

Ambulantisierung der stationären Pflege

Leistungsrecht an der Nahtstelle
zwischen ges. Kranken- und
Pflegeversicherung

Leistungen bei häuslicher Pflege

- Pflegesachleistung
 - je nach Pflegegrad: 689/ 1298/ 1612/ 1995 €
- Pflegegeld bei Sicherstellung der Pflege / Entlastungsbetrag
- teilstationäre Pflege (seit PSG I: ohne Anrechnung)
- Hilfsmittel + Wohnumfeld-verbessernde Maßnahmen
- **Behandlungspflege / häusliche Krankenpflege**
 - = krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen
- *bedarfsdeckend* zu Lasten der Krankenkasse* – ohne Limit

*Gesamtausgaben GKV 2015: 5,26 Mrd. €

Zusätzlich: Wohngruppenschlag

§ 38a SGB XI

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 214 Euro monatlich, wenn

1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe **in einer gemeinsamen Wohnung** zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 sind,
2. sie Leistungen nach §§ 36, 37, 38, 45a oder § 45b beziehen,
3. eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten, und

Wohngruppenzuschlag II

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 214 Euro monatlich, wenn

1...

4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 **für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen**; der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass dieser Leistungsumfang von ihm oder einem Dritten nicht erbracht wird, sondern die Versorgung in der Wohngruppe auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfeldes sichergestellt werden kann.

²**Leistungen der Tages- und Nachtpflege** gemäß § 41 können neben den Leistungen nach dieser Vorschrift nur in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist; dies gilt entsprechend für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Wohngruppen

in ambulanter oder stationärer Versorgung

- Ambulant betreute Wohngruppen grenzen sich von stationären Hausgemeinschaften ab, d.h. von wohngruppenorientierten Betreuungsformen, die im Rahmen einer stationären Versorgung praktiziert werden
SG Saarland, Urteil vom 12. März 2015 – S 19 P 65/14

- Maßgebend für **ambulante** Versorgung: das soziale Umfeld der in der Wohngruppe lebenden Menschen muss die Möglichkeit haben, eigene Beiträge zur Versorgung einbringen zu können.

Unterschiedliche Formen von Wohngruppen

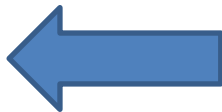
- Wohngruppen - selbst organisiert oder fremd organisiert (*anbieterorientierte Wohngruppe*)
- Gesetzgeber hatte bei Einführung des § 38a SGB XI in erster Linie die selbst organisierte Wohngruppe vor Augen (vgl. BT-Drucks 17/9369, S 41) → fremd organisierte Wohngruppe wurde akzeptiert
- Grenze: Betreuung, pflegerische Versorgung und weitere Dienstleistungen entsprechen dem Leistungsumfang, den der Landesrahmenvertrag für Pflegeheime vorsieht (§ 75 II 1 Nr. 1).
- (*SG Potsdam, Urteil v. 28.9.2016 – S 11 P 76/15*)

Anbieter-orientierte Wohngruppen

§ 38a SGB XI schließt anbieterorientierte Wohngruppen nicht aus, verlangt aber eine freie Wählbarkeit des Pflegedienstes zu Gunsten der Bewohner.

Ohne das Kriterium der freien Wählbarkeit würde die Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verwässert und der Anspruch in § 38 a SGB XI würde für stationäre Formen des betreuten Wohnens eröffnet

Begründung Gesetzentwurf PNG



Rspr. zur Bindung an Anbieter

- Es ist nicht zulässig, dass derselbe Träger, der den Wohnraum beschafft, organisiert und verwaltet, dies damit verbindet, dass durch ihn auch die Pflege- und Betreuungsleistungen erfolgen **müssen** – *SG Detmold, Urteil v. 23.4.2015 – S 18 P 113/14*
- Tatsächlich sind die Wohngemeinschaft und der in der Gemeinschaft tätige Pflegedienst hier eng verzahnt – *SG Mainz, NZS 2015, 544*
- in 2. Instanz aufgehoben →

Rspr. zur Bindung an Anbieter II

Auch die personellen und gesellschaftsrechtlichen Verbindungen zwischen dem Vermieter und der Präsenzkraft bzw. dem Pflegedienst rechtfertigen für sich allein nicht den Schluss, dass die Wahlmöglichkeiten der Mieter bezüglich dieser Dienstleistungen tatsächlich eingeschränkt seien. In solchen Fällen mag ein Interesse des Vermieters bestehen, dass die mit ihm verbundenen Pflegekräfte und Träger die entsprechenden Aufgaben in der Einrichtung wahrnehmen. Soweit jedoch keine weiteren Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der Vermieter die Wahlmöglichkeiten der Mietergemeinschaft zugunsten der von ihm bevorzugten Dienstleister einschränkt, kann allein aus der tatsächlichen Wahl dieser Anbieter nicht auf eine unzulässige tatsächliche Einschränkung der Wahlmöglichkeit geschlossen werden.... Eine unzulässige Beeinflussung kann nicht allein darin gesehen werden, dass die Versammlung der Mietergemeinschaft von der aktuell tätigen Präsenzkraft organisiert wird.

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 07. Januar 2016 – L 5 P 25/15

Rspr. zur Bindung an Anbieter III

- Ein Anspruch auf Gewährung eines Wohngruppenzuschlages nach § 38a SGB XI besteht dann nicht, wenn zwar der Pflegedienst frei wählbar ist, *aber nicht auch die darüber hinausgehenden Betreuungsleistungen*, die in einem gesonderten Servicevertrag vereinbart werden. Sind der Mietvertrag und der so genannte erweiterte Servicevertrag voneinander abhängig, kann von einer freien Wählbarkeit nicht ausgegangen werden

– SG Stralsund, NZS 2016, 905

Existenz/Fehlen einer **gemeinsamen Wohnung**

- **Existenz einer gemeinsamen Wohnung:**
der Sanitärebereich, die Küche und, wenn vorhanden, der Aufenthaltsraum einer abgeschlossenen Wohneinheit kann von allen Bewohnern jederzeit allein oder gemeinsam genutzt werden. Die Wohnung muss von einem eigenen, abschließbaren Zugang vom Freien, von einem Treppenhaus oder von einem Vorraum zugänglich sein.
- **Fehlen einer gemeinsamen Wohnung:**
die Bewohner leben jeweils in einem Apartment einer Wohnanlage oder eines Wohnhauses. Weiteres Indiz gegen eine gemeinsame Wohnung: die Privaträume der Bewohner verfügen über vollausgestattete Sanitärebereiche. Hinweise können sich z. B. aus dem abgeschlossenen Mietvertrag, der Teilungserklärung (notarielle Differenzierung zwischen Sondereigentum und Gemeinschaftseigentum) oder dem Wohnungsgrundriss ergeben.

Leistungen bei stationärer Pflege

- Pflegekasse übernimmt den Pflegesatz bis zu
 - 770 / 1262 / 1775 / 2005 €
 - Vergleich ambulant: 689/ 1298/ 1612/ 1995 €
 - plus Entlastungsbetrag nach § 43a → 125 €
- Pflegesatz umfasst:
pflegebedingte Aufwendungen – ***einschließlich***
Betreuung + medizinische Behandlungspflege
 - Kosten der Behandlungspflege – *häufig sehr hoch*
- Neu: Einrichtungsindividueller Eigenanteil

Kostenbelastung bei stationärer Pflege

- Eigenanteil *alt* ☒ I: 391 €/ II: 596 €/ III: 815 €
- durchschnittlicher Eigenanteil neu: 580 €
 - **Quersubventionierung** zu Lasten der Pflegestufe I alt / II neu
- zusätzlich fallen an:
 - Investitionskosten - ☒ 420 €
 - Unterkunft/Verpflegung - ☒ 680 €

Strategie der Pflege-/Krankenkassen: Blockade gegen Ambulantisierung

- Behandlungspflege → nicht nur im Haushalt
 - auch sonst an „einem geeigneten Ort“ - § 37 II 1 SGB V
 - sonstige geeignete Orte, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält u. .. die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann,
 - nicht in Einrichtungen, in denen für die Zeit des Aufenthalts Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (zB Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheime)
 - Details in § 1 Abs. 6 HKP-RL /BSG 22.4.2015, B 3 KR 16/14 R

Beispiel - Seniorenresidenz

- Argument Krankenkasse:
Seniorenresidenz = „verdecktes Pflegeheim“
- LSG Rheinland-Pfalz *19..11.2015 – L 5 KR 5/15*
 - keine stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 71 Abs. 2 SGB XI, weil die Pflege nicht unter ständiger Verantwortung einer von der Seniorenresidenz beschäftigten Pflegekraft erfolgt
 - Landes-Heimgesetze beachten! Zumeist finden diese keine Anwendung, wenn nur allgemeine Unterstützungsleistungen wie die Vermittlung von Dienst- oder Pflegeleistungen, Hausmeisterdienste oder Notrufeinrichtungen von einem bestimmten Anbieter in Anspruch genommen werden müssen und für weitergehende Unterstützungsleistungen der Anbieter frei gewählt werden kann

Behandlungspflege auch in Heimen iS des HeimG?

- streitig, ob sie als geeignete Leistungsorte anzusehen sind
- kommt es auf die mit den Bewohnern getroffenen Vereinbarungen an??
- stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind geeignete Orte/ Ausschluss nur insoweit, wie die Einrichtung aufgrund ihrer sächlichen und personellen Ausstattung Behandlungspflege selbst erbringen kann

(BSG 22.4.2015, B 3 KR 16/14 R)