

PSG 1: Unliebsame Überraschungen im Endspurt

Quasi auf den letzten Drücker hat der zuständige Gesundheitsausschuss bei der Reform der Pflegeversicherung noch einige überraschende und teilweise problematische Änderungen durchgesetzt.

Das verpflichtende doppelte Leistungsangebot von Zeitabrechnung und Leistungskomplexen in der ambulanten Pflege wird abgeschafft, auch die Pflicht, überhaupt Zeitabrechnung anbieten zu müssen. Dabei liegt das Problem nicht an der Zeitabrechnung an sich, sondern nur an der verordneten Vergleichbarkeit, die über § 120 angeordnet war. Wer nun die Abschaffung feiert, vergisst, dass auch ein vom Gesetzgeber gewollter Vorteil der Zeitabrechnung wegfällt: die Flexibilisierung von Leistungen. In vielen Bundesländern gibt es relativ starre Leistungskataloge: wer in Baden-Württemberg oder in Rheinland-Pfalz nur rasiert werden will, muss immer die Große Pflege/Morgentoilette wählen. Nur in Bayern (Katalog Wohlfahrt) kann man auch heute schon einzelne Leistungen wählen. Da es den Vertragsparteien freigestellt ist, auch weiterhin eine Zeitabrechnung neben Leistungskomplexen zu vereinbaren, sollte man nicht zu schnell alles rückgängig machen oder alle Verhandlungen absagen. Und für die Hauswirtschaft gibt es keine bessere Abrechnungsart als die Zeitabrechnung, denn Pauschalen für das Reinigen der (individuellen) Wohnungen sind weder sinnvoll noch sachgerecht.

Was zunächst viele Verbände froh stimmt ist die Tatsache, dass die Bezahlung der Mitarbeiter nach Tarif oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen von den Pflegekassen in den Vergütungsverhandlungen als wirtschaftlich anzuerkennen ist. Das ist zwar nicht neu, schon 2009 hat das BSG entsprechend entschieden und sehr klar 2013 nochmals wiederholt. Trotzdem soll diese gesetzlich verankerte Formulierung helfen, hier nicht noch weiter zu streiten, wie es der Bundesrat (von dem die Initiative ausging) zutreffend formuliert hat. Allerdings ist mit dieser Klarstellung eine weitere Vorgabe ins Gesetz gelangt: in § 84 Abs. 7 ist formuliert, dass nach Tarif verhandelte Personalkosten auch in jedem Fall gezahlt werden müssen, andernfalls liegt ein Rückforderungstatbestand nach § 115 Abs. 2 SGB XI vor. Der Gesetzgeber begründet dies damit, dass er sicherstellen will, dass nicht nur in der Verhandlung der Tarif hochgehalten wird, sondern dass die Mitarbeiter dann tatsächlich auch so bezahlt werden. Der Pferdefuß an dieser Regelung ist, dass dann kein Arbeitgeber im laufenden Zeitraum beispielsweise mit Hilfe einer Notlagenregelung, in Abstimmung mit den Mitarbeitern, die Vergütung absenken kann. Denn die abgesenkte Vergütung führt nun automatisch zu einer Rückzahlungsforderung der Kostenträger. Der praktische Spielraum zur Steuerung in einer Krise sinkt damit gewaltig.

Die größte Überraschung dürften ambulante Wohngemeinschaften erleben, wenn es um den Zuschlag nach § 38a (nun 208 € pro Monat) geht. Hier hat der Gesetzgeber völlig neue Grundlagen geschaffen. Bisher war eine Wohngemeinschaft im Kern dann von den Pflegekassen anzuerkennen, wenn sie nach dem jeweiligen Landesheimgesetz anerkannt war. Da die Pflegekassen aber auch das unterschiedlich gehandhabt haben, hat der Gesetzgeber nun selbst eine neue und eigenständige Definition erfunden: Eine Wohngemeinschaft darf nur noch maximal 10 Mieter haben, muss tatsächlich ambulant organisiert sein und vom Betreiber dürfen keine Versorgungsangebote im Sinne einer stationären Versorgung angeboten werden. Die Pflegekassen erhalten zur Prüfung weitgehende Befugnisse, der (bisher problematische) Datenschutz ist geklärt. Was bedeutet das ganz praktisch: es fängt schon an der formalen Grenze von 10 Mietern an. Viele Bundesländer haben in ihren Heimgesetzen die Grenze bei 12 Mietern gesetzt. Sie haben differenziert, ob es sich um von Betreibern organisierte oder selbst organisierte Wohngemeinschaften handelt und entsprechend die Auflagen und Prüfanforderungen dargestellt. Der Bundesgesetzgeber setzt sich darüber hinweg, indem er völlig eigenständig bestimmt, was aus seiner Sicht eine Wohngemeinschaft ist und wann es eine Förderung gibt. Und die Pflegekassen sind gezwungen, dieser engen Gesetzesdefinition zu folgen. Das dürfte zur Folge haben,

dass zukünftig viele Pflegebedürftige in Wohngemeinschaften keine Zuschüsse mehr erhalten oder es Rechtsstreitigkeiten um die Anerkennung geben wird. Das haben nicht einmal die Landesminister erkannt, wie eine Presseerklärung aus NRW vermuten lässt. Hier lobt die Pflegeministerin Barbara Steffens (vom 15.10.2014) ausdrücklich die Regelungen, mit der die „Unterstützung von Wohngemeinschaften ausgeweitet sowie flexibler gestaltet wird.“ Und führt dann noch aus, dass das in NRW neu verabschiedete Alten- und Pflegegesetz genau die Wohngemeinschaften fördert. Was sie übersehen hat: in NRW dürfen bis zu 12 Mieter eine Wohngemeinschaft bilden, nur bekommen sie dann keine Förderung mehr aus der Pflegeversicherung. Andererseits ist es auch für die Mieter eine wirtschaftliche Frage, die Gemeinkosten auf 12 statt auf 10 umzulegen oder eine Zuschuss von 208 € zu erhalten. Der Ärger ist vorprogrammiert. Zwar gibt es für die jetzige Situation einen Bestandsschutz: wer aktuell einen Zuschuss erhält, erhält ihn auch weiterhin (§ 122), aber dieser bezieht sich nicht auf die Wohngemeinschaft, nur auf den Pflegebedürftigen.

Bielefeld, der 20.10.2014

System & Praxis

Andreas Heiber