

Update Sozialrecht

MAIK Münchner außerklinischer Intensiv
Kongress 24.10.2014

Anja Hoffmann, LL.M. Eur.

bpa, Landesbeauftragte
Landesgeschäftsstelle Berlin/Brandenburg

Gliederung

Wichtige Rechtsfragen und Urteile 2013/2014

I. Aus Sicht des Versicherten

II. Aus Sicht des Leistungserbringers

I. Aus Sicht des Versicherten

Zur Anrechnung des Zuschlages nach § 38a SGB XI auf Leistungen der Sozialhilfe nach §§ 61 ff. SGB XII

- gemäß § 38a SGB XI erhalten Versicherten in ambulanten Wohngruppen einen Zuschlag in Höhe von monatlich 200,00 € pro wenn:
- mindestens 3 Pflegebedürftige, die ambulant betreut zusammen wohnen, um gemeinschaftlich pflegerische versorgt zu werden (Geld-, Sach- oder Kombinationsleistung)
- eine Pflegekraft dort organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet
- die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen nicht eingeschränkt ist
- die Wohnform nicht unter das „Landesheimgesetz“ fällt

Zur Anrechnung des Zuschlages nach § 38a SGB XI auf Leistungen der Sozialhilfe nach §§ 61 ff. SGB XII

Rechtsfolge:

- die Pauschale kann für die Leistungen der Pflegekraft eingesetzt werden
- ein konkreter Leistungsnachweis wird nicht gefordert
- die Pflegekraft kann auch Mitarbeiter/in eines PD sein
- es schadet nicht, dass nur ein PD in der WG versorgt (keine Einschränkung der rechtlichen oder tatsächlichen Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen)
- Eingliederungshilfeleistungen bleiben unberührt

Es gab und gibt diverse rechtliche Probleme bei der Umsetzung sowohl gegenüber Pflegekassen als auch SHT!

Zur Anrechnung des Zuschlages nach § 38a SGB XI auf Leistungen der Sozialhilfe nach §§ 61 ff. SGB XII

SG Halle, Beschluss vom 06.03.2014, Az.: S 24 SO 223/13

ER

- die durch den SHT vorgenommene Verrechnung des Zuschlages mit Leistungen der Hilfe zur Pflege ist rechtswidrig

Arg:

- der Wohngruppenzuschlag ist nicht gleichartig mit den Leistungen der Hilfe zur Pflege (nicht zweckidentisch)
- er ist wegen des Nachranggrundsatzes der Sozialhilfe auch nicht auf die Pflegesachleistung nach SGB XI anzurechnen
- denn er dient der Finanzierung einer in der WG erforderlichen Präsenzkraft, die die zusätzlichen verwaltenden oder organisatorischen Tätigkeiten wahrnimmt

Zur Anrechnung des Zuschlages nach § 38a SGB XI auf Leistungen der Sozialhilfe nach §§ 61 ff. SGB XII

- so zunächst auch **SG Berlin, Beschluss vom 26.05.2014, Az.: S 212 SO 850/14 ER**

aber:

LSG Berlin/BB, Beschluss vom 30.09.2014, Az.: 15 SO/16414 B ER (rechtskräftig)

- hat diesen Beschluss des SG Berlin vom 26.05.2014 aufgehoben, unter Verweis darauf, dass zum einen keine Eilbedürftigkeit bestünde (da die zusätzlichen Leistungen vom Pflegedienst faktisch mit erbracht werden und aufgrund des abgeschlossenen Pflegevertrages auch erbracht werden müssten und außerdem im konkreten Einzelfall keine zusätzlichen Bedarfe nach § 38a SGB XI dargelegt werden konnten, die nicht bereits von den LK 19 und LK 38 umfasst seien, die der SHT schon bewilligt und bezahlt hatte)
- weitere Ausführungen zu Anrechenbarkeit hat sich das LSG Berlin/BB für das Hauptsacheverfahren vorbehalten

Zur Anrechnung des Zuschlages nach § 38a SGB XI auf Leistungen der Sozialhilfe nach §§ 61 ff. SGB XII

Achtung:

- es müssen daher mit dem Zuschlag nach § 38a SGB XI tatsächlich zusätzliche Aufgaben, die nicht schon von der Vergütung der Pflegeleistungen durch Pflegekasse oder SHT umfasst sind (auch hinsichtlich Betreuung und Verwaltung) abgedeckt werden, ansonsten kann eine Anrechnung zulässig sein
- eine mögliche Zulässigkeit der Anrechnung gilt auch dann, wenn aus der Pflegedokumentation nicht erkennbar ist, welche zusätzlichen Leistungen mit dem Zuschlag finanziert werden (so SG Berlin, Beschluss vom 05.06.2014, S 47 SO 1141/14, noch nicht rechtskräftig)

Zur Erstattungsfähigkeit von Leistungen der ambulanten Intensivversorgung durch privaten Krankenversicherungen

- Probleme mit Privaten Krankenversicherungen im Bereich der ambulanten Intensivversorgung nehmen weiter zu

Rechtsfragen, die sich häufig stellen:

1. Sind Leistungen der Behandlungspflege vom privaten Kranken-versicherungsvertrag überhaupt umfasst?
2. Welche Stundensätze muss ein PKV akzeptieren bzw. erstatten? Darf sie einseitig kürzen?
3. Muss/darf die PKV die Rechtsprechung des BSG aus 2010 (Urteil vom 17.06.2010, Az.: B 3 KR 7/09 R) bei der Abgrenzung Behandlungspflege/Grundpflege anwenden?

Zur Erstattungsfähigkeit von Leistungen der ambulanten Intensivversorgung durch privaten Krankenversicherungen

1. Sind Leistungen der Behandlungspflege nach SGB V vom Versicherungsvertrag überhaupt umfasst?

JA!

(s. beispielhaft: OLG Hamm, Beschluss vom 12.10.2011, Az.: I-20 W 29/11; LG Köln, Urteil vom 06.07.2011, Az.: 23 O 295/10; LG Berlin, Urteil vom 18.09.2012, Az.: 7 O 16/12; LG Nürnberg, Beschluss vom 04.06.2014, Az.: 8 O 2911/14, der nur mangels Eilbedürftigkeit scheiterte, derzeit aber in der Hauptsache weiter verfolgt wird)

- ihre Einstandspflicht bestreiten inzwischen auch die meisten Privaten KV'n nicht mehr und übernehmen die Kosten nicht mehr nur aus Kulanz
- eine Beschränkung der Erstattungspflicht der KV auf ärztliche Leistungen (ohne ambulante Behandlungspflege) würde in jedem Fall der Inhaltskontrolle nach §§ 305 ff. BGB nicht standhalten
- denn durch diese Einschränkung wäre der Vertragszweck des Krankenversicherungsvertrages dem Grunde nach gefährdet (denn der Vertrag würde so ausgehöhlt bzw. praktisch zwecklos)

Zur Erstattungsfähigkeit von Leistungen der ambulanten Intensivversorgung durch privaten Krankenversicherungen

2. Welche Stundensätze muss ein PKV akzeptieren bzw. erstatten? Darf sie einseitig kürzen?

NEIN!

LG Koblenz, Urteil vom 09.05.2014, Az.: 16 O 242/13 (nicht rechtskräftig)

- die PVK hatte zunächst (kulanerweise) die ärztlich verordneten Stunden in Höhe von 24 Stunden zu einem Stundensatz von 38,00 € zzgl. Anfahrtspauschale in Höhe von 35,00 € täglich übernommen
- nach ca. 1,5 Jahren Versorgung zu den genannten Konditionen kündigte die PKV an, einseitig den Stundensatz von 38,00 € auf 30,00 € zu kürzen, indem sie diesen sukzessive von 10/2012 bis 05/2013 abbaute
- zur Begründung verwies die PKV darauf, dass es diverse, gleich gut qualifizierte, Pflegedienste gäbe, die die Leistungen der Intensivversorgung wesentlich günstiger anbieten würden

Zur Erstattungsfähigkeit von Leistungen der ambulanten Intensivversorgung durch privaten Krankenversicherungen

2. Welche Stundensätze muss ein PKV akzeptieren bzw. erstatten? Darf sie einseitig kürzen?

- das LG Koblenz verurteilte die beklagte PKV u.a.:

„es wird festgestellt, dass die Beklagte verpflichtet ist, den vom Kläger mit dem beauftragten Pflegedienst vereinbarten Stundensatz in Höhe von 38,00 € zzgl. 35,00 € tägliche Anfahrtspauschale anzuerkennen und ihrer vertraglichen Verpflichtung zur Erstattung von Kosten ... zu Grunde zu legen.“

- das Gericht wies darauf hin, dass eine Übermaßvergütung (auch wenn noch nicht obergerichtlich geklärt, weshalb jetzt Berufung durch die PKV eingelegt wurde) erst dann anzunehmen sei, wenn sie um 100 % den Marktpreis überschreitet
- nur geringfügige Überschreitungen des Marktpreises (in dem Verfahren von der PKV in Höhe von ca. 1/3 vorgetragen) stellen kein auffälliges Missverhältnis der Vergütung dar
- im Übrigen sei die Einholung eines Sachverständigengutachtens zu den üblichen Marktpreisen nötig
- **Die PKV ist darlegungs- und beweispflichtig für die behauptete Übermaßvergütung!**

Zur Erstattungsfähigkeit von Leistungen der ambulanten Intensivversorgung durch privaten Krankenversicherungen

3. Muss/darf die PKV die Rechtsprechung des BSG aus 2010 bei der Abgrenzung BpF/GpF anwenden und deshalb nur anteilig Stunden bzw. Leistungen der Behandlungspflege erstatten?

NEIN!

LG Dortmund, Urteil vom 28.01.2014, Az.: 2 O 265/12

- in dem Verfahren hatte die PKV Leistungen der Behandlungspflege (kulanzweise) in Höhe von 19,5 Stunden täglich erstattet
- die Klägerin beehrte zumindest die Kostenerstattung in Höhe von 21,28 Stunden (auf der Basis der Rechtsprechung des BSG aus 2010, a.a.O.) bzw. sogar die Kostenerstattung für 24 Stunden täglich Behandlungspflege, weil die Grundsätze der Rechtsprechung des BSG gar nicht anwendbar wären
- das Verfahren endete durch Anerkenntnis der Krankenkasse, weil sie kein Urteil wollte
- sie zahlte sodann 24 Stunden à 30,00 € rückwirkend ab Versorgungsbeginn und für die Zukunft

Zur Erstattungsfähigkeit von Leistungen der ambulanten Intensivversorgung durch privaten Krankenversicherungen

3. Muss/darf die PKV die Rechtsprechung des BSG aus 2010 bei der Abgrenzung BPF/GPF anwenden und nur anteilig Leistungen der Behandlungspflege erstatten?

- im Rahmen des Protokolls zur mündlichen Verhandlung findet sich folgender Hinweis des Gerichts:

„Das Gericht gibt zu erkennen, dass es die Klage für erfolgreich hält, weil der durch Prämien bezahlte Leistungsanspruch in der privaten Krankenversicherung nicht dadurch geschmälert werden kann, dass daneben noch eine ebenfalls durch Prämien bezahlte Pflegeversicherung besteht.“

- in der Konsequenz müssen daher PKV die gesamte ärztlich verordnete Stundenanzahl der Behandlungspflege erstatten, ohne (anteiligen) Abzug der GPF

(P) Noch offen bzw. rechtlich nicht entschieden ist die Frage, ob zusätzlich zur Erstattung der Kosten in Höhe von 24 h BPF auch noch die Leistungen der Pflegeversicherung gegenüber der PPV verlangt werden können (vgl. insofern LG Köln, Urteil vom 06.07.2011, Az.: 23 O 295/10, das dies argumentativ zu bestätigen scheint?)

Zum Anspruch von Leistungen der Intensivversorgung nach § 37 Abs. 2 SGB V im Fall der Versorgung von Kindern

Frage: Ist die Rechtsprechung des BSG aus dem Jahr 2010 (a.a.O.) zur Abgrenzung von Leistungen der BPF von der GPf im Rahmen der Intensivversorgung von Kindern anwendbar?

- die AOK Bayern hatte sich auf den Standpunkt gestellt, dass die Rechtsprechung des BSG aus 2010 im Fall der 24-stündigen Intensivversorgung von Kindern modifiziert werden müsse, konkret also nicht nur die hälftigen Zeiten der festgestellten Grundpflegezeiten (festgestellt waren 55 Minuten GPf und 75 Minuten HwV täglich) nach dem Gutachten den MDK abzuziehen seien, sondern auch hälftig der altersübliche Aufwand in der Grundpflege (festgestellt waren 3 Stunden und 50 Minuten)
- deshalb genehmigte die AOK NO sodann nur 21 Stunden täglich Leistungen der Behandlungspflege nach SGB V und verwies im Übrigen auf den SHT (der seinerseits die Kostenübernahme auch ablehnte, weil er meinte, für Leistungen der Grundpflege gar nicht zuständig zu sein)

Zum Anspruch von Leistungen der Intensivversorgung nach § 37 Abs. 2 SGB V im Fall der Versorgung von Kindern

Frage: Ist die Rechtsprechung des BSG aus dem Jahr 2010 (a.a.O.) zur Abgrenzung von Leistungen der BPF von der GPf im Rahmen der Intensivversorgung von Kindern anwendbar?

- das SG Nürnberg, Beschluss vom 15.10.2014, Az.: S 7 KR 426/14 ER (noch nicht rechtskräftig) hat dieser Rechtsansicht der AOK Bayern eine Absage erteilt
- danach wurde die KK vorläufig verurteilt, Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Höhe von 22 Stunden und 55 Minuten (analog der Rechtsprechung des BSG aus 2010) zu übernehmen
- eine Spezifizierung der Rechtsprechung des BSG hinsichtlich der Versorgung von Kindern sei nicht zulässig, weil ansonsten die altersspezifischen Bedarfe der Grundpflege zweimal zu Lasten des versicherten Kindes zum Tragen kämen (einmal bei der – geringeren - Einstufung in die PS nach SGB XI, und einmal hinsichtlich des stundenmäßig geringeren Anspruchs auf Behandlungspflege nach SGB V)

Zur Finanzierungszuständigkeit von Leistungen nach § 37 SGB V in Einrichtungen der Eingliederung und Behindertenhilfe

Rückschau: (BSG, mündliche Verhandlung, 10.11.2011, Az.: B 8 SO 16/09 R)

Grundsätze:

1. Anspruch auf HKP in Einrichtungen der Behindertenhilfe gegen die KK hängt davon ab, dass kein Anspruch auf diese Leistungen gegenüber der Einrichtung besteht
 2. dazu ist jeweils Einzelfallprüfung nötig, nämlich anhand der Regelungen LRV, Vergütungsvereinbarung, Leistungsvereinbarung mit SHT nach § 75 Abs. 3 SGB XII, Inhalte Heimvertrag (**Achtung:** die pauschale Vergütung nach § 43a SGB XI durch die PK steht dem Anspruch nach § 37 Abs. 2 SGB V gegen die KK nicht entgegen)
 3. Einrichtungen der Behindertenhilfe können „sonstige, geeignete Orte“ nach § 37 Abs. 2 SGB V sein,
 4. KK ist dort nicht prinzipiell aus Leistungspflicht entlassen
- nach den Grundätzen des BSG haben inzwischen weitere Gerichte über diese Rechtrage zu entscheiden gehabt, u.a.:

SG Berlin, Urteil vom 24.10.2012, Az.: S 208 KR 1167/09

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 24.10.2012, Az.: L 4 KR 30/10

LSG BaWü, Urteil vom 01.03.2013, Az.: L 4 KR 3797/11

Zur Finanzierungszuständigkeit von Leistungen nach § 37 SGB V in Einrichtungen der Eingliederung und Behindertenhilfe

- zuletzt hatte auch das **SG Nürnberg, Urteil vom 13.03.2014, Az.: S 7 KR 5/13** über einen derartigen Fall zu entscheiden und bestätigte, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V auch in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (konkret das Blindeninstitut in Rückersdorf), die nach § 43a SGB XI eingestuft sind, erbracht und von der KK finanziert werden müssen

Argumente.

- es handelt es sich um einen sonstigen geeigneten Ort nach § 37 SGB V iVm. § 1 Abs. 2 HKP-RiL, da sich der Versicherte dort wiederkehrend aufhält und die verordneten Maßnahmen dort zuverlässig durchgeführt werden können
- der Anspruch ist nicht deshalb ausgeschlossen, weil der Versicherte dort dauerhaft lebt, sondern steht im gleichen Umfang zur Verfügung wie im Haushalt oder in der Familie
- der Anspruch ist auch nicht deshalb ausgeschlossen, weil die Leistungen vom überörtlichen SHT (vorliegend der Bezirk Mittelfranken) im Rahmen der Eingliederungshilfe mit zu erbringen bzw. zu bezahlen wären

Zur Finanzierungszuständigkeit von Leistungen nach § 37 SGB V in Einrichtungen der Eingliederung und Behindertenhilfe

Argumente:

- die pauschale Abgeltung der Pflegeleistungen nach § 43a SGB XI steht dem Anspruch auf Leistungen nach § 37 SGB V nicht entgegen (s. **schon SG Stade, Urteil vom 30.03.2011, Az.: S 19 SO 7/07; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 23.04.2009, Az.: L 8 SO 1/07**)
- der Anspruch ist schließlich nicht ausgeschlossen, weil der Versicherte bereits ausreichend in der Einrichtung mit Leistungen nach SGB V versorgt wird
- dies ergibt sich zunächst aus den Inhalten der LV nach § 75 Abs. 3 SGB XII zwischen Einrichtung und SHT; dort ist vereinbart, was die Einrichtung für Leistungen und für Personal schuldet
- Einschränkungen könnten sich insofern allenfalls unter dem Gesichtspunkt von einfachen Maßnahmen der Behandlungspflege (z.B. Medikamentengabe) ergeben (s. schon **LSG Berlin/Brandenburg, Beschlüsse vom 18.10.2010 bzw. 26.10.2010, Az.: L 1 KR 286/10 B ER bzw. L 1 KR 281/10 B ER**)
- derzeit ist ein weiteres einstweiliges Verfügungsverfahren genau zu diesem Thema vor dem SG Nürnberg anhängig (Az.: **S 7 KR 461/14 ER**, Entscheidung steht noch aus)

Zur Pflicht der Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

- Rollstuhlfahrer können sich gemäß § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI die die Kosten für eine mobile Treppensteighilfe von der Pflegekasse erstatten lassen, wenn das Gerät eine selbständige Lebensführung ermöglicht (z.B. um die Wohnung überhaupt verlassen zu können) oder der Erleichterung der Pflege dient

(BSG, Urteil vom 16.07.2014, Az.: B 3 KR 1/14 R)

- das Urteil kann auf alle (Pflege-)Hilfsmittel und alle wohnumfeldverbessernden Maßnahmen angewendet werden

Zum Umfang der Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger

- benötigt ein Schwerstbehinderter eine Dauerassistenz, um in der eigenen Wohnung zu leben, muss der überörtliche SHT dies bezahlen (**Sächsisches LSG, Beschluss vom 12. Februar 2014, Az.: L 8 SO 132/13 B ER**)
- die Entscheidung beruht darauf, dass § 13 SGB XII den Vorrang ambulanter Leistungen vor stationären Leistungen im Heim vorsehe
- die oft deutlich preisgünstigeren Unterbringung in einer stationären Einrichtung sei nach dem Gesetz nur zulässig, wenn eine Unterbringung dort auch unter Berücksichtigung persönlicher oder familiärer Gründe zumutbar sei (Einzelfallprüfung)
- eine eigenständige Lebensgestaltung außerhalb eines eher auf ältere Menschen ausgerichteten Pflegeheims sei gerade für junge Menschen von hohem Gewicht
- die selbstbestimmte Lebensführung als Kernbereich des Grundrechts auf Menschenwürde werde im Sozialhilferecht überragender Rang eingeräumt
- durch die in § 13 SGB XII angelegte Systematik habe der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass bei derartig überragenden Gründen auch beachtliche Mehrkosten in Kauf zu nehmen seien (vorliegend ca. 10.000,00 € monatlich)
- in die gleiche Richtung auch (**SG Düsseldorf, Beschluss vom 07.10.2013, Az.: S 22 SO 319/13 ER**)

II. Aus Sicht der Leistungserbringers

Zur Verhandlung von Vergütungssätzen

- nach der neueren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat die Ermittlung des leistungsgerechten Entgelts wie im stationären Bereich in einem mehrstufigen Verfahren zu erfolgen

(grundsätzlich zur Verhandlung von Vergütungen BSG, Urteil vom 29.01.2009, Az.: B 3 P 7/08 R, stationär und im Anschluss

BSG, Urteil vom 17.12.2009, Az.: B 3 P 3/08 R, ambulant)

- die beanspruchte Vergütung ist leistungsgerecht, wenn die zugrunde gelegten voraussichtlichen Gestehekungskosten nachvollziehbar sind (Plausibilitätskontrolle) und sie im Vergleich mit anderen Einrichtungen (externer Vergleich) den Grundsätzen wirtschaftlicher Betriebsführung entsprechen
- nach der Rechtsprechung des BSG hat danach die Ermittlung des leistungsgerechten Entgelts in einem mehrstufigen Verfahren zu erfolgen

Zur Verhandlung von Vergütungssätzen

1. Schritt: Plausibilitätsprüfung

- Feststellung der Plausibilität der einzelnen Kostenansätze, d.h. der PD hat zunächst seine kalkulierten Kosten zu benennen
- die KT haben die Pflicht, die Kalkulation auf Schlüssigkeit und Plausibilität zu prüfen
- stellen sie Unschlüssigkeiten fest, müssen sie den PD darauf hinweisen oder durch geeignete Unterlagen anderer PD mit Verweis auf deren Kostenstruktur konkret darlegen, welche Positionen nicht plausibel erscheinen
- nur dann kann der KT weitere Unterlagen/Nachweise verlangen

Zur Verhandlung von Vergütungssätzen

(P) Was muss im Rahmen der Plausibilitätsprüfung vom PD gegenüber dem KT offen gelegt werden?

- KT fordern häufig schon vor Beginn der Einzelverhandlungen umfassende Einsicht in die Kalkulationsunterlagen des PD, dies ist so nicht zulässig
- vielmehr gelten für die Verhandlungen zur ambulanten Vergütung die Vorgaben für die stationären Vergütungsverhandlungen (vgl. §§ 89 Abs. 3, Satz 4, § 85 Abs. 3, Satz 2 bis 4 SGB XI)

In § 85 Abs. 3, Satz 2 bis 4 SGB XI heißt es:

„Das Pflegeheim hat Art, Inhalt, Umfang und Kosten der Leistungen, für die es eine Vergütung beansprucht, durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Nachweise rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen darzulegen; ... Soweit dies zur Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall erforderlich ist, hat das Pflegeheim auf Verlangen einer Vertragspartei zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu gehören auch pflegesatzerhebliche Angaben zum Jahresabschluss entsprechend den Grundsätzen ordnungsgemäßer Pflegebuchführung, zur personellen und sachlichen Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Kosten sowie zur tatsächlichen Stellenbesetzung und Eingruppierung.“

Zur Verhandlung von Vergütungssätzen

(P) Was muss im Rahmen der Plausibilitätsprüfung vom PD gegenüber dem KT offen gelegt werden?

- bereits der Wortlaut des Gesetzes unterscheidet also zwischen den Nachweisen, die regelhaft bei Verhandlungen zu erbringen sind, und zusätzlichen Unterlagen und Auskünften, die nur zu erteilen sind, soweit dies zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Leistungsfähigkeit im Einzelfall erforderlich ist
- die so abgestuften Nachweispflichten lassen sich für ambulante LE ausgehend von der Rechtsprechung des BSG aus dem Jahr 2009 (a.a.O.) wie folgt zusammenfassen:

Zur Verhandlung von Vergütungssätzen

(P) Was muss im Rahmen der Plausibilitätsprüfung vom PD gegenüber dem KT offen gelegt werden?

1. Allgemeine Nachweispflichten

- alle Träger haben im Rahmen der Plausibilitätsprüfung geeignete Nachweise zu erbringen, die die Kostenstruktur des PD erkennen lassen und eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit erlauben
- die Kostenkalkulation ist hinreichend zu belegen und muss tatsächlich nachvollziehbar sein
- dem Plausibilitätserfordernis wird genügt, wenn Kostensteigerungen auf normale Lohn- oder Sachkostensteigerungsraten begrenzt sind
- das BSG geht dabei von dem Grundsatz der „Richtigkeit der Vorvereinbarung aus“, hieraus lässt sich ableiten, dass die Entwicklung im Vergleich zur letzte Vereinbarung Ausgangspunkt der Plausibilitätsprüfung sein muss
- kann der PD die gewünschte Vergütungssteigerung mit allgemeinen oder normalen Kostenentwicklungen erkläre, ist die Plausibilität in der Regel gegeben

Zur Verhandlung von Vergütungssätzen

(P) Was muss im Rahmen der Plausibilitätsprüfung vom PD gegenüber dem KT offen gelegt werden?

2. Spezielle Nachweispflichten

- wird erstmals individuell verhandelt (z.B. weil zuvor immer nur Einzelfallabsprache), kann nicht an eine Vorvereinbarung angeknüpft werden
- dann sind ggfs. zusätzlich Unterlagen vorzulegen und/oder Auskünfte zu erteilen, die die Kalkulation plausibel machen
- dies kann z.B. die weitere Konkretisierung der zu erwartenden Kosten, notwendige Stellenbesetzungen, vergütungsrelevante Auskünfte zum Jahresabschluss etc. betreffen
- eine solche Vorlagepflicht besteht allerdings nur, wenn dies zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit des PD im Einzelfall erforderlich ist

Zur Verhandlung von Vergütungssätzen

(P) Was muss im Rahmen der Plausibilitätsprüfung vom PD gegenüber dem KT offen gelegt werden?

- für die Frage, ob weitere Unterlagen vorgelegt werden müssen, ist insbesondere zu beachten, dass eine Plausibilitätsprüfung (entgegen der Annahme mancher KT) nicht den Zweck hat, die genaue mathematische Herleitung der geforderten Vergütung zu belegen, sondern es ist anhand der Unterlagen überschlägig zu prüfen, ob der genannte Wert annehmbar, einleuchtend und nachvollziehbar ist oder eben nicht
- die KT müssen den PD schon im Rahmen dieser Prüfung auf eventuelle Unschlüssigkeiten hinweisen oder durch geeignete Informationen/Unterlagen anderer Pflegedienste erklären, welche Positionen nicht plausibel erscheinen
- erst dann können weitere Nachweise gefordert werden, allein der pauschale Hinweis, dass die Gesamtkalkulation nicht schlüssig sei, genügt dafür nicht

Zur Verhandlung von Vergütungssätzen

2. Schritt: Leistungsgerechtigkeit (externer Vergleich)

- Vergütungsvergleich mit anderen, gleichartigen Einrichtungen im Einzugsbereich
- die KT müssen hierzu Vergütungs-/Stundensatzlisten der Vergleichseinrichtungen vorlegen
- liegt die Forderung im unteren Drittel (zu ermitteln nach Intervallmethode, d.h. die Differenz zwischen niedrigstem und höchsten Stundensatz oder niedrigster und höchster Vergütung wird gedrittelt) der zum Vergleich herangezogenen Einrichtungen, ist von der Wirtschaftlichkeit auszugehen

Zur Verhandlung von Vergütungssätzen

2. Schritt: Leistungsgerechtigkeit (externer Vergleich)

- liegt die geforderte Vergütung nicht im unteren Drittel, folgt die Überprüfung der wirtschaftlichen Angemessenheit anhand der Besonderheiten der Einrichtung
- dazu muss der PD Gründe für seine höhere Forderung aufzeigen, wobei die Einhaltung einer Tarifbindung und ein damit verbundener höherer Personalkostenaufwand immer als wirtschaftlich angemessen zu werten ist
- der Grundsatz der Angemessenheit einer Tarifbindung gilt nach der Rechtsprechung des BSG (**Urteil vom 25.11.2010, Az.: B 3 KR 1/10 R**) prinzipiell auch für Haustarifverträge
- ein Freifahrtschein ergibt sich aber aus keiner Tarifbindung!
- werden übliche Tarifabschlüsse oder die von anderen PD gezahlten Vergütungen deutlich überschritten, müssen sachliche Gründe dafür vorliegen

Zur Verhandlung von Vergütungssätzen

2. Schritt: Leistungsgerechtigkeit (externer Vergleich)

- diese Gründe für die deutlichen Überschreitung können z.B. in einem bisher vorhandenen Rückstand des Arbeitsentgelts bei gleicher Qualifikation und Leistung und der Gefahr der Abwerbung guter Kräfte durch Konkurrenzunternehmen liegen, der ausgeglichen werden muss bzw. dem vorgebeugt werden soll
- weitere Gründe können sich z.B. aus Besonderheiten im Versorgungsauftrag des PD oder dessen Standort und der Größe ergeben (letzteres allerdings nur dann, wenn sich daraus wirtschaftliche Nachteile gegenüber anderen Anbietern ergeben und die Versorgung ohne den teuren PD nicht sichergestellt wäre)

d.h. im Ergebnis:

- die Anpassung/Erhöhung der Vergütung ist für jeden PD einzeln, nach den konkreten, einrichtungsspezifischen Gegebenheiten vorzunehmen (Verhandlungsergebnisse können im Einzelfall unterschiedlich sein)

Zur Verhandlung von Vergütungssätzen

Folgen für die Verhandlung von Vergütungen in der Intensivversorgung nach SGB V

1. Verhandlungsgrundlagen im SGB V
2. Verhandlungsinhalte
 - Einzelvergütungsverhandlung (**P**) **Höhe der Vergütung, welche Kosten sind zu berücksichtigen?)**
 - zusätzliche Vereinbarung nach § 132a Abs. 2 SGB V (z.B. zusätzliche Anforderungen an die Qualifikation und die Fortbildung des eingesetzten Personals)?

Zur Verhandlung von Vergütungssätzen

Verhandlungsgrundlagen im SGB V

§ 132a Abs. 2, Satz 1 SGB V

„Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern.“

- der Wortlaut der Regelung macht (sogar) Einzelverhandlungen mit jedem PD möglich (s. dazu sogleich)
- in der Praxis bislang üblich waren/und sind aber noch immer:
 1. Einzelfallentscheidungen oder
 2. sog. Kollektivverhandlungen im SGB V, d.h. es werden pauschale Vergütungserhöhungen zwischen den KK und den Berufsverbänden vereinbart, ohne dass es eines individuellen Kostennachweises im Einzelfall bedarf (**BSG, Urteil vom 25.11.2010 (Az. B 3 KR 1/10 R)**, unterstreicht, dass Kollektivverhandlungen im SGB V (weiterhin) möglich sind, wenn dies von den Vertragsparteien gewollt ist)

Zur Verhandlung von Vergütungssätzen

(P) Was passiert, wenn die KK pauschale (zu niedrige) Stundenpreise anbietet und – im Fall, dass der Pflegedienst dieses nicht akzeptiert - auf Einzelverhandlungen mit ihm besteht?

- dies praktizierte z.B. die AOK NO seit 2011 in Berlin, Brandenburg und M-V (angeboten wurden pauschal 8,80 €/9,60 € in WG bzw. 22,00 €/24,00 € in der 1:1 Versorgung)
- der Wortlaut des § 132a Abs. 2 SGB V hilft nicht wirklich weiter (s.o.)
- Verhandlungs- und Abschlussvollmachten gegenüber des jeweiligen Berufsverbandes ggfs. auch nicht, weil diese von der KK für die Intensivversorgung grundsätzlich in Frage gestellt bzw. dennoch individuelle Einzelverhandlung zum Stundensatz eingefordert werden

Zur Verhandlung von Vergütungssätzen

Konsequenzen aus der von der KK immer öfter geforderten Einzelverhandlungen:

- es gilt die Rechtsprechung des BSG aus dem Jahr 2009, 2013 zu Vergütungsverhandlungen (s.o.)

Was heißt das für den einzelnen PD?

- er muss sich mit seinen Kosten beschäftigen, sowie mit seiner Personal- und Unternehmensstruktur und
- eine Kalkulation der Kosten vornehmen (s. Kalkulationsmaske)
- um zu errechnen, welche Vergütung er benötigt

Zur Verhandlung von Vergütungssätzen

(P) Welche Kosten sind zu berücksichtigen?

Grundsatz: Kosten sind Kosten!

aber:

- welche Kosten von der KK in der Intensivversorgung konkret zu berücksichtigen sind (z.B. wie viele Autos, Werbung, Rechtsberatungskosten etc.) ist nicht näher geregelt bzw. gerichtlich geklärt, weil es sich immer um einen Einzelfall handelt
- die KK stellen sich oft auf den Standpunkt, dass sie nur die Kosten kalkulatorisch akzeptiert, die der Versorgung des Versicherten direkt zu Gute kommen und streichen andere Kostenpositionen ganz/teilweise
- Verhandlungen auf Augenhöhe sehen anders aus, aber die Grundsätze der Rechtsprechung des BSG (s.o.) müssen auch die KK einhalten
- im Rahmen von Schiedsverfahren kommt es sodann meist noch zu besseren Verhandlungsergebnissen, obwohl die Preisfestsetzung in der Schiedsstelle letztendlich häufig „wie auf dem Basar“ stattfindet
- dennoch lohnt es sich im Einzelfall, den Weg des Schiedsverfahrens - mit einer plausiblen Kalkulation (!) - ggfs. zu gehen (dazu sogleich)

Zur Verhandlung von Vergütungssätzen

- eine Schiedsverhandlung in Berlin hat im August 2014 mit einem, auch von der AOK NO akzeptierten und unterzeichneten, Vergleich geendet, in dem es u.a. heißt:

„Die Vergütung der Leistungen mit hohem intensiven behandlungspflegerischen Aufwand für eine 1:1 Versorgung in der Häuslichkeit beträgt 32,00 € je Einsatzstunde.“

- daneben hat die Schiedsperson ausgeführt:

„Ich möchte nochmals darauf hinweisen, dass der Abschluss einer Zusatzvereinbarung zur Intensivpflege nicht zwingend notwendig ist. Eine solche Rahmenvereinbarung ist allerdings, wie ich es in den Verhandlungen ausgeführt habe, sehr wünschenswert und sollte, wie es für Rahmenvereinbarungen üblich ist, zwischen den Krankenkassen und den Berufsverbänden abgeschlossen werden.“

Zur Verhandlung von Vergütungssätzen

- die Ausführungen der Schiedsperson bestätigen das, was - formal - schon immer richtig war, nämlich, dass eine sog. Zusatz- oder Ergänzungsvereinbarung zur Erbringung von Leistungen der Intensivversorgung gesetzlich nicht nötig ist
- eine Verortung von möglichen, höheren Anforderungen für die Erbringung von Leistungen der Intensivpflege hat ausschließlich im Vertrag nach § 132a Abs. 2 SGB V zu erfolgen, für den die jeweiligen Berufsverbände im jeweiligen Bundesland in der Regel die Verhandlungsmandate haben
- dies erscheint auch logisch und sinnvoll, weil nur so sicher gestellt ist, dass gemeinsam und einheitlich – höhere – Anforderungen an die Leistungserbringer der Intensivversorgung (ggfs. iVm. einem einheitlichen Preis) im jeweiligen Bundesland eingeführt werden

Zur Verhandlung von Vergütungssätzen

Frage: Sollte der einzelne PD im Rahmen der Verhandlung der Vergütungssätze für die Versorgung mit Intensivbehandlung zusätzliche Qualitätsmerkmale anbieten (z.B. zusätzlich geschultes Personal)

denn:

- grds. genügt die Zulassung nach § 132a Abs. 2 SGB V, um Leistungen der Intensivversorgung gegenüber den Versicherten der KK zu erbringen (es ist dem Grunde nach keine sog. Zusatzvereinbarung für die Erbringung von außerklinischer Intensivpflege not-wendig (so schon **SG Dresden, Beschluss vom 01.11.2010, Az.: S 18KR 490/10 ER**)

Zur Verhandlung von Vergütungssätzen

aktuelle Verhandlungssituation in Berlin/Brandenburg

- es gibt eine sog. Zusatzvereinbarung, die möglichst flächendeckend umgesetzt werden sollte, um ein möglichst einheitliches (hohes) qualitatives und monetäres Niveau in der Intensivversorgung zu erreichen

- so sollten auch mögliche Umsteuerungen durch die AOK NO an andere, billigere Pflegedienste vermieden werden

(P) Diese sog. Zusatzvereinbarung existiert inzwischen in mehreren Versionen (z.B. hinsichtlich Qualifikation und Fortbildungsverpflichtung) bei gleichbleibendem Pauschalpreis.

(P) Die AOK NO selbst akzeptiert im Einzelfall die Intensivversorgung auch ohne Abschluss der sog. Zusatzvereinbarung und mit höheren Einzelpreisen (s. Vergleich im Schiedsverfahren vom 05.08.2014)

Zur Verhandlung von Vergütungssätzen

Zusammenfassend:

- der Anspruch an qualitativ hochwertige Versorgung“ und ein quantitatives „Mehr“ an Leistungen des PD im Bereich der Intensivpflege wächst stetig
- die KK bedienen sich deshalb im Bundesgebiet bislang vermehrt sog. Zusatz- oder Ergänzungsvereinbarungen zum Vertrag nach § 132a Abs. 2 SGB V
- in diese Vereinbarungen werden zusätzliche qualitative Ansprüche (z.B. in Bezug auf das eingesetzte Personal, Fortbildung etc.) normiert und oft auch ein pauschaler Preis hinterlegt
- die Forderung nach „einem Mehr“ für PD, die in der Intensivversorgung tätig sein wollen (und sollen), ist dem Grunde nach aufgrund der steigenden Fallzahlen, der notwendigen hohen Qualifikation in diesem spezialisierten Bereich und auch aufgrund der Erfahrungen aus der ambulanten Praxis wohl richtig

Zur Verhandlung von Vergütungssätzen

aber:

- solange der Gesetzgeber die Anforderungen dazu nicht selbst normiert hat, dürfen ergänzende Inhalte und Strukturen gewisse gesetzliche Grundlagen nicht unberücksichtigt lassen und nicht in einem Missverhältnis zu der dafür angebotenen Vergütung stehen
- d.h. entsprechend den Ausführungen der Schiedsperson aus dem Schiedsverfahren aus Berlin aus August 2014 sind zusätzlichen Anforderungen ausschließlich im Rahmenvertrag nach § 132a Abs. 2 SGB V selbst zu verorten, um eine Gemeinsamkeit und Einheitlichkeit pro Bundesland zu erreichen bzw. zu gewährleisten
- dies gilt auch für die Vergütung der Intensivversorgung, die pauschal als gesonderte weitere (neue) Behandlungspflegegruppe definiert und gesondert vereinbart werden könnte
- wem die Pauschale nicht genügt, kann (und muss) in Einzelverhandlungen gehen (s.o.)

Zur Verhandlung von Vergütungssätzen

Ausblick:

- der Aufwand für Einzelverhandlungen ist in der Regel sehr hoch
- er kann sich aber lohnen, insbesondere, wenn es sich um (haus-)tarifgebundene Pflegedienste handelt und diese Bindung nachweisbar ist
- dazu muss jeder Pflegedienst zwingend seine eigenen Kosten kennen, diese sind anhand einer Kostenaufstellung und –panung zu kalkulieren
- denn nur wer seine eigenen Kosten kennt, kann einschätzen, welche Vergütungs-(Erhöhung) er benötigt, und ob der ihm angebotene pauschale Stundensatz ausreicht oder, ob individuell verhandelt werden muss (Einzelverhandlungen)

(P) In den meisten Bundesländern besteht nicht einmal Einigkeit zwischen KT und LE, welches Kalkulationsschema den Vergütungsverhandlungen zu Grunde zu legen ist.

Zur Strafbarkeit von Pflegediensten bei nicht ordnungsgemäß eingesetztem Personal

- der BGH (BGH, Beschluss vom 16.06.2014, Az.: 4 StR 21/14) hat entschieden, dass beim Einsatz von nicht entsprechend qualifizierten Pflegekräften der Vorwurf des Abrechnungsbetruges begründet sein kann
- in dem Fall hat der BGH die Verurteilung einer Betreiberin eines ambulanten Pflegedienstes zu 4 Jahren Freiheitsstrafe bestätigt, deren Mitarbeiter nicht über die mit Kranken- und Pflegekasse vertraglich vereinbarten Qualifikationen verfügten
- die Inhaberin sei nachgewiesenermaßen mit erheblicher krimineller Energie vorgegangen und habe u.a. nicht geleistete Arbeitsstunden abgerechnet sowie Unterschriften gefälscht (vor diesem Hintergrund erklärt sich die empfindliche Freiheitsstrafe von vier Jahren)

Zur Strafbarkeit von Pflegediensten bei nicht ordnungsgemäß eingesetztem Personal

Hintergrund:

- der PD hatte in NRW die Versorgung einer Wachkomapatientin mit appalischem Syndrom übernommen
- zwischen zuständiger Kranken- und Pflegekasse und dem PD war eine Ergänzungsvereinbarung geschlossen worden, wonach „*die Vertragsleistungen nur von dazu fachlich qualifizierten und berufsrechtlich legitimierten Pflegekräften*“ durchgeführt werden durfte
- dazu gehörte u.a., dass „*genügend fachlich weitergebildete Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-innen für Intensivpflege und Anästhesie*“ beschäftigt werden, so dass bei der Abwesenheit von Pflegekräften wegen Verhinderung, Krankheit oder Urlaub eine leistungsfähige, gleich qualifizierte Vertretung gewährleistet sei
- die Betreiberin setzte allerdings „lediglich“ examiniertes Personal ein

Zur Strafbarkeit von Pflegediensten bei nicht ordnungsgemäß eingesetztem Personal

Entscheidung:

- dies werteten die Richter des BGH als Täuschung gegenüber der KK und PK
- das der Pflegezustand der Patienten/Kunden durchgehend gut war, änderte an der Verurteilung wegen Betrugs nichts
- vielmehr entfalle aufgrund des Unterschreitens der nach dem Vertrag vereinbarten Qualifikation der gesamte (!) Vergütungsanspruch des PD

Zur Strafbarkeit von Pflegediensten bei nicht ordnungsgemäß eingesetztem Personal

Ausblick:

- diese Entscheidung zeigt, dass die in sog. Ergänzungs- oder Zusatzvereinbarungen vereinbarten Qualifikationen nachprüfbar sind und zu erheblichen rechtlichen Konsequenzen für den PD führen können, wenn sie nachweislich nicht eingehalten werden
- es ist daher den PD dringend anzuraten, die zusätzlichen Anforderungen nicht nur „auf dem Papier“ vorzuhalten, sondern die Anforderungen auch tatsächlich zu erfüllen und nachweisen zu können
- denn es ist damit zu rechnen, dass die KT verstärkt die Abrechnung der PD und/oder die vereinbarten zusätzlichen personellen Anforderungen kontrollieren
- im Falle der Unterschreitung der vereinbarten zusätzlichen Anforderungen droht die Zahlungseinstellung durch die KK und/oder die (vollständige) Rückforderung von bereits gezahlten Beträgen und/oder die Kündigung der sog. Ergänzungsvereinbarung und/oder die Einleitung eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens

Zur Zulässigkeit und den Konsequenzen des Einsatzes von Honorarkräften und Freiberuflern

- viele LE suchen Personal, häufig werden die Dienste von selbständigen Honorarkräften oder Freiberuflern angeboten

dabei ist unter mehreren Aspekten Vorsicht geboten:

1. die jeweiligen Rahmenverträge nach § 132a Abs. 2 SGB V und 75 Abs. 1 SGB XI bzw. der Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI sehen die Erbringung der vertraglichen Leistungen durch Pflegepersonal „**in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung**“ vor und/oder enthalten ein **sog. Vermittlungsverbot** („Die Annahme von Pflegeaufträgen oder deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte seitens des Pflegediensts gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile ist unzulässig. Vermittlung im Sinne dieser Vorschrift ist auch die regelmäßige Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Pflegeaufträgen an Dritte gegen Kostenerstattung.“)

- der Verstoß gegen diese Verpflichtung ist oft als besonders schwerer Vertragsverstoß mit einem außerordentlichen Kündigungsrecht gekoppelt

Zur Zulässigkeit und den Konsequenzen des Einsatzes von Honorarkräften und Freiberuflern

dabei ist unter mehreren Aspekten Vorsicht geboten:

2. Eingruppierung in die gesetzliche Rentenversicherung als abhängig beschäftigtes Personal (=Arbeitnehmerin), mit der Konsequenz für den LE, die Sozialversicherungsabgaben nachzahlen zu müssen und zwar AN- und AG-Anteil gemeinsam (auf den hohen Stundensatz des AN)

so auch **SG Dortmund, Urteil vom 29. Oktober 2014, Az.: S 25 R 2232/12**

- eine vermeintlich selbständige Pflegefachkraft hatte einen Honorarvertrag geschlossen
- nach diesem Vertrag verpflichtete sie sich zur Erbringung ordnungsgemäßer und höchstpersönlicher Leistung
- sie war nicht in die Organisationsstrukturen eingebunden, soweit dies nicht für die pflegerische Tätigkeit erforderlich war

Zur Zulässigkeit und den Konsequenzen des Einsatzes von Honorarkräften und Freiberuflern

SG Dortmund, Urteil vom 29. Oktober 2014, Az.: S 25 R 2232/12

- es stand ihr frei, sich selbst in den Dienstplan einzutragen
- die Dienstzeiten wurden nach Bedarf durch beide Vertragsparteien einvernehmlich festgelegt
- bei einem Stundenlohn von 45,00 € hatte sie keinen Anspruch auf Urlaub, Urlaubsgeld, Entgeltfortzahlung etc.
- sie unterlag den Weisungen der pflegerischen Leitung
- sie arbeitete regelmäßig in der Frühschicht

Zur Zulässigkeit und den Konsequenzen des Einsatzes von Honorarkräften und Freiberuflern

SG Dortmund, Urteil vom 29. Oktober 2014, Az.: S 25 R 2232/12

- das Gericht entschied, dass es sich bei ihrer Tätigkeit um eine (renten-)versicherungspflichtige Beschäftigung handelt

Arg:

- pflichtversichert sind alle, die in einem Arbeitsverhältnis stehen
- **ein Arbeitsverhältnis** liegt immer dann vor, wenn die Person nach Weisung tätig wird und in die Arbeitsorganisation des Arbeitgebers eingegliedert ist
- **selbständig ist**, wer in eigenem Unternehmerrisiko mit einer eigenen Betriebsstätte über seine eigene Arbeitskraft verfügen und seine Tätigkeit – auch zeitlich – frei gestalten kann
- die Bewertung erfolgt immer nach den tatsächlichen (!) Umständen des Einzelfalls, nicht aufgrund der Bezeichnung des Vertrags (Arbeitsvertrag oder Honorarvertrag)

Zur Zulässigkeit und den Konsequenzen des Einsatzes von Honorarkräften und Freiberuflern

SG Dortmund, Urteil vom 29. Oktober 2014, Az.: S 25 R 2232/12

- für eine abhängige Beschäftigung spricht die Weisungsgebundenheit und die Eingliederung in die Arbeitsorganisation des LE
- allein der Umstand, dass sie sich selbst in den Dienstplan eintragen durfte, entkräftete die Vermutung der abhängigen Beschäftigung nicht, da sie an ihren Eintrag sodann zwingend gebunden war

d.h. im **Umkehrschluss, eine Pflegekraft wäre nur dann selbständig, wenn sie zwar ein bestimmtes Stundenkontingent ableisten muss, aber frei über die zeitliche Lage dieser Stunden entscheiden kann**

- gerade daran ist aber dem LE nicht gelegen, denn ihm ist es nicht egal, wann die Pflegekraft ihre Arbeit ableistet, denn die Schichten müssen immer zu bestimmten Zeiten besetzt sein
- für eine angestellte Tätigkeit sprachen nach Ansicht des Gerichts weiterhin der Einsatz am immer gleichen Ort (Eingliederung in den Betrieb) und die Nutzung der Ausrüstung des LE (Dienstkleidung)

Zur Wirkung der Bundesrahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V auf das jeweilige Landesrecht

- die Regelungen der „Gemeinsamen Bundesrahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur häuslichen Krankenpflege“ (kurz BRE) haben gegenüber den Verträgen nach §132a Abs. 2 SGB V auf Landesebene oder mit den Pflegediensten Vorrang (**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 20.03.2014, Az.: L 5 KR 719/12, nicht rechtskräftig**)
- das Gericht führt aus, dass die Regelungen der BRE maßgeblich sind, ungeachtet dessen, was in den einzelnen Verträgen auf Landesebene geregelt ist
- damit kann z.B. Altenpflegekräften nicht mehr die Tätigkeit als leitende Pflegefachkraft verweigert werden
- dies hat erhebliche Auswirkungen in einzelnen Ländern (z.B. Berlin, wo laut Vertrag nach § 132a Abs. 2 SGB V ausschließlich KS/KP leitenden Pflegefachkraft sein können)

Zur Zulässigkeit der rückwirkenden Festsetzung von Vergütungsvereinbarungen nach 75 Abs. 3 SGB XII

- immer öfter wird die Sechs-Wochenfrist zum Abschluss einer neuen Vergütungsvereinbarung überschritten, mit negativen wirtschaftlichen Folgen für den LE, weil sich die neue Laufzeit immer weiter nach hinten verschiebt
- das BSG (**BSG, Urteil vom 23.07.2014, Az.: B 8 SO 2/13 R**) hat jetzt klargestellt, dass eine Schiedsstelle bei ihrer Entscheidung über die angemessene Höhe der Vergütung diese unter bestimmten Voraussetzungen auch rückwirkend festsetzen kann (vgl. § 77 Abs. 2 SGB XII)

Zur Zulässigkeit rückwirkender Festsetzung von Vergütungsvereinbarungen nach §§ 75 Abs. 3 iVm. 77 Abs. 2 SGB XII

Voraussetzungen/Argumente:

- die Verhandlungen müssen rechtzeitig vor Beginn der neuen Wirtschaftsperiode begonnen worden sein
- wäre eine Rückwirkung ausgeschlossen, verstieße das gegen das Gebot es effektiven Rechtsschutzes
- der Wortlaut des § 77 Abs. 2, Satz 2 und 3 SGB XII (Wirksamkeit der Vereinbarung mit Eingang des Antrages bei der Schiedsstelle bzw. ein rückwirkendes Vereinbaren ist unzulässig) steht nicht entgegen, denn dies ist eine Auffangregel für den Fall, dass die Vereinbarung bzw. der Schiedsspruch keine eigenen Bestimmung des Zeitpunkts (Beginn der Laufzeit) enthält
- der Schiedsstelle als hoheitlichem Vertragshilfeorgan stehen nach der Konzeption der §§ 77, 80 SGB XII keine eigenen, sondern lediglich von den Vertragsparteien abgeleitete Rechte zu
- diese Funktion als Vertragshelfer bedingt zwangsläufig die Verfügungsbefugnis der Beteiligten über den Streitgegenstand (u.a. auch den Zeitpunkt des Inkrafttretens)

Zum Zustimmungserfordernis des Sozialhilfeträgers zur Finanzierung von Investitionskosten nach § 76 Abs. 2, Satz 4 SGB XI

In § 76 Abs. 2, Satz 4 SGB XI heißt es:

„Vergütungen ... bestehen mindestens aus den Pauschalen für Unterkunft und Verpflegung (Grundpauschale) und für die Maßnahmen (Maßnahmepauschale) sowie aus einem Betrag für betriebs-notwendige Anlagen einschließlich ihrer Ausstattung (Investitions-betrag). Einer verlangten Erhöhung der Vergütung auf Grund von Investitionsmaßnahmen braucht der Träger der Sozialhilfe nur zuzu-stimmen, wenn er der Maßnahme zuvor zugestimmt hat.“

- das Bundessozialgericht (**BSG, Urteil vom 23.07.2014, Az.: B 8 SO 3/13 R**) hat festgestellt, dass eine Erhöhung der Vergütung aufgrund von Investitionsmaßnahmen nach § 75 Abs. 5, Satz 3 SGB XII iVm. § 76 Abs. 2, Satz 4 SGB XII grundsätzlich vom LE nicht beansprucht werden kann, solange die Zustimmung des Sozialhilfeträgers fehlt

Zum Zustimmungserfordernis des Sozialhilfeträgers zur Finanzierung von Investitionskosten nach § 76 Abs. 2, Satz 4 SGB XI

Argumente:

- die Schiedsstelle ist nur Vertragshilfeorgan und kann die Einwilligung bzw. Genehmigung selbst nicht ersetzen
- eine Erhöhung der Investitionskosten nach § 75 Abs. 3 SGB XII kann daher nicht beansprucht werden, solange die Zustimmung, also die Einwilligung vor der Maßnahme bzw. die nachträgliche Genehmigung der Maßnahme vor der Erhöhung der wegen einer Investitionsmaßnahme verlangten Vergütung des SHT, fehlt

Zum Zustimmungserfordernis des Sozialhilfeträgers zur Finanzierung von Investitionskosten nach § 76 Abs. 2, Satz 4 SGB XI

Argumente:

- damit scheidet vor einer solchen Zustimmung des SHT auch ein Schiedsspruch über die Höhe der Vergütung aus, denn die Schiedsstelle entscheidet nur über die Vereinbarung zur Vergütung der Investitionskosten selbst
- die in § 76 Abs. 2, Satz 4 SGB XII vorgesehene Zustimmung des SHT ist nicht davon umfasst
- die verweigerte Zustimmung des SHT zu Investitionsmaßnahmen muss daher vorher in einem gesonderten Verfahren vor dem Sozialgericht erstritten werden

Zum Zustimmungserfordernis des Sozialhilfeträgers zur Finanzierung von Investitionskosten nach § 76 Abs. 2, Satz 4 SGB XI

Zusammenfassung:

- aufgrund der Entscheidung des BSG ist es Trägern dringend anzuraten, für Investitionsmaßnahmen spätestens nach Umsetzung der Investitionen eine förmliche Genehmigung des SHT einzuholen, um sich zukünftig die formale Möglichkeit zu erhalten, dass die Investitionen im Investitionsbetrag (Vergütung) berücksichtigt werden
- denn Schiedsstellen können Investitionskostenvereinbarungen nur dann schlichten, wenn zumindest eine nachträgliche Genehmigung vorliegt

Ausblick 2015

- Fragen der ordnungsrechtlichen Einstufung nach dem jeweiligen Landesheimgesetz werden immer wichtiger (z.B. Verwaltungsgericht Sachsen, Urteile vom 11.10.2014, Az.: 1 K 1114/13 und 1 K 1123/13, noch nicht veröffentlicht)
- wettbewerbs- und kartellrechtliche Fragen werden weiter an Bedeutung zunehmen
- aufgrund des 1. Pflegestärkungsgesetzes wird es weitergehende leistungsrechtliche Fragen geben, u.a. zu § 38a SGB XI
- die Einführung des Mindestlohnes und die neue Pflegemindestlohn-VO zum 01.01.2015 werden weitere Fragen aufwerfen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Anja Hoffmann,
bpa, Landesbeauftragte Berlin/Brandenburg
Kurfürstendamm 92
10789 Berlin
hoffmann@bpa.de

Sozialrecht und Organisation in der außerklinischen Intensivversorgung - Managementwissen kompakt

Die Qualität der Dienstleistung eines ambulanten Pflegedienstes in der außerklinischen Intensivversorgung hängt - neben der Fachkompetenz im pflegerischen Bereich - zu einem wesentlichen Teil davon ab, wie mit dem jeweiligen Kostenträger verhandelt wurde.

Dabei stellen sich immer wieder folgende Fragen:

- Wer zahlt wofür?
- Wie unterstütze ich effektiv die Durchsetzung der Ansprüche meiner Kunden/Patienten gegenüber den Kostenträgern bzw. meine Ansprüche gegenüber den Kunden/Patienten?
- Wie bereite ich Vergütungsverhandlungen mit Kostenträgern im Intensivversorgungsbereich effektiv vor?

Frau Anja Hoffmann, Rechtsanwältin LL.M. Eur., ist eine ausgewiesene Sozialrechtsexpertin. Ihr UPDATE Sozialrecht ist inzwischen fester Bestandteil des MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress.

Herr Christoph Jaschke berät seit vielen Jahren Unternehmen, die in der außerklinischen Intensivversorgung tätig sind.

Das Tagesseminar „Sozialrecht und Organisation in der außerklinischen Intensivversorgung“ richtet sich an die Geschäftsführung und die Führungskräfte in Unternehmen der außerklinischen Intensivversorgung. Es bietet kompaktes Managementwissen und eine Fülle an Beispielen aus der Praxis.

