten Wohnens bezieht. Denn viele Träger, die auf ein geschicktes Kombinieren von betreutem Wohnen, Tagespflege und Pflegesachleistungen setzen, werden von der geplanten Korrektur nicht erfasst. Damit bliebe es auch nach der Neufassung bei der ungleichen Behandlung von Pflegebedürftigen in neuen vollstationären Einrichtungen und denjenigen in ambulanten Wohnformen, die Leistungen im Umfang einer vollstationären Versorgung über mehrere Leistungsanbieter erhalten.

### **Das muss sich ändern:**

Über das PSG II sollten zwei Regelungen in das SGB XI aufgenommen werden:

1. Träger von ambulanten Wohnformen, die im Verbund mit weiteren Einrichtungen Leistungen anbieten, die einer vollstationären Versorgung entsprechen, müssen mit den Pflegebedürftigen einen Heimvertrag abschließen. Gleicher Vertrag für gleiche Leistungen. Dazu sollte im Paragraf 71 die gesetzliche Definition einer „stationären Pflegeeinrichtung“ ergänzt werden. Als solche müssen auch Versorgungsformen eingestuft werden, bei denen entweder der Anbieter von ambulantem Wohnen, der Vermieter der Wohnung oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet, die der vollstationären Pflege entsprechen. Den Pflegekassen und ihren Landesverbänden sollte es erlaubt werden, den Vergleich des Leistungsumfanges durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen.
2. Leistungen der teilstationären Pflege nach Paragraf 41 sind zudem auf die Zielgruppe zu beschränken, die der Gesetzgeber bei ihrer Einführung vor Augen hatte. Die Leistung sollte daher für Bewohner in anbieterverantworteten Wohngruppen, die Leistungen nach Paragraf 38a erhalten, grundsätzlich ausgeschlossen werden, da sie konkurrierende Leistungen darstellen. Für Wohngruppen die nicht anbieterorientiert sind, bleibt der Anspruch auf Tagespflege bestehen.

#### **§ 38a Absatz 1 Satz 2** wird wie folgt gefasst:

Leistungen der Tages- und Nachtpflege gemäß § 41 können nicht neben den Leistungen nach dieser Vorschrift in Anspruch genommen werden; dies gilt entsprechend für die Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung.

#### In **§ 71 SGB XI** wird ein neuer Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Als stationäre Pflegeeinrichtung gilt auch eine Versorgungsform, in der der Anbieter des ambulanten Wohnens oder der Vermieter der Wohnung oder ein Dritter alleine oder in Kooperation den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang entsprechen. Die Landesverbände der Pflegekassen können den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der vergleichenden Prüfung des Leistungsumfanges und der gutachterlichen Stellungnahme zur Vergleichbarkeit nach Satz 1 beauftragen.“

In **§ 97 Abs. 1 Satz 1** wird nach der Zahl „40,“ die Zahl „71,“ eingefügt.