

5. Workshop Tagespflege

Zur Entwicklung der Einrichtungen der Tagespflege im Land Berlin
Gemeinsame Veranstaltung des DWBO und des Paritätischen, LV Berlin e.V.
23. September 2009, 9.30 h bis 15.30 h im Haus des älteren Bürgers
Zusammenfassung des Veranstaltungsablaufs

Moderation: Helge Haftenberger; Rainer Lachenmayer

In der Einführung und Begrüßung wird auch auf die prozesshafte Entwicklung der vorgeschlagenen Tagesordnung hingewiesen, die den "Workshopcharakter" widerspiegelt: Aus ursprünglich wenigen Themenpunkten im Einladungsentwurf ist auf der Basis der Rückäußerungen aus dem Kreis der Tagespflegern eine differenzierte Tagesordnung zusammengeführt worden, die es abzuarbeiten gilt. In einer Vorstellungsrunde können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Workshop darüber hinaus noch Themenpunkte benennen, die aus ihrer Sicht mit anzusprechen wären. Hier werden genannt:

- Ausfallzeiten
 - Angehörigenarbeit
 - Angebot der Nachtpflege
 - Verantwortungsbereich(e) der PDL
 - Personalrichtwerte
 - vorrangiges/nachrangiges Abrechnungsverfahren
 - Zielfahrten mit dem Telebus
 - Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG)
 - Patientenverfügung
- sowie diverse Systemfragen.

Es wird festgestellt, dass sich die meisten vorgeschlagenen zusätzlichen Diskussionspunkte in die Gliederung der vorgeschlagenen Tagesordnung mit einpassen lassen, so dass anhand der vorgegeben Tagesordnung der Sitzungsverlauf zu entwickeln ist.

TOP 1. **Leistungen der Tagespflege:**

TOP 1.1. Aspekte der Ernährung:

Der Erfahrungsaustausch zeigt auf, dass die Einrichtungen darauf bedacht sind, auf Individualität bei den angebotenen Mahlzeiten zu achten. Für problematisch gehalten wird, dass seitens des MDK das Angebot von Wahlessen "eingefordert" wird:

Es ergibt sich hier eine Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit:

Insbesondere dann, wenn man versuchen würde, im Vorfeld jeweils Essenswünsche der Tagesgäste abzufragen und diese auch individuell zu erfüllen, wüssten häufig die Betreffenden nicht mehr, was ihr ursprünglicher Wunsch war und halten im Zweifelsfalle das Essen des Sitznachbarn für attraktiver usw.

Zu fordern wäre, dass abweichend von den Fragenkomplexen zur Verpflegung im vollstationären Bereich, in den Qualitätsprüfungsrichtlinien das Anforderungsprofil für teilstationäre Anbieter weniger differenziert erfragt wird.

In der Umkehrung gilt, sofern die Einrichtungsträger souverän "ihre Leistungskomponenten im Zusammenhang mit der Verpflegung als die richtigen und betriebsbezogen passenden" verstehen, die Erörterung über abweichende Erwartungen auch mit den Prüfern zweckmäßig ist und geführt werden sollte.

Bezogen auf die im Workshop vertretenen Tagespflegeeinrichtungen ist das Angebotsverhältnis zwischen selbst zubereitetem Essen und externen Dienstleistern nahezu 50 zu 50. Dabei haben aus Sicht der Einrichtungen sicherlich beide Erstellungsvarianten ihre unmittelbaren Vorzüge (die eine derartige Entscheidung begründen). Es kann jedoch geschlossen werden, dass grundsätzliche Nachteile aus der einen oder anderen Entscheidungsvariante nicht resultieren.

Unterstrichen wird, dass im Zusammenhang mit der Ernährung (auch der Flüssigkeitsaufnahme) biografische Bezüge wesentlich sind. Eine "Ernährungsanamnese" kann insofern eine sinnvolle Option sein.

Wiederum bezogen auf das Prüfgeschehen durch den MDK wird festgestellt, dass in Abhängigkeit von der Besucherfrequenz einzelner Tagesgäste Gewichtskontrollen sowie akribische Dokumentation der aufgenommenen Nahrung oder die Erhebung von Flüssigkeitsprotokollen erforderlich sind (bei täglicher Anwesenheit) oder aber fast sinnlos erscheinen (bei ein bis zwei Besuchen in der Woche).

Dass der gem. PFWG auszuweisende Verpflegungskostenanteil bei nahezu allen Leistungserbringern eher niedrig definiert ist, ist für Sozialhilfeberechtigte durchaus auch ein Vorzug.

Erwartet wird, dass die Trägerverbände auf Landesebene auch ihre Bundesverbände in den noch nicht zu Ende geführten Verhandlungen motivieren, die Spezifika des Leistungsansatzes der Tagespflege in den Transparenzkriterien zur Kenntnis zu nehmen und Festschreibungen zu vermeiden, die den realen Möglichkeiten in der Praxis nicht entsprechen.

TOP 1.2. Fahrdienst:

Dem Erfahrungsaustausch zum Thema lässt sich entnehmen, dass ein sehr starkes Interesse an diesem Diskussionspunkt vorliegt. Dabei gibt es unterschiedliche Gestaltungsmöglichkeiten, in Abhängigkeit von dem Dienstleistungsprofil einer Tagespflege (selbst organisierter und durchgeführter Fahrdienst oder in Anspruch genommener externer

Dienstleister). Dem grundsätzlichen Anspruch – gerade auch Rollstuhlfahrer "aus ihren Wohnungen mal rauszuholen" – stehen einzelfallbezogen aber Problemsituationen gegenüber, die nicht bewältigbar sind. So kann es z. B. sein, dass "nicht umsetzbare Rollstuhlfahrer" von einer Einrichtung als Nutzer nicht akzeptiert werden können.

Da der Fahrdienst qua Definition integraler Bestandteil der Pflege ist, ist auch zu beachten, dass Treppendienste in schwierigen Fällen "zu teuer sind".

Allerdings gibt es auch konstruktive Fallkonstellationen, bei denen das Sozialamt die Leistung der Treppenhilfe ergänzend finanziert. Auch das Beispiel einer Finanzierungsform durch eine Pflegekasse über § 45 b SGB XI wird angeführt.

Erinnert wird an die konkret definierten Leistungen des Fahrdienstes im Rahmenvertrag gem. § 75 Absatz 2 SGB XI zur teilstationären Pflege im Land Berlin. Dort heißt es:

"Treppenhilfe bei der Abholung des Pflegebedürftigen, bzw. beim Absetzen des Pflegebedürftigen an der Wohnung, ggf. unter Verwendung von Mobilitätshilfen des Pflegebedürftigen, z. B. Treppenlifter, -raupe ...":

Aus dieser Regelung lässt sich ableiten, dass eine Treppenhilfe dann angeboten werden kann, wenn entsprechende Hilfsmittel des Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen. Anmerkt wird, dass diese Hilfsmittel auch unerlässlich sind, um in anderen Lebenszusammenhängen die Wohnung verlassen zu können.

Es sollte eigentlich erwartet werden, dass bereits der MDK bei der Prüfung des Pflegebedarfs das Erfordernis eines entsprechenden Hilfsmittels feststellt. Darüber hinaus ist es unstrittig die Aufgabe der Pflegeberater (auch der Pflegestützpunkte), in Bezug auf die möglichen Leistungskombinationen Pflegegeld / ambulante Sachleistung und Tagespflege die Aspekte der Treppenhilfe ausführlich zu berücksichtigen und ggf. die Empfehlungen zu setzen und Hilfe bei der Antragstellung zu gewähren.

In Bezug auf die Vorlaufzeiten ist es zu vermeiden, dass Pflegebedürftige erst durch die konkrete Anfrage bei der Tagespflege darauf hingewiesen werden, dass sie einen individuellen Anspruch auf Hilfsmittel haben! Bestätigt wird, dass in den Fällen, in denen entsprechende Hilfsmittel beantragt werden, die Gewährleistungspraxis konstruktiv erfolgt.

Weitere Diskussionspunkte im Sachzusammenhang:

Der gestiegene Flächenbedarf in Tagespflegeeinrichtungen durch die für die Mobilität der Pflegebedürftigen erforderlichen Rollatoren und Rollstühle; mögliche Spezialisierung von Tagespflegeeinrichtungen (in Kooperation mit Fahrdiensten) auf "immobile pflegebedürftige Menschen".

Festgestellt wird, dass die recht unterschiedlichen Fahrtkostenpreise "Kalkulationspreise" sind, die eine unmittelbare Vergleichbarkeit nicht gewährleisten.

Regelr Austausch erfolgt auch zur "zumutbaren Fahrtzeit", die im Rahmenvertrag mit "45 Minuten" definiert ist:

Insbesondere bei Sammelfahrten wird diese Vorgabezeit häufig überschritten. Dies führt dazu, dass bei entsprechenden längeren Fahrten auch "Toilettenpausen" einzulegen sind, wodurch sich wiederum die Fahrtzeit verlängert. Hier wird festgestellt, dass bei einer zu langen Anfahrt der Tagesgast zu spät in der Einrichtung erscheint und entsprechend der Tagesablauf insgesamt beeinträchtigt wird. Dies sei zu vermeiden. Einen festen Radius der Einzugsbereiche einer Tagespflege gibt es im Regelfall nicht. Bei der Tourzusammenstellung wird durchaus berücksichtigt, dass es Menschen gibt, die "gerne fahren". Bei Verträgen mit externen Dienstleistern wird die Zielvorstellung "Fahrtzeit soll 45 Minuten nicht überschreiten" in die Dienstleisterverträge aufgenommen. Dabei hat dies allerdings eher deklaratorischen Charakter, weil bei Staus und ähnlichem "die Möglichkeiten den Regelwert einzuhalten, überhaupt nicht gegeben sind".

Auf die nach Rahmenvertrag grundsätzlich zu leistende "*bedarfsorientierte Beaufsichtigung der Pflegebedürftigen*" als weiteres Leistungserfordernis wird kurz Bezug genommen. Dies bedeutet, dass bei erkennbarem Konfliktpotential bei zu befördernden Menschen eine zweite Person neben dem Fahrer mit im Fahrzeug sein müsste.

Zu einem erheblichen Kostenfaktor haben sich "Ausfallfahrten" entwickelt, die dadurch zustande kommen, dass ein Fahrdienst zwar pünktlich erscheint, aber aus unterschiedlichen Gründen durch den Tagesgast nicht in Anspruch genommen wird.

Einzelne Einrichtungen haben in einer vertraglichen Nebenabrede festgelegt, dass bei nicht abgesagten Fahrten das "halbe Fahrgeld" in Rechnung gestellt wird. Ein derartiger "Disziplinierungsansatz" ist durchaus wirkungsvoll, allerdings rechtlich problematisch. Insofern sollte eine rechtliche Prüfung im Einzelfall über die Zulässigkeit einer derartigen Vereinbarung erfolgen, bevor die Heimaufsicht möglicherweise an derartigen Vereinbarungen Anstoß nimmt.

Als weiterer Lösungsansatz zur Vermeidung von Fehlfahrten wird die periodisch wiederkehrende Information von Angehörigen und an der Pflege beteiligten ambulanten Pflegediensten benannt. Hinderungsgründe, die den Besuch einer Tagespflege unmöglich machen und insofern auch den Fahrdienst an bestimmten Tagen nicht in Anspruch nehmen lassen, seien zeitnah zu übermitteln, um ggf. Fehlfahrten zu vermeiden.

Generalisierende Lösungen könnten sein, das Risiko "Fehlfahrten" insgesamt auf den Fahrtpreis umzulegen. (Die Nichtinanspruchnahme wäre einen Zuschlag "wert", den alle zu tragen hätten) oder aber über einen veränderten Auslastungsgrad (85 % statt 87 %) eine Berücksichtigung von Nachfrageschwankungen aus gesundheitlichen oder sonstigen Gründen bei den Tagesgästen im Gesamtpreis herbeizuführen, was den Fahrdienst mit einschließt.

Anhand von Einzelbeispielen wird darüber hinaus deutlich, dass der Telebus tatsächlich auch eine "Beförderungsoption im Einzelfall" sein kann, obwohl ausdrücklich regelmäßige Terminfahrten nicht zum Leistungsangebot des Telebusses gehören. Bei Rechnungstellung in derartigen Fallkonstellationen gilt die Telebusfahrt als selbst organisierte Anfahrt. Hier wird dem Pflegebedürftigen ggf. ein reduzierter Rechnungsbetrag angeboten. Auch grundsätzlich ist die selbst organisierte Anfahrt durch Angehörige aber auch durch Fahrdienste eine Lösungsvariante, die dann greifen kann, wenn die

regelmäßig angebotenen Fahrdienste einer Tagespflegeeinrichtung den konkreten Bedarf im Einzelfall nicht abdecken können.

TOP 2: Nutzerorientierung

TOP 2.1. Personenkreis gem. §§ 45 a; 45 b; 87 b SGB XI

Durch das PfWG sind die Leistungsansprüche von Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen neu gefasst worden.

Die Leistungsgrundlage auf der Basis des § 87 b SGB XI greift für teilstationäre Einrichtungen nicht. § 45 a bietet jedoch die Anspruchsgrundlage, in vereinfachter Form nach entsprechender Überprüfung durch den MDK auch den Zugang zur Tagespflege mit gerontopsychiatrischen Schwerpunkten zu erhalten.

Bei Erst- und Neufestlegungen des Leistungsbedarfs nach SGB XI erfolgt eine entsprechende Prüfung durch den MDK regelmäßig. Probleme gibt es für den Personenkreis, der bereits einer Pflegestufe zuordnet ist und über keine Informationen zum möglicherweise weitergehenden Leistungsanspruch verfügt. Auch hier ist es ein Aufgabenfeld der Pflegeberatung und –stützpunkte, angesichts der bestehenden Beeinträchtigungen der pflegebedürftigen Menschen, die zusätzlichen Bedarfslagen zu erkennen und ggf. anzuregen, entsprechende Anträge zu stellen.

Die "zusätzlichen Betreuungsleistungen" auf der Grundlage des § 45 b SGB XI werden "mit einiger Häufigkeit" noch immer dafür eingesetzt, die Eigenanteile der Leistungsberechtigten zu reduzieren.

Der Leistungsanspruch wird jedoch kaum genutzt, um sich "zusätzliche Leistungstage zu erkaufen".

Das Angebot ambulanter Leistungserbringer, in Form von "niedrig schwelligen Betreuungsangeboten", ist durchaus als "Konkurrenzangebot" zu verstehen, da auch die ambulanten Dienstleister ihrerseits Interessen haben, die Refinanzierung vorgehaltener Angebote über § 45 b umfassend zu realisieren. Ideal typisch wäre anzustreben, über eine gemeinsame Pflegeplanung ambulanter und teilstationärer Leistungserbringer, das jeweils im Einzelfall gebotene Arrangement zu definieren und dabei auch die Leistungsangebote auf der Basis nach § 45 b in der sinnvollsten Verwendung mit vorzuschlagen. Die Fachdienste sind aufgrund ihrer Erfahrungen und Einschätzung, bezogen auf das Nützliche für einen einzelnen Leistungsberechtigten sicherlich geeignet, vielleicht auch geeigneter, entsprechende Vorschläge zu entwickeln, als dies Pflegeberater könnten.

Dass es insbesondere für den Personenkreis gem. § 45 a SGB XI nicht unbedingt zweckmäßig ist, neben ambulanten Dienstleistungen und teilstationären Dienstleistungen auch noch weitere Gruppenbezüge über niedrig schwellige Angebote "verarbeiten zu müssen", wird kritisch angemerkt. Darüber hinaus bleibt es aber auch eine offene und konzeptionell zu regelnde Facette, inwieweit nicht genutzte Angebotszeiten in Tagespflegeeinrichtungen

(auch an Wochenenden) genutzt werden könnten, um niedrigschwellige Leistungen gem. § 45 b zu institutionalisieren.

Die Verfachlichung des Dialogs der am Pflegeprozess Beteiligten kann selbstverständlich auch verbandsübergreifend geschehen. Auch hier gibt es aus dem Kreis der Anwesenden konstruktive Beispiele für die Funktionalität.

Ein erheblicher Bedarf besteht grundsätzlich hinsichtlich der Entlastung von Angehörigen in der Häuslichkeit. Derartige Angebote sollen grundsätzlich dazu beitragen, den Erhalt der Pflegebereitschaft der Angehörigen zu gewährleisten. Wie und in welcher Form derartige Zusatzkomponenten aus der Tagespflege heraus angeboten werden können, ist allerdings unbestimmt.

TOP 2.2. Tagespflege als Angebot für Menschen, die in Dementen-WG's versorgt sind

Der Erörterungspunkt zu diesem Aspekt erwächst aus den widersprüchlichen Regelungsansätzen für die Finanzierung der Dementen-WG's:

Einzelne Pflegebedürftige mit entsprechenden zusätzlichen Einschränkungen nutzen die Option, ihre individuellen Leistungsansprüche nach SGB XI so zu bündeln, dass eine Versorgung in der WG "rund um die Uhr" möglich wird.

Sofern mehrere Personen aus dem Leistungsgeschehen "partiell aussteigen" und dafür Leistungsangebote mit externer Tagesstruktur wie die Tagespflege in Anspruch nehmen, wird – insbesondere durch den nachrangig leistenden Träger der Sozialhilfe - unterstellt, dass hier kein Leistungsanspruch mehr konstruierbar ist.

Auf die in der Vergangenheit geführten diesbezüglichen Diskussionen braucht nicht Bezug genommen zu werden. Durch das PfWG ist das Poolen von Leistungen als grundlegende neue Option im Leistungsparagrafen 36 (Leistungen bei häuslicher Pflege) aufgenommen worden. Weitergehend sieht § 41 SGB XI (Tagespflege und Nachtpflege) einen prozentual erhöhten Leistungsbezug vor, wenn eine Kombination mit Pflegesachleistungen gewählt wird. Aus diesen Veränderungen ergeben sich verbesserte argumentative Ausgangssituationen, um im Einzelfall ein Leistungsangebot der Tagespflege auch für die Bewohnerinnen und Bewohner von Dementen-WG's zu ermöglichen. Auch hier gibt es aktuell Praxisbeispiele, dass schon jetzt Bezirksämter derartige zusätzliche Leistungen ohne Wenn und Aber anerkennen. Festzuhalten bleibt, dass es immer auf die Würdigung des Einzelfalls ankommt, wenn es darum geht, zusätzliche Ansprüche geltend zu machen.

TOP 2.3. Nachtpflege: Gesamtversorgungsvertrag

Nicht verlässlich einschätzbar ist, ob es in Berlin einen Bedarf an Nachtpflegeangeboten gibt, die ein wirtschaftliches Betreiben einer derartigen Angebotsstruktur ermöglicht. Zwar gibt es aus Nutzerbefragungen immer wieder Erkenntnisse, dass vereinzelt Interesse an derartigen Angeboten besteht, jedoch sind die potentiellen Nachfrager prozentual eher keine relevante Nachfragergruppe. Es gibt allerdings anderswo Beispiele, die rückschließen lassen, dass die Institutionalisierung eines Angebots durchaus auch möglich sei. Lösungsalternativen, die auch darauf abzielen, die Pflegebereitschaft von Angehörigen zu erhalten, wie bereits diskutiert, könnten

sein Verhinderungspflege (besonders geeignet, wenn ein Erbringer vollstationäre und teilstationäre Leistungen anbietet), oder auch das vermittelnde Angebot eines häuslichen Betreuungsdienstes (hier werden die Kooperationsbezüge zu ambulanten Anbietern wieder erwähnt).

Von besonderem Interesse ist sicherlich auch der wirtschaftlich nachvollziehbare Konzeptansatz, das Angebot von Tages- und Nachpflege an einem Standort zu realisieren. Bei diesem Aspekt sind auch die Fragestellungen für Optionen zu einem Gesamtversorgungsvertrag interessant, die aus der Neufassung des § 72 SGB XI resultieren. (*"Für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen ... eines Pflegeeinrichtungsträgers, die örtlich und organisatorisch miteinander verbunden sind, kann ein einheitlicher Versorgungsvertrag ... geschlossen werden."*) – Die Leistungsträger sind bis jetzt nur bereit, Verhandlungen im Einzelfall zu führen. Dabei besteht noch das Risiko, dass die Leistungsverpflichtungen aus den einzelnen Leistungsfeldern kumuliert wirken sollen und Einrichtungsträger eher behindern, als Synergieeffekte erschließen.

Bezogen auf die konkrete Überlegung, eine PDL für Tages- und Nachpflege vorzusehen, bleibt zunächst die pragmatische Fragestellung (die auch rechtlich zu überprüfen wäre), ob es eine "24-Stunden-Fachverantwortung" geben kann. In der Diskussion wird vom Grundsatz her darauf verwiesen, dass auch im vollstationären Leistungsfeld ein Rund-um-die-Uhr-Betrieb stattfindet, ohne dass die verantwortliche Pflegefachkraft entsprechend rund um die Uhr in die Pflicht genommen wird.

Auch ist das Interesse an Gesamtversorgungsverträgen ohnehin nicht nur auf den Aspekt der PDL konzentriert. Die Positiveffekte für Träger werden darin gesehen, Raumressourcen sinnvoller zu nutzen und Kapazitätsschwankungen mit vorhandenem Personal in unterschiedlichen Leistungsfeldern besser auszugleichen. Dieser wirtschaftlich sinnvolle Ansatz setzt bei den Leistungsträgern allerdings eher den Verdacht frei, dass mit der Vermischung zweier Leistungsbereiche über einen Gesamtversorgungsvertrag eine zu knappe Personaldecke kaschiert werden soll.

Die Trägerverbände sind hier aufgefordert, in den Verhandlungen mit den Leistungsträgern weiterhin auf eine Sachstandsklärung im Sinne der Möglichkeiten, die der Gesetzgeber eingeräumt hat, zu drängen.

TOP 2.4: Auslastungs- und Belegungszahlen, bzw. Nachfrage nach Wochenendangeboten

Dieser TOP wird auch mit Bezügen zu TOP 3 **Kosten- und Vergütungen** erörtert.

Sich grundsätzlich mit dem Thema "Auslastung und Belegung" auseinanderzusetzen, bedeutet zunächst auch zu rekapitulieren, dass die Leistungsintensität der Tagespflegeeinrichtungen unterschiedlich ist: Es gibt Einrichtungen im "Ganzjahresbetrieb", die mit dem täglichen Angebot auf reges Nutzerinteresse stoßen. Es gibt Einrichtungen, die ihr Angebot auf die Wochentage von Montag bis Freitag konzentrieren. Ebenso gibt es Einrichtungen, die "zusätzlich" zur Montag- bis Freitagöffnung den Samstag "mit anbieten" oder aber auch Wochenendöffnungszeiten haben, bei denen von vornherein auch dann ausgegangen wird, dass die Nachfragergruppe kleiner ist, als die Nachfragergruppe von Montag bis Freitag.

Unterstellt werden kann, dass diese unterschiedlichen Öffnungszeiten jeweils auch in spezifischen Leistungsbeschreibungen und in den Konzeptionen der Einrichtungen ihren Niederschlag finden (müssen).

Für den Kreis der Tagesgäste, der mehr an einzelnen Tagen das Angebot der Tagespflege nutzt, kann allein schon der sechste Angebotstag am Sonntag eine günstige Option sein, die stark nachgefragten Besuchstage zu vermeiden und einen "eher ruhigen Tag" in Anspruch zu nehmen. Bei den "Ganzjahresangeboten" wird hervorgehoben, dass insbesondere Feiertagspräsenz stark nachgefragt wird (von allein stehenden Pflegebedürftigen), aber auch über einen Angebotsrückbau wird berichtet, wenn sich z. B. ein Wochenendangebot als eher nicht nachgefragt erwiesen hat.

Beim Erfahrungsaustausch stellt sich heraus, dass die unterschiedlich nachgefragten Tage insbesondere dann, wenn auch Samstage oder Wochenenden angeboten werden, es noch schwieriger machen, eine verlässliche "Gesamtauslastung" zu benennen. Erstaunlich ist auch, dass ein Mehr oder Weniger an Angebotstagen nicht zwangsläufig zu veränderten Vereinbarungen von Preiskonfigurationen mit den Leistungsträgern führen muss. Anscheinend wird bislang nicht immer betriebswirtschaftlich fundiert der Aufwand je Angebotstag exakt bestimmt. (So mussten bei Wochenend- und Feiertagsdiensten die Personalzuschläge einerseits wirksam werden; andererseits ergäbe sich durch eine höhere Nutzungsfrequenz auch eine erwartbare Reduktion des Investitionsbetrags je Nutzertag.)

Nahezu alle Einrichtungen stehen vor dem Problem, an einzelnen Tagen Überbelegungen (bezogen auf die gemeldeten Einrichtungsplätze) nicht nur hinzunehmen, sondern auch zu planen, um die Auslastungsquote aufs Jahr betrachtet überhaupt zu erreichen.

Die Trägererwartungen an die Einrichtungen sind groß. Nicht der vereinbarte Auslastungsgrad von 87 % wird als realistischer Planungshorizont verstanden; die Einrichtungsbestrebungen müssten darauf ausgerichtet sein, eine höhere Auslastung zu erreichen.

In Bezug auf die Leistungsverpflichtungen an einzelnen Tagen ist zunächst eine schlichte Ausgangskalkulation anzustellen:

Plätze mal Belegtage sind der "100 %-Wert" des Leistungsansatzes.

Aufgrund von Nachfrageschwankungen und auch "nachgeholtten Nutzertagen" (wenn aus Krankheitsgründen oder weil Arzttermine wahrgenommen werden mussten, ein Termin ausfällt, bieten viele Einrichtungsträger als Kulanz den Nachholtag an) ergeben sich tageweise Über- oder Unterschreitungen, die aber im Leistungssinn "systemkonform" sind. Die gem. § 20 des Rahmenvertrags vorgegebenen Personalrichtwerte (1 zu 4 – ohne Pflegestufendifferenzierung im geriatrischen Leistungsbereich oder 1 zu 3 ohne Pflegestufendifferenzierung für das gerontopsychiatrische Leistungsfeld sowie die in Absatz 4 genannten zusätzlichen Richtwertkomponenten für PDL, Sozialarbeit und Qualitätsmanagement, sind keine Präsenzvorgaben an allen Angebotstagen. Im Falle starker Angebotsschwankungen an einzelnen Belegtage müssen die Einrichtungen aber selbstverständlich drauf bedacht sein, das Personal so vorzuhalten, dass alle Leistungen auch dann gewährleistet sind, wenn einmal die Nutzerfrequenz sehr hoch ist.

Dass die personellen Ressourcen grundsätzlich zu knapp bemessen sind, um im Falle von MDK-Prüfungen eine Prüfbegleitung und die Aufrechterhaltung des Regeldienstes zu gewährleisten, ist eine weitere wesentliche grundsätzliche Aussage.

In Bezug auf das Kostenträgerverhalten, insbesondere beim nachrangigen Sozialhilfeträger, gibt es recht differenzierte Wahrnehmungen. Es scheint festzustehen, dass mit der individuellen Antragsbegründung (das Sozialhilferecht zielt auf die Würdigung des Einzelfalls) vieles an Ansprüchen durchsetzbar und möglich ist, auch der tägliche Besuch einer Tagespflegeeinrichtung, dass es aber grundsätzlich klarer Verfahrensabsprachen bedarf, die im Vorfeld getroffen werden müssen, um die Leistungspflichten des ergänzenden Leistungsträgers auch greifen zu lassen.

Hingewiesen wird auch auf den Grundwiderspruch, dass einerseits die Qualitätsprüfungsrichtlinien Abfragen vorsehen, inwieweit auch jahreszeitliche Feste zum Angebotsprofil der Tagespflegen gehören; andererseits in Bezug auf einzelne Leistungstage aber das Angebot nicht für alle Tagesgäste dann zur Verfügung steht (weil ein bestimmter Angebotstag eben nicht "als gebuchter Tag" definiert ist). Einrichtungen, die dennoch möglichst viele ihrer Tagesgäste in derartige Feierzusammenhänge bringen wollen, stehen vor dem Problem, eine Finanzierung zusätzlicher Art erschließen zu müssen oder Eigenmittel einzusetzen.

Dass auch hier ein Finanzierungsansatz – zumindest für einen Teil der Tagesgäste auf der Grundlage von § 45 b SGB XI – gegeben ist, wird hinzugefügt.

TOP 3.1. Austausch über Bewilligungspraxis vor- und nachrangiger Leistungsträger:

Das PfwG hat die Nachfrage nach Tagespflegeleistungen eher verstärkt. Bei der Leistungsgewährung durch die Pflegekassen gibt es kaum Probleme. Die Gewährleistungspraxis des nachrangigen Leistungsträgers ist nicht eindeutig zu definieren. Bei den vorerörterten Themen wurde deutlich, dass eine Verständigung über Leistungsträgerschaften konstruktiv und pflegebedürftigenzentriert erfolgen kann, Wiederkehrende Nachfragen aus dem Kreis der Anwesenden, ("Welcher Bezirk macht das?") zeigen allerdings, dass die Zielprojektion darauf gerichtet sein muss, eine vereinheitlichte Form des Leistungszugangs noch immer dem abstrakten "Forderungskatalog" hinzuzufügen.

TOP 3.2. Vergütungsverhandlungen:

Für die Tagespflegeeinrichtungen besteht grundsätzlich die Möglichkeit, individuelle Vergütungsverhandlungen zu führen und die einrichtungsbezogenen Spezifika soweit wie möglich abrechnungsfähig zu machen. Dass dabei die in Berlin bestehende Konkurrenzsituation der Angebotsträger zu einem eher zögerlichen Umgang mit höheren Vergütungsforderungen geführt hat, kann festgestellt werden, ohne das daraus weiterer Gesprächsbedarf resultieren muss.

Zu beachten ist aber, dass die Vergütungsverhandlungen im Einzelfall durch die auf der Landesebene geschlossenen Vereinbarungen determiniert sind, und entsprechend ein Austausch auch erforderlich ist, inwieweit die für Berlin getroffenen Festlegungen nützlich oder hinderlich sind, um eine adäquate Vergütungsstruktur für das Leistungsfeld Tagespflege zu gewährleisten.

Weiterer neu zu beachtender Aspekt ist der Begriff der "ortsüblichen Vergütung", der im § 72 Absatz 3 2. SGB XI neu eingeführt wurde und die Voraussetzung für die Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag ist.

Inzwischen liegt eine Interpretationshilfe des BMG und des BMAS vor, was denn eine ortsübliche Vergütung sei. Verkürzt dargestellt geht es darum, dass Tarifstrukturen einerseits weitergehende Nachweispflichten eines Angebotsträgers nicht mehr begründen; andererseits bei nicht bestehender Tarifgebundenheit sich die Leistungsträger die Überprüfung der Ortsüblichkeit im Einzelfall vorbehalten können.

Tagespflegeeinrichtungen mit ihrer kleinteiligen Organisationsstruktur und wenigen Beschäftigten sind dabei auch für Leistungsträger "mehr als transparent", wenn es darum geht, die Bruttodurchschnittsvergütungen der Beschäftigten in der Pflege festzustellen. Für Berlin kann bis auf Weiteres ohnehin davon ausgegangen werden, dass alles das, was derzeit bei Leistungserbringern der Tagespflege an Vergütungen entrichtet wird, dem Kriterium der Ortsüblichkeit entspricht. Da die Tagespflege im Sinne des SGB XI allerdings als stationäre Versorgungsform angesehen wird, ist zu berücksichtigen, dass Bruttodurchschnittsvergütungen im Vergleich zur stationären Pflege niedriger ausfallen können, weil Wochenend- und Feiertagszuschläge ebenso unberücksichtigt bleiben, wie Schichtzeiten.

Die Tagespflege wird darüber hinaus darauf bedacht sein müssen, auch zukünftig – angesichts eines eher zu erwartenden Fachkräftemangels – die Vergütungsentwicklung der Beschäftigten in der Pflege soweit offen zu halten, dass die Tagespflege auch noch weiterhin ein interessantes Arbeitsfeld ist. Unter dem Bezug der Vereinbarkeit zwischen Erwerbstätigkeit und Familie ist der nicht schichtgeprägte Arbeitsrhythmus möglicherweise aber eine interessante Leistungsvariante für Pflegekräfte, die gern nachgefragt wird.

Weitere Diskussionspunkte in Vergütungszusammenhängen:

Auch die Investitionsbeträge müssten auf ihre Tragfähigkeit von Zeit zu Zeit überprüft werden. Das Kriterium "geförderte Einrichtung" schmälert Entwicklungsmöglichkeiten beim Einsatz von Investitionsmitteln und der Refinanzierung. Die Finanzierung des Fahrdienstes ist als Sonderaspekt bei Vergütungsfragen ebenfalls ein Faktor, dem hohe Aufmerksamkeit zu widmen ist. Bezogen auf die vereinbarten Personalrichtwerte stellt sich die Frage, ob das, was an Leistungen vereinbart ist, mit den vereinbarten Personalrichtwerten überhaupt noch erbracht werden kann. (Es stellt sich aber auch die Frage, ob "mehr Personal, um die Leistungen besser erbringen zu können", den Interessen- und Bedarfslagen der Pflegebedürftigen überhaupt noch entspricht, weil die den nicht durch Sachleistungsansprüche gedeckten Teil selbst zu tragen hätten.) Unter dem Aspekt der realistischen Finanzierbarkeit von Leistungen kommt es auch zu fachlichen Einschätzungen in Bezug zu ergänzendem Personal. Hier wird nahezu einvernehmlich festgestellt, dass neue Berufsbezeichnungen, wie "Betreuungsassistenten" keineswegs den Leistungsbedarf abdecken, der in der Tagespflege besteht. Auch die Einschätzung zum "Wirkungsgrad" von MAE ist im Grundtenor eher

kritisch. Dabei wird aber auch angemerkt, dass Personaloptionen, wie MAE und Zivildienst inzwischen so in Leistungsprozesse einbezogen sind, dass ein Wegfall die Arbeitsausrichtung negativ beeinträchtigen würde. Grundsätzlich gefordert wird, dass die hauswirtschaftlichen Leistungen eher in den Pflegekontext einbezogen sein sollten, und dass die Vergütungen so konzipiert sein müssen, dass auch ein "Mehr an externen Angeboten" (Gruppenangebote mit therapeutischem Charakter) zum festen Leistungsbestandteil des Gesamtangebots werden. Ausdrücklich festgestellt wird, dass es sich bei der Tagespflege nie um individuelle Hilfeangebote handeln kann. Die Basis des Geschäfts sind Gruppenangebote!

Die facettenreiche Diskussion über verschiedene Aspekte in Vergütungszusammenhängen erschwert die Darstellung einer vereinheitlichten Linie für die Zukunft. Nach Abwägung sich ausschließender Möglichkeiten scheint aber festzustehen, dass der in anderen Zusammenhängen bereits vorgeschlagene Regelungsansatz, eine verringerte Auslastung als Basis für die Preisfindung zu machen, geeignet ist, um Entwicklungsspielräume zu ermöglichen. Die Trägerverbände sind hier aufgefordert, entsprechende Anstöße für zukünftige Vereinbarungen zu geben und mit den Leistungsträgern zu verhandeln.

TOP 4:

Aktualisierter Rechtsrahmen:

Über einen längeren Zeitraum ist die Frage, ob ambulante oder teilstationäre Leistungen Abrechnungsvorrang haben, von unterschiedlichen Leistungsträgern unterschiedlich beantwortet worden. Eine abschließende Klarstellung hat eine Novellierung des leistungsrechtlichen Rundschreibens der Leistungsträger herbeigeführt. Auszugsweise abrufbar hinterlegt in tagespflege-berlin.de Dort wird festgelegt, dass es einen grundsätzlichen Vorrang ambulant vor stationär gibt, allerdings steht es dem Pflegebedürftigen frei, eine andere Entscheidung zu treffen. Er kann sich selbst für den Abrechnungsvorrang, Tagespflege vor ambulant, entscheiden. Es ist darauf zu achten, dass die Leistungsträger im Rahmen ihrer Beratungs- und Informationspflichten die Pflegebedürftigen darauf aufmerksam machen. Einrichtungsträger, die bislang den Abrechnungsvorrang teilstationär realisiert gesehen haben (insbesondere bei der AOK), können bis auf Weiteres auch an diesem Verfahren fest halten (wenn nicht der Leistungsberechtigte etwas anderes verlangt). Dass die am Pflegeprozess Beteiligten nach wie vor unterschiedliche Interessen haben könnten, was den Abrechnungsvorrang angeht, ist unveränderbar. Der Fachdialog empfiehlt sich auch hier als Lösung, bevor sich Probleme weiter entwickeln.

Gem. § 16 des Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI entfällt die grundsätzliche Verpflichtung, Leistungsnachweise an die Leistungsträger zu versenden. Im Bereich des VDEK ist diese Erkenntnis noch nicht im Bewusstsein angekommen. Die Einrichtungen sollten sich hier konstruktiv auf den Vereinbarungsrahmen reduzieren, und nicht im voraus eilenden Gehorsam, mehr übersenden, als unabdingbar abgefordert werden kann. Ausdrücklich hinzugefügt wird, dass keine abschließenden Regelungen getroffen sind, inwieweit Leistungsnachweise für den Träger der Sozialhilfe aufzuliefern sind. Die Trägerverbände bemühen sich hier noch um eine Sachstandsklärung.

Zur Frage der Übertragbarkeit von Finanzierungsansprüchen auf der Grundlage von § 45 b SGB XI sehen die Neuregelungen eine Übertragbarkeit in das 1. Halbjahr des Folgejahres, mehr nicht, vor.

Der Leistungsnachweis durch Unterschriftsbestätigung des Pflegebedürftigen scheint in Teilbereichen ein Problem zu sein. Sachbezogen ist hier anzumerken, dass viele Tagesgäste entweder nicht unterschriftsfähig sind oder im Nachgang nicht zu einer Unterschrift zur Verfügung stehen. Insofern zielen pragmatische Lösungen bei einzelnen Tagespflegeeinrichtungen darauf ab, das Vereinbarungsmuster, ohne das Unterschriftfeld, zur Grundlage zu nehmen. Festgestellt wird, dass es den Personenkreis, der bewusst Leistungsempfänger ist, aufwertet, wenn dieser mit einer Unterschrift den Leistungsempfang bestätigt. Ansonsten ist mit der rechtsverbindlichen Unterschrift unter die Rechnungslegung ohnehin der Kerngedanke verknüpft, dass es sich um eine erbrachte Leistung handeln muss. Alles andere wäre Abrechnungsbetrug.

TOP 4.1.

Da die Qualitätsprüfungsrichtlinien und auch das Notensystem noch keine Entsprechung in der praktischen Umsetzung gefunden haben, ist dieser Punkt weniger unter dem Aspekt des Erfahrungsaustauschs zu sehen.

Die Erfahrung mit den Prüfungen auf der "neuen" Grundlage (ohne Schulnotenbezug allerdings) machen deutlich, dass die Eingriffe in die Privatheit der Tagesgäste relativ groß sein können. (Entkleiden von Tagesgästen durch die Prüfer, um Pflegemängel festzustellen.)

Zu erwarten ist, dass nicht alle Regelungsvorstellungen der Praxis sich bei den abschließenden Festlegungen auf der Bundesebene niederschlagen werden, so dass es darauf ankommen wird, die Prüf- und Bewertungspraxis in der ersten Phase kritisch zu begleiten. Der Verfahrensvorschlag, im Zuge eines 6. gemeinsamen Workshops im kommenden Jahr den MDK hinzuzubitten, um mit diesem über spezifische Probleme und die nicht berücksichtigten Besonderheiten der Tagespflege zu thematisieren, trifft auf Zustimmung.

TOP 4.2. WBVG und Perspektiven des Landesheimgesetzes

Beim WBVG als "spezifischem Regelungsansatz in der Nachfolge des Bundesheimgesetzes" ist noch nicht einmal abschließend Klarheit geschaffen worden, inwieweit die Tagespflegeeinrichtungen dem neuen Regelungsanspruch unterliegen. Eine grundsätzliche Antwort über zukünftige Leistungsverpflichtungen der Tagespflege nach Heimgesetz wird es erst dann geben, wenn das bislang nur in der Entwurfsfassung bekannte "Landesheimgesetz" vorliegt. Die Entwurfsfassung ist seitens der Trägerverbände mit erheblicher Kritik unterlegt worden. Es kann nicht erwartet werden, dass alle Kritikpunkte bei der Rechtsnovellierung Berücksichtigung finden werden. Auch hier empfiehlt es sich zunächst, abzuwarten, wie der Rechtsrahmen gesetzt ist und dann zu bewerten, was dies in der Praxis bewirkt. Die Einrichtungen der Tagespflege sind – was die Vertragsgestaltung angeht – ohnehin zu erheblicher Verschriftlichung genötigt, verfügen entsprechend über Leistungsbeschreibungen und differenzierte Einzelpreise und sonstige Regelungen, so dass sich das Maß an zusätzlicher Betroffenheit und zusätzlichen Verrichtungen überschaubar hält.