



Ambulant betreute WGs und das Heimgesetz

## Einnahmen in Gefahr

*Ambulant betreute Wohngemeinschaften dem Heimgesetz zu unterstellen – auch wenn auf Bau- und Personalverordnung verzichtet wird – dürfte meist dazu führen, dass Kassen Häusliche Krankenpflege für WG-Bewohner nicht übernehmen.*

Von Frank Ziesche

**Bundessozialgericht,  
Urteil vom  
1. September 2005,  
Az.: B 3 KR  
19/04 R**



**Dr. Frank Ziesche,** Lehrbeauftragter für Sozialrecht und Ökonomie des Gesundheitswesens an der FH für Ökonomie und Management (Essen), freier Mitarbeiter der Unternehmensberatung Wißgott (Bochum)

Viele Pflegedienste denken darüber nach, in die Betreuung von Wohngruppen, insbesondere für demenziell erkrankte Menschen, einzusteigen bzw. entsprechende ambulant betreute Wohngemeinschaften zu initiieren. Allerdings hat der Gesetzgeber vor der Verwirklichung dieser Idee die Heimaufsicht gestellt. Diese Hürde ist unterschiedlich hoch. Während in Berlin die ambulant betreute Wohngruppe fast schon zum Standardprogramm der Versorgung gehört, ist aus ganz Hessen bisher keine einzige Wohngemeinschaft nach diesem Konzept bekannt. In Nordrhein-Westfalen dagegen gibt es ungefähr so viele Positionen von Heimaufsichten zum Thema wie es Kreise und Städte gibt, nämlich 54 – was in Essen gilt muss daher in Dortmund noch lange nicht gelten.

Nun gibt es Heimaufsichten, die bei ambulant betreuten Wohngruppen zwar die Zuständigkeit der Heimaufsicht sehen, also faktisch von einem Heim ausgehen, die aber das Konzept Wohngemeinschaft begrüßen. Diese Heimaufsichten bieten dann häufig an, auf die Erfüllung aller Auflagen der Heimmindestbauverordnung und der Heimpersonalverordnung zu ver-

zichten. Grundlage hierfür ist § 25a HeimG, nach dem – befristet auf vier Jahre – auf die Anwendung dieser Verordnungen verzichtet werden kann. Bei der Beantwortung der Frage, ob man auf ein solches Angebot eingehen sollte, kann das Urteil des Bundessozialgerichts vom 1. September 2005 (Az.: B 3 KR 19/04 R) helfen:

### Ein eigener Haushalt muss vorliegen

Im vorliegenden Fall hatte ein u. a. an insulinpflichtiger Diabetes und Schizophrenie leidender Bewohner eines Wohnheims für psychisch kranke Menschen gegen seine Krankenkasse auf Leistungen der Häuslichen Krankenpflege geklagt. Grundsätzlich, so die Kasseler Richter, kann es auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe Häusliche Krankenpflege auf Kosten der Krankenkasse geben. Ob dies im Einzelfall zutrifft, hängt davon ab, ob ein eigener Haushalt zur Verfügung steht. Die Richter des Bundessozialgerichts erinnern in diesem Zusammenhang an die Grundvoraussetzung der Häuslichen Krankenpflege, wie sie in § 37 Abs. 1 SGB V festgelegt ist. Hiernach erhalten Versicherte Häusliche Krankenpfle-

ge „in ihrem Haushalt oder ihrer Familie“. Letztlich ist also im vorliegenden Fall die Frage zu klären, wie auch bei jeder ambulanten Wohngemeinschaft, ob ein eigener Haushalt vorliegt.

Auf den ersten Blick scheint alles klar: Der klagende Versicherte lebt in der Einrichtung in einer abgeschlossenen Wohnung mit Flur, Küche und Bad. Er besitzt einen eigenen Wohnungsschlüssel und versorgt sich mit den übrigen Mitgliedern der Gruppe überwiegend selbst. „Sämtliche dem häuslichen Bereich zuzuordnenden Einrichtungen sind in der Wohnung des Klägers möglich“, stellt das BSG in seinem Urteil fest. Dennoch kamen die Richter des dritten Senats zu dem Ergebnis, dass hier kein eigener Haushalt vorliegt.

Zu einem eigenen Haushalt gehöre nämlich auch eine eigenständige Wirtschaftsführung. Entscheidend ist also auch, ob der Kläger denn auch die Kosten der Lebens- und Wirtschaftsführung im Wesentlichen selbstständig vollzieht, sich also wirtschaftlich selbst versorgen kann. Diese eigenständige und eigenverantwortliche Wirtschaftsführung ist dem Versicherten aber in der betreffenden Einrichtung nicht möglich. Denn in diesem Heim verfügt er über keinen frei ausgehandelten Mietvertrag, sondern wohnt auf der Grundlage eines Heimvertrages in der Einrichtung. Dementsprechend wird auch keine monatliche Miete, sondern ein Tagespflegesatz zugrundegelegt. Dieser Tagespflegesatz wird auch nicht mit dem Betroffenen, sondern in diesem Fall mit dem Sozialhilfeträger ausgehandelt. Es liegt hier also kein reguläres Mietverhältnis vor. Damit aber, so die Argumentation des Gerichts, liegt auch keine eigenständige Wirtschaftsführung und ohne diese auch kein Haushalt vor. Das Ergebnis: Nach Ansicht des

Gerichts ist die Ablehnung der Häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkasse in diesem Fall gerechtfertigt.

Zwar scheint das Gericht nicht grundsätzlich für jedes Heim die Möglichkeit der eigenständigen Haushaltsführung abzustreiten. Allerdings wird der Spielraum, den die Einrichtung hier noch hat, sehr eng: Denn vor dem Hintergrund der gesetzlichen Vorgaben, Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen bzw. vorzuhalten (§ 1 HeimG) und einen Heimvertrag abzuschließen (§ 5 HeimG), dem Bewohner noch die Bildung eines eigenen Haushalts zu gewähren, dürfte sehr schwer sein. Zumal nach diesem Urteil Ärger mit den Krankenkassen über die Abrechnung von Häuslicher Krankenpflege vorprogrammiert sein dürfte.

### WG dem HeimG zu unterstellen bedroht die Existenz

Die Unterstellung einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft unter das Heimgesetz, auch wenn auf die Durchführung von Heimmindstbauverordnung und Heimpersonalverordnung verzichtet wird, dürfte in den meisten Fällen zu einem Ausfall der Leistungen der Krankenkassen für Häusliche Behandlungspflege führen. Wenn aber die Krankenkassen die Kosten für die Häusliche Krankenpflege nicht mehr übernehmen, ist die kalkulatorische Grundlage der Wohngemeinschaft geplatzt. Die hier eingenommenen Gelder können in aller

Regel nicht von den Bewohnern übernommen werden. Die Anerkennung des Heimgesetzes für eine ambulante Wohngruppe gefährdet daher die Existenz dieser Wohngruppe!

In der Praxis stößt man bei Verträgen zwischen Mietern von ambulant betreuten Wohngruppen und Pflegediensten immer wieder auf sehr weit gefasste Leistungszusagen der Pflegedienste. Auf einen Punkt macht hierbei auch das BSG-Urteil in einem Nebensatz aufmerksam: Wenn ein Leistungserbringer in seinem Vertrag mit dem Kunden die kostenfreie Erbringung der Häuslichen Krankenpflege zusichert, verliert der Kranke seinen Klageanspruch gegen die Krankenkasse. Ist nämlich der Leistungserbringer schon vertraglich verpflichtet, diese Leistung kostenfrei zu erbringen, ist der Betroffene nicht mehr von der Ablehnung der Krankenkasse belastet und hat daher auch keinen Anspruch mehr auf diese Leistungen. Dies gilt auch, wenn vertraglich vereinbart ist, dass die Leistung nur dann kostenfrei erbracht wird, wenn die Krankenkasse ablehnt und der Kunde gegen diese Ablehnung vorgeht.

### Zwischen Anforderungen und Aufsicht unterscheiden

Heimaufsichten wollen häufig die Aufsicht behalten, weil sie nur so den geregelten Ablauf in Wohngemeinschaften überprüfen können. Um Wohngemeinschaften nicht un-

### ► Praxis-Tipp

Eine ambulant betreute Wohngemeinschaft sollte **nie unter das Heimgesetz** gestellt werden, auch wenn auf Bau- und Personalanforderungen verzichtet wird, da dies die Einnahmen aus Häuslicher Krankenpflege gefährdet.

In den Verträgen mit den Kunden darf **nie die Leistung der Häuslichen Krankenpflege zugesagt** werden, da auch dies zu gerechtfertigten Ablehnungen von Häuslicher Krankenpflege führen kann.

ter das Heimgesetz fallen zu lassen, überlegt das zuständige Ministerium eine Zahl festzulegen, ab der Einrichtungen unter das Heimgesetz fallen sollen. Dies als Einzelmaßnahme ist keine gute Lösung, wenn man nicht will, dass auch leer stehende Kellerräume demnächst als 2-Betten-Einrichtungen geführt werden.

Das grundsätzliche Problem ist nur dann zu lösen, wenn gesetzlich zwischen den Anforderungen an einen Heimbetrieb und der Aufsicht über diesen unterschieden wird. Dies ist zum Beispiel durch ein allgemeines Pflegeaufsichtsgesetz möglich, das die Möglichkeit einräumt, sowohl Heime, ambulante Dienste aber auch pflegende Haushalte zu kontrollieren. ■

Ein allgemeines Pflegeaufsichtsgesetz könnte helfen.

### Urteile +++ Urteile +++

#### Nicht hinreichend um SGB XI-Leistungen bemüht

Die seit ihrer Geburt behinderte Klägerin benötigt Pflege, die sie durch ihre Mutter erfährt. Von der Pflegeversicherung erhält die Klägerin eine Kombinationsleistung, die sich aus Geld- und Sachleistungen zusammensetzt. Zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeversicherung stellte die Klägerin bei dem zuständigen Sozialhilfeträger einen Antrag auf „Leistungen des familienentlastenden Dienstes nach dem BSHG“

gemäß § 69 b BSHG (heute SGB XII). Gegen den ablehnenden Bescheid des Sozialhilfeträgers klagte die Klägerin ohne Erfolg. Das Verwaltungsgericht Arnberg hat entschieden, dass Leistungen des Sozialhilfeträgers gegenüber Leistungen der Pflegeversicherung subsidiär (behelpsmäßig, untergeordnet) sind. Die Klägerin hat sich nach der Entscheidung des Gerichtes nicht hinreichend um Leistungen nach § 39 SGB XI (Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson) be-

müht. Die Klage wurde zudem abgewiesen, da das Gericht der Auffassung war, dass die Klägerin die von der Pflegeversicherung angebotenen Sachleistungen nur deshalb nicht in Anspruch nehmen wollte, um in entsprechendem Umfang Geldleistungen zu beziehen um daneben noch Leistungen der Sozialhilfe zu erlangen.

Verwaltungsgericht Arnberg, Urteil vom 12. Dezember 2005, Az.: 14 K 1705/03, Fundstelle: Gerichtsakten