

Vergütung: Pflegedienste unter Druck

OHNE RAHMENVERTRAGLICHE REGELUNGEN IST DIE VERGÜTUNG DER INTENSIVPFLEGERISCHEN LEISTUNGEN IN JEDEM EINZELFALL ZU VEREINBAREN. DIES KANN GUT ODER SCHLECHT SEIN. IN DEN VERHANDLUNGEN FORDERN VIELE KRANKENKASSEN INZWISCHEN EINEN KOSTEN-NACHWEIS. WER SICH JETZT NICHT AUSKENNT, BEGIBT SICH AUF SCHWIERIGES TERRAIN.

Die Zeiten, in denen der Pflegedienst mit der Verordnung einen Kosten-voranschlag übersandte und sich in einem anschließenden Telefonat mit dem Sachbearbeiter der Krankenkasse auf einen angemessenen Stundensatz einigen konnte, scheinen vorüber zu sein. Wer den Standardpreis der Krankenkasse nicht akzeptiert, wird auf den Verhandlungsweg verwiesen und aufgefordert, seine Gestehungskosten offenzulegen.

VERTRAGLICHE GRUNDLAGE

Mit Urteil vom 20. April 2016 hat das Bundessozialgericht (BSG, Az. B 3 KR 18/15 R) entschieden, dass der Pflegedienst ohne eine Vereinbarung mit der Krankenkasse über Inhalt, Umfang und Preis der Leistung grundsätzlich keinen Anspruch auf Vergütung hat, selbst wenn die Leistungen auf Basis der ärztlichen Verordnung einwandfrei erbracht wurden.

Weder in den Rahmenverträgen, noch in den üblichen Einzelverträgen nach § 132a Abs. 2 SGB V sind aber die Einzelheiten der Versorgung mit intensivpflegerischen Leistungen geregelt. Zwar sind die meisten Leistungen als Katalogleistungen in der Leistungs- und Vergütungsvereinbarung enthalten, zu wichtigen Fragen wie Vergütung oder Qualifikation des Einsatzpersonals ist aber eine Einzelvereinbarung abzuschließen. Besondere Bedeutung hat eine solche Einzelvereinbarung bei der Versorgung von Patienten „fremder“ Krankenkassen, die nur regional vertreten sind (zum Beispiel AOK) und mit denen der Pflegedienst bisher gar keinen Vertrag hat.

Vorsicht ist angebracht, wenn mit der Krankenkasse nur die Vergütung besprochen wurde und diese dem Pflegedienst dann eine „Einzelvereinbarung“ zur Unterschrift vorlegt. Die Ver-

tragsentwürfe der Kassen enthalten zum Teil unübliche oder gar unerfüllbare Anforderungen, zum Beispiel in Bezug auf die Qualifikation des eingesetzten Pflegepersonals. Unterschreibt der Pflegedienst diese Einzelvereinbarung, kann er später nicht mehr sagen, dass darüber nie verhandelt wurde. Wer mit dem Kassenentwurf nicht einverstanden ist, sollte dies klar zu verstehen geben und die Inhalte verhandeln.

VERGÜTUNGSVERHANDLUNG

Zunächst gilt die Vermutung für die Richtigkeit der Vorvereinbarung. Der Pflegedienst kann eine Vergütungsforderung dadurch plausibilisieren, dass er sich ausgehend von der letzten Vergütungsvereinbarung auf normale Lohn- und Sachkostensteigerungen (Statistisches Bundesamt, Statistisches Landesamt) beruft (BSG, Urteil v. 17. Dezember 2009, B 3 P 3/08 R). Es ist dringend davon abzuraten, ohne Verhandlungserfahrungen Kalkulationen zu erstellen und den Krankenkassen vorzulegen. Krankenkassen zerpfücken diese Kalkulationen und nehmen Kürzungen von bis zu 30 Prozent vor. Neben einer vollständigen Erfassung aller Kosten und einem kalkulatorischen Gewinnzuschlag ist die Verteilung der Gesamtkosten auf die produktive Netto-Jahresarbeitszeit einer Pflegekraft für den Verhandlungserfolg entscheidend. Hier ist zu beachten, dass nicht nur Urlaubs-, Krankheits- und Fortbildungsausfall in der Netto-Jahresarbeitszeit zu berücksichtigen sind. Auch zum Beispiel Einarbeitungszeiten, Übergaben, Krankenhausaufenthalt oder Personalgespräche reduzieren die produktive Arbeitszeit der Pflegekraft und müssen zu einer höheren kalkulatorischen Vergütung führen. In den von uns erstellten Kalkulationen gehen wir bei einer klassischen 1 : 1 – Versorgung in der Regel von etwa 1350 Stunden verfügbarer produktiven

Netto-Jahresarbeitszeit aus.

INTENSIV-WG

Die Intensiv-WG ist in den meisten Bundesländern mittlerweile als Alternative zu der klassischen 1 : 1 – Versorgung anerkannt. Dies gilt unabhängig von der heimrechtlichen Qualifizierung der Intensiv-WG (vgl. zum Beispiel LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21. Juli 2015, L 11 KR 3010/14). Die Krankenkassen schätzen die Kostenersparnis gegenüber der 1 : 1 – Versorgung, geraten aber in eine Goldgräberstimmung wenn es darum geht, vermeintliche Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben und bisher vereinbarte Vergütungen immer weiter zu reduzieren. Dabei verkennen die Krankenkassen, dass Overheadkosten nicht auf die Zahl der Mitarbeiter, sondern auf die Zahl der Patienten umzulegen sind und Personalkosten sich nicht linear zu den versorgten Patienten reduzieren lassen. Auch hier gelten die oben geschilderten Verhandlungsgrundsätze, insbesondere die „Vermutung für die Richtigkeit der Vorvereinbarung“.

RAT FÜR DIE PRAXIS:

- Vereinbaren Sie die Art der Versorgung und den Stundensatz schriftlich. Achten Sie dabei besonders auf die Anforderungen an die Qualifikation des eingesetzten Personals.
- Berufen Sie sich in den Verhandlungen auf die Vermutung für die Richtigkeit der Vorvereinbarung.
- Legen Sie Kalkulationen nur vor, wenn diese zuvor auf Herz und Nieren geprüft wurden.

i Sascha Iffland ist Referent bei der Entscheidungskonferenz Außerklinische Intensivpflege am 27. September 2016 in Berlin; <http://vinc.li/intensiv-konf>

FOTO: ALEXANDER HEIMANN



HENNING SAUER

- > Rechtsanwalt
- > Iffland Wischnewski Rechtsanwälte
- > Fachkanzlei für die Sozialwirtschaft, Darmstadt
- > info@iffland-wischnewski.de

SASCHA IFFLAND

- > Rechtsanwalt
- > Iffland Wischnewski Rechtsanwälte
- > Fachkanzlei für die Sozialwirtschaft, Darmstadt
- > info@iffland-wischnewski.de

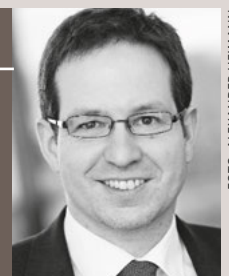


FOTO: ALEXANDER HEIMANN