

Neues aus dem Sozialrecht

Münchner außerklinischer Intensiv Kongress

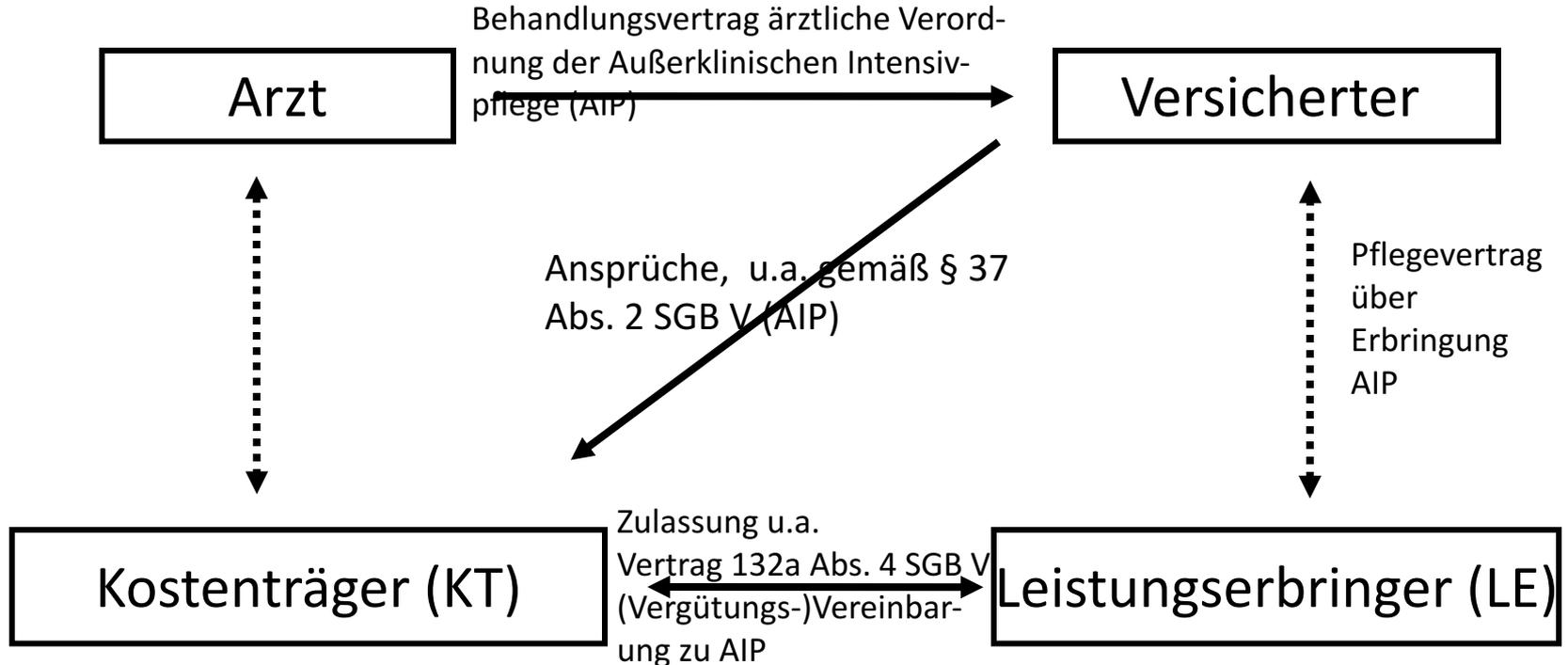
27. Oktober 2017

Rechtsanwältin Anja Hoffmann, LL.M. Eur.

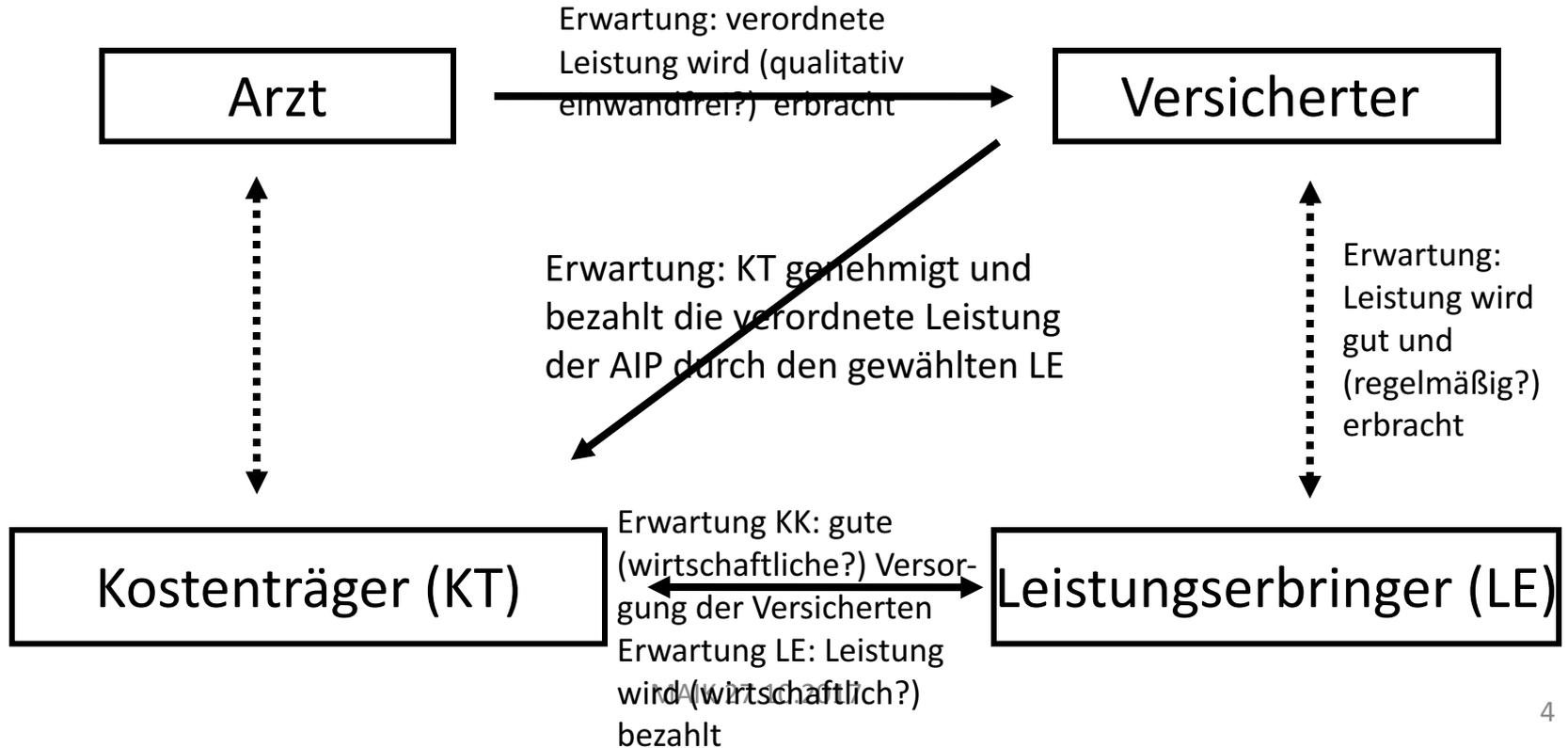
- Themenschwerpunkt

- Vergütungsverhandlungen in der außerklinischen Intensivpflege – wer erwartet was von wem und warum?**

Rechtsbeziehungen in der Pflege



Rechtsbeziehungen in der Pflege



Was ist die vereinbarte Vergütung für Leistungen der AIP?

- mit der Zulassung erhält der LE auch ein Vergütungsangebot der KT, das Preise zu den Leistungen der häuslichen Krankenpflege enthält
- in den meisten derzeitigen Vergütungsvereinbarungen finden sich aber keine vereinbarten Stundensätze bzw. Preise zur AIP
- vielmehr steht dort entweder gar nichts zu diesen Leistungen oder z.B. Einzelfallabsprache, Einzelfallentscheidung o.ä.

Was ist die vereinbarte Vergütung für Leistungen der AIP?

- eine vertraglich vereinbarte Vergütung gibt es danach mit den KT in der Regel für die AIP nicht (bzw. nicht von Anfang an)
- das bisher bekannte Procedere, wonach am Anfang der Versorgung mit dem KT Kontakt aufgenommen wurde, um einen Preis abzustimmen, hat nicht den Charakter einer (verbindlichen) vertragliche Vereinbarung
- die „vereinbarten“ Preise sind nur Einzelfallentscheidungen, die nur (aber auch) eine Verbindlichkeit für den genannten Versicherten und den konkreten Verordnungszeitraum haben

Was ist die vereinbarte Vergütung für Leistungen der AIP?

- diese (unsichere) Vertragssituation war für alle Beteiligten – KT und LE – und nicht zuletzt für die Patienten in der AIP lange egal, da in jedem neuen Versorgungsfall, der angezeigt wurde, vom KT praktisch jede Vergütung bezahlt wurde (unabhängig von der Versorgungsstruktur, Qualität des Personals etc.)
- eine Nachfrage (geschweige den Kontrolle) der KT zum Kostenvoranschlag oder zur Versorgungssituation vor Ort (z.B. 1 zu 1 oder ambulante Wohnform) gab es lange nicht

Das hat sich grundlegend geändert!

Was ist die vereinbarte Vergütung für Leistungen der AIP?

- zu berücksichtigen ist bei der gesamten Diskussion auch, dass die Strukturen der LE (Größe des Unternehmens) und die Vertrags- und Versorgungslandschaft in einzelnen BL sehr heterogen sind
- daher ist auch die Vergütung sehr unterschiedlich und zwar sowohl hinsichtlich u.a.
 - (1) der Höhe der (Stundensatz-)Vergütung (z.B. 1:1 Erwachsene Versorgung zwischen 21,38 € S-A bzw. 29,00 € S (jeweils einzeln verhandelt) bzw. ca. 38,00 € Bayern (nach Schiedsspruch),
 - (2) der (vertraglichen) Voraussetzungen, die der LE bei der Erbringung für Leistungen der Intensivpflege zu erfüllen hat,
 - (3) der (qualitativen) Anforderungen an das eingesetzte Personal und den Betreuungsschlüssel in ambulanten Wohnformen

Was ist die vereinbarte Vergütung für Leistungen der AIP?

BSG, Urteil vom 20.04.2016, Az.: B 3 KR 18/15 R

- dieses Urteil stellt fest, dass ein Vergütungsanspruch für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (dort eingeschlossen ambulante Intensivpflege) nur auf der Grundlage eines entsprechenden Vertrages nach § 132a Abs. 4 SGB V besteht
- d.h. es ist grundsätzlich eine Zulassung bzw. vertragliche Vereinbarung nötig, um einen Vergütungsanspruch des LE zu begründen
- dieses Urteil ist insbesondere von Bedeutung für LE, die ohne Grundzulassung nach § 132a Abs. 4 SGB und auch ohne jede andere Art von Einzelvereinbarung mit der KK einen Versicherten versorgen, denn es besagt, dass **kein Vergütungsanspruch besteht!**

Verhandlungsgrundsätze des SGB V

§ 132a Abs. 4, 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.“*

Verhandlungsgrundsätze des SGB V

- der Wortlaut dieser gesetzlichen Regelung sieht Einzelverhandlungen mit LE vor (d.h. darauf besteht ein Anspruch von beiden Seiten)
- in der Praxis üblich sind (noch) sog. Kollektivverhandlungen im SGB V, d.h. es werden pauschale Vergütungserhöhungen zwischen KT und LE bzw. deren Verbänden vereinbart, ohne dass es eines individuellen Kostennachweises im Einzelfall bedarf

Verhandlungsgrundsätze im Bereich SGB V

danach sind in der AIP für die Vergütungsverhandlung in der Praxis möglich:

1. Einzelfallentscheidung (= keine Verhandlung) oder
2. sog. Kollektivverhandlungen im SGB V (bislang nur in wenigen Bundesländern z.B. B/BB) oder
3. individuelle Einzelverhandlungen des einzelnen LE

Verhandlungsgrundsätze im Bereich SGB V

- zuletzt auch BSG, Urteile vom 23.06.2016, Az.: B 3 KR 25/15 R und 26/15 R (zur Durchführung von Kollektivverhandlungen)
- danach sind diese Verhandlungen zunächst so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen sind (Wahrung des Grundsatzes der Beitragsstabilität)
- die Forderung (nur) der GLSS entspricht dem Grundsatz der Beitragsstabilität
- eine Vergütungsforderung oberhalb der GLSS ist möglich, wenn die Betriebs- und Kostenstruktur durchschnittlicher Pflegedienste eine solche Vergütung erfordern
- ob dies der Fall ist, muss ermittelt werden, indem als Grundlage der Vergütungsbemessung eine repräsentative Anzahl von LE herangezogen werden, die für die Ermittlung einer (anonymisierten) nachvollziehbaren und plausiblen Kostenstruktur vorlegen müssen

Weitere (Verhandlungs-)grundsätze im Bereich SGB V

§ 132a Abs. 4, Satz 5 und 6 SGB V

*„Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. Verträge **dürfen nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden**, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten.“*

Weitere (Verhandlungs-)grundsätze im Bereich SGB V

- die Regelung des § 132a Abs. 4, Satz 5 SGB V, wonach die KT darauf zu achten haben, dass die Leistungen **wirtschaftlich** und **preisgünstig** erbracht werden, ist nicht neu (früher § 132a Abs. 2, Satz 5 SGB V a.F.)
- klar ist, dass beide Begriffe für die Auswahlentscheidung und die Preisvereinbarung ein Spannungsfeld vorgeben
- ausschlaggebend für einen Vertragsschluss soll aber nicht das Angebot des billigsten Anbieters bzw. desjenigen, der den billigsten Anbieter noch unterbietet, sein
- der Abschluss zu einem höheren Preis kann vom LE verlangt werden, wenn den Leistungen eine bestimmte Struktur, Besonderheit und damit Aufwand der Leistungserbringung zu Grunde liegt bzw. zumindest nachvollziehbar begründet werden kann

Weitere (Verhandlungs-)grundsätze im Bereich SGB V

- neu ist die Regelung des § 132a Abs. 4, Satz 6 SGB V, wonach Verträge nur mit LE abgeschlossen werden dürfen, die **die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung** bieten
- die KT zitiert diese Regelung derzeit gebetsmühlenartig im Rahmen der Verhandlungen (kollektiv und individuell)
- was sie im Einzelnen für die Verhandlungen bedeuten, ist bislang weder durch Schiedssprüche noch Rechtsprechung konkretisiert

Weitere (Verhandlungs-)grundsätze im Bereich SGB V

Aber: das Wirtschaftlichkeitsgebot ist nicht neu im SGB V!

§ 12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. ...“

Weitere (Verhandlungs-)grundsätze im Bereich SGB V

- diese Regelung ist eine Grundsatznorm des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung und gilt für alle Beteiligten
- das Wirtschaftlichkeitsgebot will den Ausgleich schaffen zwischen Sozialstaats- bzw. Versicherungsprinzip einerseits und Belastbarkeit der Beitragszahler und der Leistungsfähigkeit der Versicherungssysteme andererseits
- es findet sich an verschiedenen Stellen im SGB V und gilt daher als ein Fundamentalprinzip zur Lösung des Problems steigender Krankenversicherungsbeiträge

Weitere (Verhandlungs-)grundsätze im Bereich SGB V

- die Begriffe ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind dabei unbestimmte Rechtsbegriffe
- die KT haben insofern keinen (eigenen) Ermessens- und Beurteilungsspielraum
- vielmehr ist eine uneingeschränkte gerichtliche Überprüfung möglich
- Wirtschaftlichkeit bedeutet in keinem Fall eine rein ökonomische Kosten-Nutzen-Analyse
- neben kaufmännischen Aspekten sind auch Art, Dauer und Nachhaltigkeit des Heilerfolges zu berücksichtigen
- im Ergebnis stehen immer der Einzelfall und die speziellen Besonderheiten desselben im Vordergrund

Weitere (Verhandlungs-)grundsätze im Bereich SGB V

das bedeutet im Ergebnis:

- das Argument der Wirtschaftlichkeit ist kein „Totschlag-Argument“ für die KT, mit dem jede Vergütungsverhandlung bzw. -forderung abgebrochen bzw. abgelehnt werden kann
- zumal das Wirtschaftlichkeitsgebot auch für die LE gilt
- LE sind aber gut beraten, ihre Vergütungsforderung gut (argumentativ und kalkulatorisch) vorzubereiten und zu begründen

Was passiert, wenn die KT oder der LE individuelle Verhandlungen fordert, weil ein zu niedriger Stundensatz vom KT angeboten oder ein höherer Stundensatz vom LE gefordert wird?

- so praktiziert z.B. im Jahr 2011/2012 von der AOK NO in Berlin und Brandenburg
- der Wortlaut des § 132a Abs. 4, Satz 1 SGB V hilft nicht wirklich weiter

- dann gilt die Rechtsprechung des BSG aus dem Jahr 2009, 2013 (detailliert, s. Unterlagen MAIK 2013, 2014)

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, um zu errechnen, welche Vergütung er benötigt

BSG, Urteil vom 29.01.2009, B 3 P 7/08 R (stationär)

BSG, Urteil vom 17.12.2009, B 3 P 3/08 R (ambulant)

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

Folge: zweistufige Prüfung

1. **Schritt:** Abschätzung voraussichtliche Kosten der Einrichtung (Prognose)
 2. **Schritt:** Prüfung der Leistungsgerechtigkeit, maßgebend sind Kostenansätze vergleichbarer Einrichtungen (externer Vergleich)
- d.h. Pflegesätze/Entgelte sind dann leistungsrecht, wenn erstens die voraussichtlichen Gestehungskosten nachvollziehbar und plausibel dargelegt werden und sie zweitens in einer angemessenen und nachprüfbaren Relation zu den Sätzen anderer Einrichtungen für vergleichbare Leistungen stehen

1. Schritt: Plausibilität (Prognose)

das bedeutet grundsätzlich:

- Feststellung der Plausibilität der einzelnen Kostenansätze (d.h. plausible und nachvollziehbare Darlegung der voraussichtlichen Gestehungskosten)
- die Kostenstruktur muss erkennbar und die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall möglich sein
- dies geschieht durch geeignete Nachweise (reine Kostenkalkulation ohne jede Art von Belegen oder Informationen genügen nicht)

1. Schritt: Plausibilität (Prognose)

1. Schritt: Plausibilitätsprüfung

- der LE 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 LE darauf hinweisen oder durch geeignete Unterlagen anderer LE mit Verweis auf deren Kostenstruktur konkret darlegen, welche Positionen nicht plausibel erscheinen
- nur dann kann der KT weitere Unterlagen/Nachweise verlangen

1. Schritt: Plausibilität (Prognose)

(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 (Kalkulations-)Unterlagen des LE (z.B. Lohnjournale, Jahresbilanzen)

Dies ist so nicht zulässig!

- vielmehr gelten für die Verhandlungen zur ambulanten Vergütung die Vorgaben für die stationären Vergütungsverhandlungen (vgl. §§ 89 Abs. 3, Satz 3, § 85 Abs. 3, Satz 2 bis 4 SGB XI)

1. Schritt: Plausibilität (Prognose)

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

- bereits der Wortlaut des Gesetzes unterscheidet 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 wie folgt zusammenfassen:

1. Schritt: Plausibilität (Prognose)

1. Allgemeine Nachweispflichten

- LE haben im Rahmen der Plausibilitätsprüfung geeignete Nachweise zu erbringen, die die Kostenstruktur 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

1. Schritt: Plausibilität (Prognose)

2. Spezielle Nachweispflichten

- wird erstmals individuell verhandelt (z.B. weil vorher 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 (z.B. Zuschläge) etc. betreffen
- eine solche Vorlagepflicht besteht allerdings nur, wenn dies zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit des LE im Einzelfall erforderlich ist

1. Schritt: Plausibilität (Prognose)

- 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

2. Schritt: Prüfung Leistungsgerechtigkeit

- Vergütungsvergleich mit anderen, gleichartigen Einrichtungen im Einzugsbereich (= sie müssen leistungsgerecht sein)
- d.h. geforderte Pflegesätze müssen wirtschaftlicher Betriebsführung entsprechen,
- von der Wirtschaftlichkeit ist auszugehen, wenn die Vergütung im unteren Drittel der zum Vergleich herangezogenen Vergütungen liegt (zu ermitteln nach Intervallmethode, d.h. die Differenz zwischen niedrigstem und höchstem Stundensatz oder niedrigster und höchster Vergütung wird gedrittelt)

2. Schritt: Prüfung Leistungsgerechtigkeit

- liegt die geforderte Vergütung nicht im unteren Drittel, folgt die Überprüfung der wirtschaftlichen Angemessenheit anhand der Besonderheiten der Einrichtung
- dazu muss der LE Gründe für seine höhere Forderung aufzeigen, wobei die Einhaltung einer (Haus-)Tarifbindung und ein damit verbundener höherer Personalkostenaufwand oder die Zahlung ortsüblicher Gehälter als wirtschaftlich angemessen zu werten ist

2. Schritt: Prüfung Leistungsgerechtigkeit

- 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 LE gezahlten Vergütungen deutlich überschritten, müssen sachliche Gründe dafür vorliegen

2. Schritt: Prüfung Leistungsgerechtigkeit

das bedeutet im Ergebnis:

- die Verhandlung bzw. Anpassung/Erhöhung der Vergütung ist für jeden Pflegedienst einzeln, nach den konkreten, einrichtungsspezifischen Gegebenheiten und individuellen Strukturen vorzunehmen
- Verhandlungsergebnisse können im Einzelfall unterschiedlich sein

Welche Kosten sind kalkulierbar bzw. berücksichtigungsfähig?

- welche Kosten von den KT in der AIP in welcher Höhe konkret zu berücksichtigen sind (z.B. overhead, Fortbildungskosten etc.) ist bislang nicht gesetzlich oder höchstrichterlich geklärt
- die KT stell(t)en sich häufig auf den Standpunkt, dass sie nur die Kosten berücksichtigen, die der Versorgung des Versicherten direkt zu Gute kommen (str.)

Welche Kosten sind kalkulierbar bzw. berücksichtigungsfähig?

- andere Kostenpositionen werden ganz/teilweise gestrichen
- Verhandlungen auf Augenhöhe sehen anders aus, aber die Grundsätze der Rechtsprechung des BSG (s.o.) müssen auch die KT einhalten
- im Rahmen von Schiedsverfahren kommt es sodann meist noch zu besseren Verhandlungsergebnissen
- es lohnt sich daher im Einzelfall, den Weg des Schiedsverfahrens - mit einer plausiblen Kalkulation (!) - zu gehen

Welche Kosten sind kalkulierbar bzw. berücksichtigungsfähig?

folgende Kosten sind berücksichtigungsfähig:

1. Personalkosten (+)

- dabei handelt es sich um den größten Kostenfaktor

(P) Wie viele VZK/Personal und in welcher Höhe sind deren Gehälter zu berücksichtigen?

(P) Allein die Ist-Personalkosten?

(P) Wo und in welcher Höhe overhead-Personalkosten zu berücksichtigen?

Welche Kosten sind kalkulierbar bzw. berücksichtigungsfähig?

- nicht kalkuliert werden können Pflegehilfskräfte im SGB V (nur weil sie in der ambulanten WG auch „da sind“)
- zu kalkulieren sind auch nicht nur die Ist-Personalkosten, denn verhandelt wird prospektiv
- es kann aber passieren, dass detailliertere Nachweise erforderlich sind, wenn hohe Steigerungen im Vergleich zum bisherigen Stundensatz gefordert werden

Welche Kosten sind kalkulierbar bzw. berücksichtigungsfähig?

2. Sachkosten (+)

(P) Einzelnachweise oder pauschalisierte Annahme?

(P) In welcher prozentualen Höhe (von den Gesamtkosten)?

(P) Hängen Sachkosten von der Größe des Unternehmens ab?

(P) Was ist ein angemessenes GF-Gehalt?

(P) Welche Fortbildungskosten, in welchem Umfang sind zu berücksichtigen?

Welche Kosten sind kalkulierbar bzw. berücksichtigungsfähig?

- es ist in jedem Fall notwendig, sich im Detail mit seinen Sachkosten zu beschäftigen und diese ggfs. auch (intern) aufzuschlüsseln und abzugrenzen (z.B. Trennung nach ambulante Pflege und ambulante Intensivpflege)

Welche Kosten sind kalkulierbar bzw. berücksichtigungsfähig?

Wagnis/Unternehmerrisiko und Gewinn (+)

- strittig ist die Höhe (3 bis 6 % wurden in Einzelverhandlungen und Schiedsverfahren in der AIP bislang anerkannt)

Grundlohnsummensteigerung (+)

- diese kann in der Regel geltend gemacht werden, ohne dass weitere Nachweise oder Argumente für diese prozentuale Steigerung nötig sind

Eigen-/Fremdkapitalverzinsung (+),

- diese muss aber konkret nachgewiesen werden

Kalkulationsparameter

Welche Parameter sind bei der Kalkulation zu berücksichtigen?

1. Nettojahresarbeitszeit, in welcher Höhe?

- dazu gibt es keine vertraglichen oder gesetzlichen Vorgaben, sondern nur ein einigen Bundesländern geeinte Annahmen (z.B. 1607 h/Jahr M-V für SGB V)
- streitig sind häufig die Abzüge für Krankheit, Urlaub bzw. Organisations- bzw. Rüstzeiten
- in zuletzt geführten Verhandlungen wurden Zeiten zwischen 1480 und 1580 h/Nettojahresarbeitszeit anerkannt

Kalkulationsparameter

2. Personalschlüssel

(P) Welcher (kalkulatorischer) Personalschlüssel ist in ambulanter WG-Versorgung zu Grunde zu legen?

(P) Dürfen die KK einen geringeren, kalkulatorischen Personalschlüssel bei der WG-Versorgung annehmen bzw. bei der Berechnung des Stundensatzes zu Grunde legen als tatsächlich vom LE eingesetzt?

(P) Wie wird der Personalschlüssel in der Praxis vom LE umgesetzt bzw. vom KT geprüft?

Kalkulationsparameter

zunächst grundsätzlich:

- ein Personal- oder Betreuungsschlüssel widerspricht eigentlich dem ambulanten Versorgungscharakter bzw. der Idee der Häuslichkeit
- er sichert aber eine bestimmte Versorgungsdichte bzw. Transparenz, und damit eine Versorgungsqualität ab

Kalkulationsparameter

aber:

- welcher Personalschlüssel soll (te) vom LE angelegt bzw. vorgehalten werden bzw. muss vom KT bezahlt werden?
- zwei Schiedsverfahren in Berlin brachten dazu ernüchternde Erkenntnisse
- ausgeführt wurde in den Verfahren, dass ein Versicherter in einer Wohngemeinschaft keine 1:1 Versorgung erwarten darf (die auch nicht finanziert werden muss)
- das Wirtschaftlichkeitsgebot geht dem Recht auf Selbstbestimmung insofern vor
- welche (Personal-)Quote (z.B. 1:2, 1: 2,5, 1:3, 1:4) angemessen ist, wurde nicht konkret festgelegt

Kalkulationsparameter

3. Auslastungsgrad (Belegung):

- der Auslastungsgrad widerspricht eigentlich (auch) dem ambulanten Versorgungscharakter
- zugleich muss aber das hohe Risiko, dass die WG nicht voll belegt ist (wegen Krankenhausaufenthalt, kurzfristigem Versterben) kalkulatorisch abgebildet werden
- noch nicht geklärt ist auch insofern, in welcher Höhe eine (prozentuale) Auslastung anerkannt werden kann (diese Zahl hängt auch davon ab, welche Größe/Platzzahl die Wohngemeinschaft hat und wie hoch insofern das Risiko der (Nicht-)Belegung ist

Kostenkalkulation

- es gibt nicht die eine „richtige“ Kalkulation!
- die Krankenkassen können in keinem Fall ihr vorgelegtes bzw. übersandtes Kalkulations-muster als allein „richtig“ anfordern bzw. bewerten bzw. zur Voraussetzung oder Vorbedingung einer Vergütungsverhandlung machen

Zusammenfassung Vergütungsverhandlungen

Grundlage der (Einzel-)Vergütungsverhandlungen nach dem BSG sind danach:

1. Angaben über voraussichtliche **Gestehungskosten** (keine ausschließliche Angabe von Ist-Kosten, es wird **prospektiv verhandelt!**)
 - die Darlegungslast liegt beim LE und
2. Einordnung in das Vergütungsgefüge der übrigen LE
 - die Darlegungslast ist beim KT

Fazit I

- Ziel der KT ist es (hoffentlich), alle Versicherten, die Leistungen der AIP benötigen, kurzfristig, ordnungsgemäß und qualitativ hochwertig zu versorgen, so lange wie das nötig ist
- dabei spielt die Vergütung (Höhe) eine wesentliche Rolle

- Ziel der LE in der AIP muss es sein, eine qualitativ hochwertige Versorgung anzubieten, Versorgungs- und Vergütungsstrukturen zu etablieren und dauerhaft (vertraglich) zu hinterlegen und zu vereinheitlichen
- dabei spielt die Höhe der Vergütung ebenfalls eine wesentliche Rolle

Fazit II

Ziel aller Akteure muss es sein, den im Mittelpunkt der AIP stehenden betroffenen Menschen, sein Schicksal und seine medizinische und pflegerische Versorgung nicht aus den Augen zu verlieren!

Das Verteidigen eines „Stücks vom großen Kuchen Intensivpflege“ darf dabei nicht die vorrangige Rolle spielen!

Fazit III:

- der Aufwand für Einzelverhandlungen ist in der Regel hoch
- er lohnt sich aber, wenn der LE seine Kosten darlegen kann
- dazu muss er zwingend seine eigenen Kosten kennen, diese sind anhand einer (zunächst internen) Kostenaufstellung und –planung zu kalkulieren
- denn nur, wer seine eigenen Kosten kennt, kann einschätzen, welche Vergütungs-(Erhöhung) er benötigt, und ob der ihm angebotene Stundensatz ausreicht oder, ob individuell verhandelt werden muss (Einzelverhandlungen)
- genau darin besteht aber häufig das Problem der LE in der Praxis!

Weitere Fragen?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Anja Hoffmann LL.M.Eur.
Rechtsanwältin
Kurfürstendamm 138, 10711 Berlin
Tel. 030/8630 888-0
info@hoffmann-kanzlei-berlin.de