

Neues aus der Sozialversicherung - Update -

MAIK Münchner außerklinischer Intensiv
Kongress 26.10.2012

Rechtsanwältin Anja Hoffmann, LL.M.Eur.
bpa, Landesbeauftragte Berlin/Brandenburg

Gliederung

- 1. Wichtige Rechtsfragen 2011/2012**
- 2. Wichtige sozialgerichtliche Entscheidungen 2011**
- 3. Wichtige sozialgerichtliche Entscheidungen 2012**

Wichtige Rechtsfragen 2011/2012

Exkurs: Keine Sonderrechtsnachfolge für ambulante Pflegedienste (BSG, Urteil vom 13.07.2010, Az.: B 8 SO 13/09 R)

- § 19 Abs. 6 SGB XII = beim Tod eines pflegebedürftigen Menschen, geht dessen Anspruch auf Leistungen gegen den SHT auf die Einrichtung über
- während stationäre Einrichtungen für bereits erbrachte Leistungen nach dem Tod des Hilfeempfängers auch bei laufenden Bewilligungs- und Widerspruchsverfahren noch Vergütung beanspruchen können, gilt dies nicht für ambulante PD
- ambulante PD erhalten für erbrachte, aber noch nicht bzw. nicht ausreichend bewilligte Leistungen nach dem Tod des Hilfeempfängers keinerlei Vergütung
- -nach Ansicht des BSG ist § 19 Abs. 6 SGB XII nicht anwendbar, weil ein ambulanter PD keine Leistungen in Einrichtung iS dieser Vorschrift leisten würden bzw. selbst keine Einrichtungen iS dieser Vorschrift wären

Wichtige Rechtsfragen 2011/2012

Keine Sonderrechtsnachfolge für ambulante Pflegedienste

- die Entscheidung des BSG ist falsch und verfassungsrechtlich bedenklich (ungerechtfertigte Ungleichbehandlung)
- „Einrichtung“ ist im weiten Sinn zu verstehen

TIPP:

- verlangen Sie vom SHT, dass er die notwendigen und erbrachten Leistungen anerkennt (z.B. sog. vorläufige Bewilligung)
- sichern Sie den Umfang durch möglichst aktuelle Bedarfsfeststellungen durch den SHT ab
- setzen Sie gegenüber dem SHT Fristen zur Erteilung der Bewilligung
- nach deren Ablauf Einleitung eV-Verfahren bei SG (z.B. LSG Berlin/Brandenburg, Beschluss vom 17.08.2011, L 15 SO 151/11 B ER)

Von Ihnen kann nicht verlangt werden, angesichts dieser Rechtsprechung ohne jede Absicherung in Vorleistung zu gehen!

Wichtige Rechtsfragen 2011/2012

Grundsätze zur Abrechnung der speziellen medizinischen Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2, Satz 3 SGB V

Voraussetzungen § 37 Abs. 2, Satz 3 SGB V:

- Vertrag nach § 132a Abs. 2 SGB V iVm BPfl nach § 37 Abs. 2, Satz 3 SGB V ist für ambulanten PD nötig (Bayern, Ndrs., NRW)

(P) Höhe der Abrechnung? In der Regel zu gering!

- normale Verträge nach § 132a Abs. 2 SGB V sehen unterschiedliche Modelle (LG, BPflG etc.) vor
- üblich sind Tagespauschalen (29,50 € bis 78,00 €), je nach Zeitanteil, Qualifikation des Personals (z.B. Bayern: 95 min/T, LPSK)

Achtung: die bestehenden Vergütungsvereinbarungen der stationären Einrichtungen dürfen nicht um den Anteil der BPfl reduziert werden!

Wichtige Rechtsfragen 2011/2012

Veröffentlichung von Prüfberichten durch die Heimaufsicht

- in vielen BL ist die Veröffentlichung vorgesehen

(P) Es existieren keine Ausführungsvorschriften?

- dies ist rechtlich bedenklich, denn eine Veröffentlichung beeinträchtigt das betroffene Unternehmen in seiner freien Berufsausübung (Art. 12 GG)
- eine Beeinträchtigung ist immer dann gegeben, wenn die Informationen nicht auf das Wesentliche beschränkt sind oder dem Sachlichkeitsgebot widersprechen
- bei den heimaufsichtsrechtlichen Prüfberichten handelt es sich häufig um subjektive, einseitige Wahrnehmungen,
- damit ist eine Vergleichbarkeit der Einrichtungen untereinander gar nicht möglich

Wichtige Rechtsfragen 2011/2012

Veröffentlichung von Prüfberichten durch Heimaufsicht

- im Hinblick auf die Grundrechtsrelevanz bedarf es klarer Regelungen zu Fragen des „Wer darf wo, wie und in welchem Umfang darf?“
- in einigen BL war man sich der tatsächlichen und rechtlichen Anforderungen an die Veröffentlichung bewusst (z.B. Brandenburg = Ermessen der Behörde, ob der Prüfbericht in geeigneter Form zugänglich gemacht wird; BaWü = Veröffentlichung nur mit Zustimmung der Einrichtung, NRW = nähere Ausgestaltung der Veröffentlichung muss gesondert vereinbart werden)

Wichtige Rechtsfragen 2011/2012

Veröffentlichung von Prüfberichten durch Heimaufsicht

(VGH, Beschluss vom 09.01.2012, Az.: 12 CE 11.2685)

- in Bayern: in geeigneter Form zu veröffentlichen (vgl. § 6 Abs. 2 PflWoqG),

Entscheidung: die Prüfberichte dürfen durch die Heimaufsicht nicht veröffentlicht werden, dies gilt solange, bis die Regierung das Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PflWoqG) geändert hat (vergleichbar NRW)

arg:

- es fehlt an klaren Regelungen der Inhalte der Veröffentlichung, ihrer Art und Weise, ihrer Dauer sowie einheitlichen Qualitätsstandards
- „der Bewertungsmaßstab muss geeignet sein und wissenschaftliche Erkenntnisse müssen in den Blick genommen werden“
- Veröffentlichung birgt wesentliche Nachteile und insbesondere ein wirtschaftliches Risiko für den Träger

Fazit: Prüfberichte dürfen durch die Behörden nicht und müssen die Einrichtungen selbst nicht veröffentlichen! (aber: die Einrichtungen sind einverstanden)

Wichtige Rechtsfragen 2011/2012

Richtlinie G-BA „Modellversuche für die Übertragung von ärztlichen Aufgaben an Pflegefachpersonen“

- Übertragung von bisher ärztlich vorbehaltenen Tätigkeiten bei der Versorgung von Patienten mit Diabetes Typ I/II, chronischen Wunden, Demenz und Bluthochdruck (Hypertonie)
- „selbständiges Ausüben von Heilkunde“ in Form von z.B. spezifischen Infusionstherapien, Wund- und Schmerztherapie
- Durchführung und wirtschaftliche/rechtliche Verantwortung liegen bei der Pflegefachkraft

aber: derzeit nur Modellcharakter (Modellphase begrenzt auf 8 Jahre, § 63 SGB V), KK können (und müssen) Modellverträge mit LE und Pflegekräften abschließen, ergänzende Ausbildung der Pflegekraft nach § 4 KrPfG nötig, Haftungsfragen noch ungeklärt

Wichtige Rechtsfragen 2011/2012

Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse

- „Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen“ zum 01.03.2012 in Kraft getreten (zentrale Hotline beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge)

Ziel: Fachkräftemangel bekämpfen, Integration fördern, bundeseinheitliche Bewertungskriterien zur Anerkennung

Inhalte: Rechtsanspruch auf Gleichwertigkeitsprüfung innerhalb von 3 Monaten, bundesweite Empfehlungen zu Inhalt und Durchführung der Anerkennung, Länder können zur Vereinfachung der Zuständigkeiten gemeinsame Anerkennungsstellen einrichten

Wichtige Rechtsfragen 2011/2012

Pflegetransparenzvereinbarung (PTVS) überarbeitet

- am 15.03.2012 nahmen die nach § 115 Abs. 1a SGB XI maßgeblichen Verhandlungspartner ihre Verhandlungen zur Überarbeitung der PTVS wieder auf (11/2010 hatten 4 Verhandlungspartner diese abgebrochen)
- die Verhandlungen wurden im Juli 2012 für gescheitert erklärt, der GKV-Spitzenverband hat die Schiedsstelle angerufen
- parallel dazu wurde nach Auskunft der Parteien weiter verhandelt (zuletzt am 16.10.2012)
- Schiedsentscheidung wird für Januar 2013 erwartet

Wichtige Rechtsfragen 2011/2012

Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG)

- insb. das Ziel eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird nicht umgesetzt

Inhalte:

- u.a. mehr Ansprüche für ambulant versorgte Versicherte (auch ohne PS)

konkret:

- Betreuungsleistungen werden Bestandteil der PV (§ 124 SGB XI)
- flexiblere Vereinbarung von Leistungen (Pauschal- oder Zeiteinheiten)
- Gewährung von zweckgebundenen Pauschalen für neue Wohnformen (für zusätzliche Pflegekraft und Ausstattung WG)
- zusätzliche Ansprüche auf Sachleistungen (§§ 36, 38a, 123 SGB XI)
- ergänzende private Pflegevorsorge
- Anhebung Beitragssatz zur PV auf 2,05 %
- fristgerechte Begutachtung durch MDK (sonst Strafzahlungen)
- Regelprüfungen des MDK, einmal jährlich, aber mit Anmeldung

Leistungsübersicht für pflegebedürftige Menschen mit erheblichem Betreuungsbedarf nach § 45a, b SGB XI (ab 01.01.2013)

Pflegestufe	Bisherige Sachleistungen nach § 36 SGB XI	Neue Sachleistungen nach § 36 SGB XI in Verbindung mit § 123 SGB XI für Personen nach § 45a SGB XI bis zu	Erhöhung in Euro	Bisherige Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI (höchstens, die es weiterhin gibt)	Gesamtsachleistungen neu § 123 und § 45a SGB XI mit Tagespflege		
					Ohne Tagespflege	Mit Tagespflege 150 %	Nur Tagespflege 50 %
Pflegestufe 0	0 €	225 €	+ 225 €	Grundbetrag 100 €	325 €		
				Erhöhter Betrag 200 €	425 €		
Pflegestufe 1	450 €	665 €	+ 215 €	Grundbetrag 100 €	765 €	1.097,50 €	432,50 €
				Erhöhter Betrag 200 €	865 €	1.197,50 €	532,50 €
Pflegestufe 2	1.100 €	1.250 €	+ 150 €	Grundbetrag 100 €	1.350 €	1.975 €	725 €
				Erhöhter Betrag 200 €	1.450 €	2.075 €	825 €
Pflegestufe 3	1.550 €	-	-	Grundbetrag 100 €	Unverändert 1.650 €	2.425 €	875 €
				Erhöhter Betrag 200 €	Unverändert 1.750 €	2.525 €	975 €

Wichtige Entscheidungen 2011

Zur Berechnung und Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 SGB XI (BSG, Urteile vom 08.09.2011, Az.: B 3 P 4/10 R u.a.)

- vier Grundsatzurteile des BSG, in denen höchstrichterlich die gesetzlichen Regelungen zur Berechnung der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen in geförderten Einrichtungen neu bewertet werden - folgende Grundaussagen:
 1. Abkehr von kalkulatorischen Pauschalen : bislang sehen die Durchführungsbestimmungen der Bundesländer pauschale Werte (z.B. zu den Kosten der Instandsetzung) vor
- diese Pauschalierung ist nach Ansicht des BSG unzulässig (arg.: § 82 Abs. 3 SGB XI „Aufwendungen“)

Wichtige Entscheidungen 2011

Zur Berechnung und Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 SGB XI

2. Aussagen zur **Finanzierung von Grundstücken**: das BSG bestätigt, dass im Eigentum des Einrichtungsträgers stehende Grundstücke von der Refinanzierung ausgeschlossen sind, da „kein Wertverzehr durch die Benutzung des Grundstücks entstehe“
- anders sei die Situation allerdings, wenn das Grundstück im Fremdeigentum stehe und der Einrichtungsträger Pacht, Miete oder Erbbauzinsen auf das Grundstück zu zahlen habe (
 - (aber: aus den ESG ergibt sich auch, dass das BSG die gesonderte Berechnung von Finanzierungskosten für den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken genauso behandelt wie Nutzungs-kosten (Miete, Erbpacht) und zur Berechnung durchaus zulässt (vgl. BSG, a.a.O. Rn. 28)

Wichtige Entscheidungen 2011

Zur Berechnung und Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 SGB XI

3. **Gewinnerzielung:** das BSG bestätigt, dass der Wortlaut des § 82 Abs. 3 SGB XI zwar keinen Raum für einen kalkulatorischen Gewinn lasse, verweist sodann aber in logischer Konsequenz seiner Recht-sprechung aus dem Jahr 2009 darauf, dass die Pflegesätze und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung den Rechtsrahmen für das legitime Gewinnerzielungsinteresse der Trägers bieten, soweit dieses den Grundsätzen wirtschaftlicher Betriebsführung entspricht (jedenfalls für gewerbliche Betreiber)
- d.h. Kalkulationsvorgaben zu Vergütungssätzen sind zu über-arbeiten, um eine Möglichkeit der Berücksichtigung der Gewinnerzielung (Gewinn) über den Pflegesatz zu gewährleisten;

Wichtige Entscheidungen 2011

Zur Berechnung und Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 SGB XI

4. Zuordnung von Eigenkapitalzinsen: die Berechnung von Eigenkapitalzinsen ist möglich, aber diese sind nicht den Investitionsaufwendungen, sondern, auch soweit sie die Immobilien sowie Einrichtung und Ausstattung betreffen, anteilig den Pflegesätzen und den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung zuzuordnen
- d.h. Kalkulationsvorgaben zu Vergütungssätzen sind zu überarbeiten, um eine Möglichkeit der Berücksichtigung der Eigenkapitalzinsen über den Pflegesatz zu gewährleisten

Wichtige Entscheidungen 2011

Zur Berechnung und Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 SGB XI

5. **Laufzeit der Bestimmung:** das BSG sieht die befristete Zustimmung von IK für ein Kalenderjahr als Regelfall an; darüber hinaus sollen Zustimmungsbescheide nur noch für solche Zeiträume erteilt werden, für die die Behörde den tatsächlichen Anfall der IK absehen kann
6. **Bindung des SHT an den Zustimmungsbescheid:** SHT war bislang an die Zustimmung der zuständigen Landesbehörde unmittelbar gebunden (keine Vereinbarung nach SGB XII nötig)
 - BSG meint nun, dass die Zustimmung der Landesbehörde nicht zu einer unmittelbaren Belastung/Bindung des SHT führe, sondern dieser, ggfs. unter Berücksichtigung weiterer Umstände, eine eigenen Entscheidung treffen könne

Wichtige Entscheidungen 2011

Zur Berechnung und Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 SGB XI

7. Übertragbarkeit auf nicht geförderte Einrichtungen: einige Aussagen würden sich dem Grunde nach übertragen lassen, andere aber auch nicht!

aber:

- zunächst Entwarnung, weil zum einen in einigen BL schon bislang (zumindest teilweise) die Vorgaben des BSG „gelebt“ werden
- zum anderen ein Entwurf zum „Gesetz zur Regelung des Assistenzbedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen (zum 01.01.2013) vorliegt – dort sind weiterhin bundeseinheitliche Regelungen zu (1) Pauschalierung bei Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen, (2) Pauschalierung der Belegungsquote, (3) Regelung zur Berücksichtigung der Eigenkapitalverzinsung und (4) Klarstellung zur Berücksichtigung von Erbbauzinsen enthalten

Wichtige Entscheidungen 2011

Zur Berechnung und Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 SGB XI

(SG Gotha, Urteil vom 27.06.2012, Az.: S 16 P 4366/11 , Auslegung zum BSG-Urteil)

- SG Gotha hat das BSG-Urteil zu Gunsten der Träger ausgelegt, sog. Rosinenprinzip

Entscheidungsgründe:

- kann der Träger höhere Investitionsaufwendungen nachweisen als die Pauschalen in den Berechnungs-VO der BL (z.B. für Instandhaltung), müssen diese nachgewiesenen betriebsnotwendigen Kosten berücksichtigt werden
- liegen die tatsächlichen Instandhaltungskosten niedriger als die volle Pauschale der Berechnungs-VO, so steht dem Träger noch bis 31.12.2012 die volle Pauschale zu (kein Kürzungsrecht der BL)
- dies gilt auch für die zugrunde gelegte Auslastung (bei tatsächlich geringerer Belegung als VO, ist die dortig angenommene zu berücksichtigen, bei höherer Belegung ist auf Auslastungsquote der Berechnungs-VO abzustellen)

Wichtige Entscheidungen 2011

Zur Kostenübernahme ärztlich verordneter häuslicher medizinischer Inten-sivpflege (OLG Hamm, Beschluss vom 12.10.2011, Az.: I-20 W 29/11)

Sachverhalt: VO von 24 h spezielle Krankenbeobachtung zur Überwachung der Vitalfunktionen (u.a. Absaugen und Sicherstellung der Atmung bei chronischer Bronchitis und schwerer Dysphagie)

- private KK teilte mit, das keine Kostenübernahme erfolgen könne, weil nur solche Leistungen erstattungsfähig seien, die in der GOÄ aufgeführt seien
- bei Leistungen der BHPf durch Pflegedienst handele es sich nicht um ärztliche Leistungen bzw. seien diese nicht medizinisch notwendig

Entscheidung: - KK ist zur Zahlung verpflichtet, weil Überwachungsmaßnahmen medizinisch notwendige Heilbehandlungen sind

- Kostenerstattung ist nicht deshalb ausgeschlossen, weil Leistungen von KS (und nicht vom Arzt) erbracht werden
- derartige Einschränkungen von Ansprüchen aus privaten KV-Verträgen widersprechen §§ 305 ff. BGB, weil der Vertragszweck gefährdet ist

Wichtige Entscheidungen 2011

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

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

- seit langem (01.04.2007) stritten (und streiten) KK mit Trägern und Bewohnern darüber, ob stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe (und Eingliederung) unter die „sonstigen geeigneten Orte“ im Sinne des § 37 Abs. 2 SGB V
- verschiedene LSG's entschieden unterschiedlich
- diese Frage ist sowohl für die stationäre E. als auch für den ambulanten PD (und nicht zuletzt für den Versicherten) von erheblicher Bedeutung

(P) Wer vergütet die medizinisch notwendigen und tatsächlich erbrachten Leistungen der Behandlungspflege?

Wichtige Entscheidungen 2011

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

- das BSG sollte „Recht sprechen“, und eine höchst-richterliche Rechtsprechung begründen

aber: KK erklärte Übernahme der Kosten seit 01.04.2007, SHT erkannte den Anspruch dem Grunde nach an, d.h. kein Urteil

aber, aber: BSG hat zumindest Erwägungen offen gelegt,
konkret:

Wichtige Entscheidungen 2011

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

1. Anspruch auf HKP in Einrichtungen der Behindertenhilfe gegen die KK hängt davon ab, dass kein Anspruch auf diese Leistungen gegenüber der Einrichtung aus dem Heimvertrag besteht (Prüfung/Überarbeitung ggfs. nötig)
2. dazu ist jeweils Einzelfallprüfung nötig, nämlich anhand der Regelungen LRV, Vergütungsvereinbarung, Leistungsvereinbarung mit SHT, 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)
5. Einrichtungen der Behindertenhilfe können „sonstige, geeignete Orte“ nach § 37 Abs. 2 SGB V sein,
4. KK ist dort nicht prinzipiell aus Leistungspflicht entlassen

Wichtige Entscheidungen 2011

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

Konsequenz:

- Einrichtungen, die selbst keine Leistungen der HKP erbringen können (und/oder möchten), sollten ihren Bewohnern raten, die Kosten-übernahme bei ihrer KK zu beantragen und einen ambulanten PD zu beauftragen
- im Falle der Ablehnung Widerspruch durch den Bewohner nötig

(P) Wer übernimmt die anfallenden Kosten vorläufig?

- Versicherter selbst oder SHT (§§ 61 ff. SGB XII) oder Stundung durch PD oder zinsloses Darlehen durch E.

(LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 22.11.2011, L 10 KR 32/11 Er B, setzte als erstes Instanzengericht diese Grundlagen um)

Wichtige Entscheidungen 2011

Zur Anwendung des Kartellrechts im Krankenversicherungsrecht

(LG Dortmund, Beschluss vom 14.11.2011, Az.: 16 O 169/11)

Sachverhalt: - Knappschaft drohte mit „Umversorgung“ im Rahmen von Vergütungsverhandlungen für die Intensivversorgung, falls der angebotene Preis nicht akzeptiert werden würde („Sofern Sie mit diesem Vorschlag nicht einverstanden sein sollten, werden wir uns um einen anderen Pflegedienst bemühen, der zu günstigeren Konditionen die Versorgung sicher stellen kann.“)

Entscheidung: -mit diesem Verhalten missbrauchte die KK ihre Marktmacht und verstieß nach Ansicht des Gerichts gegen kartellrechtliche Vorgaben

Wichtige Entscheidungen 2011

Zur Anwendung des Kartellrechts im Krankenversicherungs-recht

Hintergrund der Entscheidung:

- in dem am 01.01.2011 in Kraft getretenen AMNOG (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz) hat der Gesetzgeber die Anwendbarkeit des Kartellrechts auf die Tätigkeiten der KK angeordnet **(P) Anwendbarkeit auch auf LE?**
- das Bundeskartellamt wurde mit der Durchsetzung des Kartellrechts gegenüber KK betraut, d.h. auch etwaige kartellrechtliche Streitigkeiten wurden der Sozialgerichtsbarkeit entzogen und den Zivilgerichten zugewiesen (Chance/Risiko zugleich)

Wichtige Entscheidungen 2011

Zur Anwendung des Kartellrechts im Krankenversicherungsrecht

Konsequenzen der Entscheidung:

- KK dürfen ihre „Nachfragemacht“ nicht kartellrechtswidrig zu Lasten der LE missbrauchen
- kartellrechtswidriges Fehlverhalten kann in unterschiedlichen Formen auftreten: sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung der LE (Diskriminierung), Behinderungsmaßnahmen bis hin zum Boykott, Vertrags- und Preisgestaltungen, die sich ohne Marktmacht bei wirksamem Wettbewerb nicht durchsetzen ließen
- LE kann sich zukünftig vor den Zivilgerichten gegen Kassenwillkür zur Wehr setzen und das Bundeskartellamt einschalten

(P) Das Fehlverhalten muss der KK nachgewiesen werden?

Wichtige Entscheidungen 2011

Grundsätze Vergütungsverhandlungen Intensivversorgung

(Sächs. LSG, Beschluss vom 27.12.2011, Az.: L 1 KR 212/B ER, rk)

Sachverhalt: - in mehreren Telefonaten hatte eine KK gegenüber einem Angehörigen in 10/2012 behauptet, der von ihr ausgewählte PD sei „wahrscheinlich nur in einer Stadt in Deutschland bekannt, viel zu teuer für die Beatmung und wolle nur das Geld mitnehmen“

- der PD erfuhr davon und forderte die KK auf, diese geschäftsschädigenden Aussagen zukünftig zu unterlassen
- die KK lehnte die Abgabe einer strafbewehrten Unterlassungserklärung ab

Wichtige Entscheidungen 2011

Grundsätze Vergütungsverhandlungen Intensivversorgung

- da das AMNOG zu diesem Zeitpunkt noch nicht galt und die Zivilgerichte noch nicht zuständig waren (s.o.), wurde das SG Dresden – zunächst erfolglos angerufen
- die Beschwerde hatte Erfolg, der KK wurde untersagt, das rufschädigende Verhalten fortzusetzen und den ambulanten PD in seiner unternehmerischen Tätigkeit zu behindern

konkret: - es wurde der KK verboten, ihren Versicherten Probleme bei der Kostenerstattung für den Fall einer Beauftragung des selbst gewählten PD in Aussicht zu stellen, obwohl eine häusliche Intensivpflege indiziert und verordnet ist

Wichtige Entscheidungen 2011

konkret: - der ambulante PD hat einen Anspruch auf Unterlassung derartiger Aussagen gegenüber den Versicherten der KK, der einhergeht mit seinem Recht an der ungestörten Teilhabe an der Versorgung von Intensivpflegepatienten nach SGB V

- die KK darf den Streit „über ihre Leistungspflicht und die Preis- und Vertragsgestaltung für die von ihr zu erbringenden Sachleistungen nicht unmittelbar mit dem Versicherten/ seinen Angehörigen austragen“

Soweit, so gut bzw. soweit (leider) so theoretisch!

In der Praxis kann sich der PD nur schwer gegen die derartige Praxis der KK wehren. In jedem Fall muss es sie beweisen!

Seit dem AMNOG kann er aber zumindest neben dem ökonomischen Unterlassungsanspruch auch kartellrechtliche Ansprüche gegenüber den KK vor den Zivilgerichten (versuchen) geltend machen .

Daneben besteht immer ein Anspruch auf (Einzel-)Vergütungsverhandlungen mit der KK.

Exkurs: Keine Zusatzvereinbarung für die Erbringung von außerklinischer Intensivpflege notwendig (SG Dresden, Beschluss vom 01.11.2010, Az. S 18KR 490/10 ER, bestandskräftig)

Entscheidungsgründe

- KK dürfen gegenüber ambulanten PD bei der Erbringung von Leistungen der häuslichen Intensivpflege nach § 132a Abs. 2 SGB nicht auf den Abschluss von Zusatzvereinbarungen (zu Preis, qualitativen, fachlichen und personellen Anforderungen) bestehen
- Begriff der „Intensivpflege“ ist nicht gesetzlich definiert
- alle Vergütungsvereinbarungen sehen dazu Einzelfallentscheidung vor, d.h. Vertrag nach § 132a Abs. 2 SGB V erstreckt sich dem Grunde nach auch auf diese Leistungen

aber: faktische Entwicklung in einigen BL seit Jahren anders (z.B. Bayern, MV, Berlin, BB), wonach eine sog. Zusatzvereinbarung von den KK vorgelegt wird, die u.a. Inhalte zu Qualifikation, Fortbildung der Mitarbeiter und Stundensätze (1:1 und WG/betreutes Wohnen enthält)

Wichtige Entscheidungen 2012

Mindestzeitaufwand für Grundpflege gering unterschritten

(SG Münster, Urteil vom 06.02.2012, Az.: S 6 P 135/10)

- über die Einstufung in die PS III „darf nicht allein die Stoppuhr entscheiden“, das Gericht korrigierte die Entscheidung der PK für einen halbseitig gelähmten und blinden Mann
- er bekam Leistungen nach PS III vom Gericht zugesprochen, obwohl er die gesetzlich vorgesehene Pflegezeit von 240 Minuten nicht erreicht hatte (sondern nur 232 Minuten)

arg: eine solche, nur geringfügige Unterschreitung dürfe nicht zum Scheitern der PS führen, weil zeitliche Bemessung des Pflege-aufwands nur eine „scheinrationale Größe“ sei,

- der Aufwand hänge iü. von der Tagesform ab, großzügiger Maßstab ist in Grenzfällen rechtmäßig (schon BSG, 07.07.2005, B 3 P 8/04)

Wichtige Entscheidungen 2012

Zur Bindung des Sozialhilfeträgers an die Entscheidung der Pflege-kasse über die Pflegebedürftigkeit, (BSG, Urteil vom 02.02.2012, Az.: B 8 SO 5/10 R

Entscheidungsgründe:

- die Entscheidung der PK über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI ist auch der Entscheidung im Rahmen der Hilfe zur Pflege zu Grunde zu legen
- der SHT ist an die Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit gebunden
- § 18 SGB XII (Kenntnisgrundsatz des SHT) steht § 62 SGB XII (angeordnete Bindungswirkung an Entscheidung der PK) nicht entgegen – die Bindung betrifft Ausmaß und Leistungszeitraum

Wichtige Entscheidungen 2012

Zur Höhe der Vergütung durch den SHT bei hauswirtschaftlicher Versorgung, (BSG, Urteil vom 23.03.2012, Az.: B 8 SO 1/11 R)

Sachverhalt: - SHT der Stadt Freiburg bezahlte für die hwV 12,96 € bei pflegebedürftigen Menschen, ambulanter PD (Sozialstation) verlangte ca. 20,00 €/h (nämlich den vereinbarten Stundensatz nach § 89 SGB XI (Vergütungsvereinbarung), den auch die PK für hwV bezahlte)

- SHT lehnte diesen Stundensatz mit der Begründung ab, dass die sog. „Nachbarschaftshilfe“ der Caritas/Diakonie für ihre ehrenamtlichen Helfer auch nicht mehr bekäme

Wichtige Entscheidungen 2012

Zur Höhe der Vergütung durch den SHT bei hauswirtschaftlicher Versorgung

Entscheidung: - das Gericht bestätigt, dass ehrenamtlich organisierte Nachbarschaftshilfe hwV nicht so professionell anbieten wie ein ambulanter PD (z.B. in Bezug auf Kontinuität)

- wer professionelle Pflege verlange, müsse diese auch angemessen bezahlen, d.h. das in Fällen ambulanter Pflege, jedenfalls dann, wenn eine Pflegstufe vorliegt und Pflegesachleistungen in Anspruch genommen werden, die hwV stets nach den Vergütungssätzen, die die PD mit den PK vereinbart haben, bezahlt werden muss und zwar auch vom SHT, dieser dürfe nicht auf billigere, ehrenamtliche Alternativen verweisen

Wichtige Entscheidungen 2012

Zu Anforderungen zum Erhalt der sog. Rückstufungsprämie nach § 87a Abs.4 SGB XI)
(SG Münster, Urteil vom 27.04.2012, Az.: S 6 P 115/11)

Hintergrund: die Regelung sieht einen finanziellen Anreiz in Höhe von einmalig 1.536,00 € vor für den Fall, dass nach aktivierender Pflege und rehabilitativen Maßnahmen auf Dauer (mind. 6 Monate) eine pflegstufenrelevanter, geringerer Pflegebedarf erforderlich ist

(P) Wie muss der Nachweis geführt werden?

- ein Kausalitätsnachweis ist nicht erforderlich, es wird unterstellt, dass die Maßnahmen der Einrichtung für die Rückstufung maßgeblich waren
- nur bei sachlich begründeten Zweifeln muss die Einrichtung darstellen, dass und ggfs. welche Maßnahmen erbracht wurden

Wichtige Entscheidungen 2012

**Wann fällt eine Wohngemeinschaft fällt unter das Heimgesetz bzw. wird selbstbestimmt geführt?
(OVG Oldenburg, Urteil vom 21.05.2012, Az.: 12 A 1136/11)**

Sachverhalt: ein ambulanter PD klagte gegen die Einstufung seiner von ihm versorgten WG in des Landesheimgesetz (mit Konsequenzen zu baulichen und personellen Voraussetzungen)

Entscheidungsgründe:

- eine WG, in der ausschließlich Schwer- und Schwerstpflegebedürftige versorgt werden, ist nicht außerhalb des Heimgesetzes denkbar (nicht selbstbestimmt, § 1 Abs. 3, Satz 2, Nr. 4 NHeimG)
- denn den Bewohnern fehle es an der notwendigen Kommunikationsfähigkeit (und damit Selbstbestimmung und eigenverantwortlichen Lebensführung)
- das Selbstbestimmungsrecht könne auch nicht durch von den Betreuern oder Angehörigen der Pflegebedürftigen, die nicht mit vor Ort leben, wahrgenommen werden

Wichtige Entscheidungen 2012

Wann fällt eine Wohngemeinschaft fällt unter das Heimgesetz bzw. wird selbstbestimmt geführt?

- der ambulante PD sowie Art und Umfang der Leistungen können idR. nicht frei gewählt werden, wenn in den Räumlichkeiten nicht ausreichend Platz für das Personal unterschiedlicher PD ist

Konsequenz:

- aufgrund der Entscheidungsgründe des Gerichts wären selbst-bestimmte WG's für demenziell Erkrankte, Schwerstpflegebedürftige und Wachkomapatienten außerhalb des Heimgesetzes nur noch schwer vorstellbar (aber: **Einzelfallentscheidung !**)

Achtung:

In jedem Fall muss das ambulante Leistungsrecht aufrecht erhalten bleiben (z.B. § 2 Abs. 6 WTG NRW, die ordnungsrechtliche Entscheidung bestimmt nicht das Leistungsrecht oder § 2 Abs. 7 BremWoBeG, wonach die heim-rechtliche Einordnung die leistungsrechtliche Einordnung unberührt lässt).

Wichtige Entscheidungen 2011/2012

Keine Veröffentlichung von Transparenzberichten ohne genügend befragte Bewohner
LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 08.07.2012, L 4 P 44/10 B ER

Entscheidungsgründe:

- wenn die Qualität nach der PTVA gemäß §§ 115 SGB XI durch den MSK geprüft wird, müssen mindestens 10 Pflegebedürftige einbezogen werden, um statistisch brauchbare Zahlen zu erhalten
- § 2 PTVA setzt als Untergrenze zwar 5 Versicherte, diese Grenze ist nach Ansicht des Gerichts aber nicht rechtmäßig, sondern verfassungskonform auszulegen
- i.ü. sind aber auch negative Bewertungen in den Transparenzberichten ggfs. hinzunehmen, wegen Informationsbedürfnis der Verbraucher)

Wichtige Entscheidungen 2012

Zu den Anforderungen zu den Inhalten des Transparenzberichts

LSG NRW, Beschluss vom 05.06.2012, Az.: L 10 P 118/11 B ER)

- das Gericht hat den PK untersagt, den Transparenzbericht eines ambulanten Pflegedienstes zu veröffentlichen, da insbesondere die Prüffrage 27 des Transparenzberichts ohne erkennbaren Grund von den Vorgaben der PTVA abwich („Ist bei behandlungspflegerischen Maßnahmen eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nach-vollziehbar? (anstatt „behandlungspflegerischer Bedarf“/so im Original PTVA)
- ferner konnte der ambulante PD dem MDK diverse Schreib- und Übertragungsfehler nachweisen (Pflegebedürftige vertauscht)
- rechtswidrig sind auch die (zu) langen Prüfungsintervalle des MDK (Regelprüfung war aufgrund der Länge des Verfahrens ausgesetzt worden)

Wichtige Entscheidungen 2012

Veröffentlichung von Transparenzberichten grds. zulässig

(LSG NRW, Urteil vom 15.08.2012 , Az.: L 10 P 137/11 (A! HauptsacheV!))

Sachverhalt: eine Pflegeeinrichtung, die aktuell mit der Note 1.1 bewertet worden war, hatte gegen die geplante Veröffentlichung vorbeugend geklagt (durch Professor Dr. Thomas Klie, Mitinitiator „Moratorium Pflegenoten“)

- vorgetragen wurde, dass die Internet-Darstellung mit einer Vergabe von Schulnoten die tatsächliche Lebensqualität in Heimen nicht zutreffend wiedergebe, außerdem wurden verfassungsrechtliche Bedenken geltend gemacht

Entscheidungsgründe: das LSG hat diese Bedenken (wieder) nicht geteilt und die gesetzlich vorgeschriebene Veröffentlichung entsprechend PTVA/PTVS grundsätzlich für zulässig erklärt

- derzeit wird die Anrufung zum BSG geprüft

Wichtige Entscheidungen 2012

Zur Zulässigkeit von freiheitsentziehenden Maßnahmen

(BGH, Beschluss vom 27.06.2012, Az.: XII ZB 24/12)

- BGH erinnert (nur) an die gesetzlichen Grundlagen

d.h. freiheitsentziehende Maßnahmen unterliegen, wenn der Betroffene nicht einwilligungsfähig ist, dem strengen Genehmigungsvorbehalt des Betreuungsgericht, dabei kommt es nicht darauf an, ob ein (gesetzlicher) Betreuer oder ein Generalbevollmächtigter bestellt ist

Jede freiheitsentziehende M. ist nach § 1906 Abs. 4 BGB immer nur mit Genehmigung des Gerichts zulässig!

Wichtige Entscheidungen 2012

Begleitung zum Arzt ist per se keine Regelleistung des Trägers

(VG Mannheim, Urteil vom 09.07.2012, Az. 6 S 773/11)

- eine Anordnung der Heimaufsicht ist rechtswidrig ist, welche das Heim verpflichtet, die Begleitung der Bewohner zum Arzt unentgeltlich zu erbringen_
- das Gericht hat der Heimaufsicht die Befugnis abgesprochen, Heimverträge oder Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI auszulegen (unzulässige Einmischung in zivilrechtliche Fragen)

aber: die Entscheidung bedeutet nicht, dass derartige Verpflichtungen nicht grundsätzlich in den RV der BL nach § 75 SGB XI vereinbart werden dürften (im Streitfall: Schiedsstelle/SG) bzw. schon vereinbart worden sind

Wichtige Entscheidungen 2012

Kostenerstattung für Verhinderungs- /Ersatzpflege nach § 39 SGB XI)

(BSG, Urteil vom 12.07.2012, Az.: B 3 P 6/11 R)

Sachverhalt:

- ein 86-Jähriger erhält seit 2004 PS III, seine Frau pflegt ihn, ist 2009 selbst einige Tage krank, die Söhne springen ein, der Mann zahlt dafür 240,00 € für die Pfllegetätigkeit bzw. 460,00 € Fahrkosten
- PK will Betrag nicht voll ersetzen, verweist auf gesetzliche Bestimmungen, wonach eine Verhinderungspflege nur an höchstens 28 Tagen im Jahr finanziert wird (Deckelung: bei professioneller Pflege 1.550 €/Jahr, Pflege durch Angehörige 700 €/Jahr)

Entscheidung:

- BSG verwirft Tages-Obergrenze bei Ersatzpflege durch nahe Angehörige, Begrenzung der PK auf je nach Pflegestufe höchstens 25 Euro pro Tag ist unzulässig
- Pflegegeldempfänger haben künftig mehr Entscheidungsfreiheit, wenn ihre Pflegeperson krank oder im Urlaub ist.

aber: das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt weiter! (z.B. nicht 700 € in 1-2 Tagen)

Wichtige Entscheidungen 2012

Urlaubsansprüche langfristig erkrankter Arbeitnehmer

(BAG, Urteil vom 07.08.2012, Az.: 9 AZR 353/10)

- im Allgemeinen verfällt der gesetzliche Urlaub ersatzlos, wenn er nicht bis zum Jahresende genommen wird.
- das gilt aber nach der Rechtsprechung des EuGH und des BAG nicht für den Urlaub den der AN wegen einer Erkrankung nicht nehmen konnten
- allerdings darf das „Ansparen“ von Urlaubsansprüchen bei langer Erkrankung zeitlich begrenzt werden (EuGH, Urteil vom 22.11.2011, C 214/10, in dem es um eine tarifvertragliche Verfallsfrist von 15 Monaten (gerechnet ab dem Ende des Urlaubsjahres) ging; der EuGH erklärte die zeitliche Begrenzung des Urlaubsschutzes für unzulässig)

Wichtige Entscheidungen 2012

Urlaubsansprüche langfristig erkrankter Arbeitnehmer

- wie diese europarechtliche Begrenzung des Schutzes erkrankter Arbeitnehmer in Deutschland umgesetzt werden könnte, war seit diesem EuGH-Urteil umstritten.
- denn das Bundesurlaubsgesetz enthält eine solche Spezialregelung für Krankheitsfälle nicht
- trotzdem hat das BAG in dem Grundsatzurteil zugunsten der AG entschieden, dass der in Krankheitsfällen "angesparte" Urlaub allgemein, d.h. auch ohne eine tarifvertragliche Regelung, 15 Monate nach dem Ende des Urlaubsjahres verfällt, d.h. zum 31. März des übernächsten Jahres

Wichtige Entscheidungen 2012

Zur Zulässigkeit von Rückforderung nach § 115 Abs. 3 SGB XI

(BSG, Urteil vom 12.09.2012, Az.: B 3 P 5/11 R)

Sachverhalt:

- ein Träger wurde wegen vermeintlich personeller Unterdeckung (streitig war u.a. Personalschlüssel 38,5/40-Stundenwoche, Anrechnung von Überstunden, Auszubildenden) zur Rück-zahlung der Pflegevergütung (iHv 178 T €) verurteilt

Entscheidungsgründe:

- BSH hob alle vorherigen ablehnenden Entscheidungen auf und bestätigte, dass keinerlei Rückzahlungsverpflichtung bestehen

konkret: dabei kam **es nicht auf die unterschiedlichen Berechnungsmodelle für den Personalschlüssel an**

Wichtige Entscheidungen 2012

Zur Zulässigkeit von Rückforderung nach § 115 Abs. 3 SGB XI

denn:

- auch wenn man eine personelle Unterdeckung unterstelle, ist nur die Frage entscheidend, ob tatsächlich hinreichend erhebliche Qualitätsmängel über den gesamten Kürzungszeitraum vorgelegen haben
- eine Rückzahlungsverpflichtung besteht nur bei konkreten und nachweisbaren Qualitätsmängeln

Wichtige Entscheidungen 2012

Zur Zulässigkeit von Rückforderung nach § 115 Abs. 3 SGB XI)

Prüfschema:

1. klare vertragliche Regelung zur Zählung des eingesetzten Personals in LRV (unklare Regelungen gehen nicht zu Lasten der Einrichtung)
2. neben der personellen Unterdeckung müssen konkrete Mängel in der qualitätsgerechten Leistungserbringung vorliegen/festgestellt werden (arg. Systematik des § 115 Abs. 3 SGB XI)
3. Mängel müssen wesentlich sein (Verhältnismäßigkeitsgrundsatz)
4. Mängel sind über die gesamte Dauer des Kürzungsverfahrens von der PK nachzuweisen (durch Prüfberichte des MDK bzw. Mängelbescheide), sonst ist eine Kürzung für den gesamten Zeitraum rechtswidrig (Ausnahme: personelle Unterdeckung von mehr als 8 %, keine ausdrückliche Dokumentation nötig)
5. Verwirkung des Rückforderungsanspruchs, d.h. wenn der KT zu spät (hier erst nach 2 Jahren) reagiert, kein Recht auf Rückzahlung mehr

- **Weitere Fragen?**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Rechtsanwältin Anja Hoffmann,
bpa, Landesbeauftragte Berlin/Brandenburg

Nürnberger Straße 49

10623 Berlin

hoffmann@bpa.de