

AMBULANTE DIENSTE

ZUSATZVEREINBARUNGEN FÜR DIE AUSSERKLINISCHE BEATMUNG

Kassen verhindern faire Verhandlungen auf Augenhöhe

Die gesetzlichen Krankenkassen lassen Verhandlungen über Zusatzvereinbarungen für die außerklinische Beatmung häufig platzen, sagt unser Gastkommentator – und fordert mehr Schutz und Rechte für Pflegedienste.

VON RECHTSANWALT
DR. CHRISTIAN BURHOLT

Berlin // Verhandlungen über den Abschluss einer Zusatzvereinbarung gemäß § 132a Abs. 2 Satz 1 SGB V zwischen gesetzlichen Krankenkassen (verbänden) und Pflegediensten für die außerklinische Beatmung gestalten sich zunehmend schwierig. Faire Verhandlungen „auf Augenhöhe“ finden häufig nicht mehr statt. Krankenkassen (verbände) sprechen sich nicht nur in Einzelfällen untereinander über die Höhe der Stundensätze ab und nutzen ihre marktmächtigen Stellungen und die damit einhergehende Verhandlungsmacht teilweise missbräuchlich aus.

So kommt es z.B. immer wieder vor, dass einzelne Krankenkassen bereits die Aufnahme von Verhandlungen ohne Begründung von vornherein ablehnen. Stattdessen werden etwaige Versorgungsleistungen eines Kostenvorschlags imzelfall abgerechnet.

In anderen Fällen geben die Krankenkassen zwar vor, Vertragsverhandlungen aufzunehmen. Tatsächlich werden die Verhandlungen aber bewusst verschleppt. Zugunsten bereit es bereits größte Schwierigkeiten, überhaupt einen Termin zu finden. Anschließend werden lange im Voraus vereinbarte Verhandlungstermine von den Krankenkassen immer wieder kurzfristig aus den unterschiedlichsten Gründen abgesagt. Eine weitere wichtige Terminsuche beginnt. Und endlich ein Verhandlungstermin statt, verlangen die Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen plötzlich die Vorlage von Unterlagen, die lange vor dem Termin hät-

ten angefordert werden können. Wenn diese Unterlagen während des Termins nicht kurzfristig beschafft werden können – was regelmäßig nicht möglich ist –, werden die Verhandlungen „vertagt“. Es kommt auch vor, dass anders als vereinbart im Verhandlungstermin kein ent-

Pflegedienste diese sog. „Vertragsverhandlungen“ abbrechen und die Schiedsperson anrufen (vgl. § 132a Abs. 1 Satz 6-8 SGB V), erklären die gesetzlichen Krankenkassen, dass ein Fall der „Nichteinigung“ und damit die Voraussetzung für die Einleitung eines Schiedsverfahrens nicht vorliege, weil die Vertragsverhandlungen doch im vollen Gange seien. Allerdings sei der Pflegedienst seiner Verpflichtung, z.B. bestimmte Unterlagen vorzulegen, noch nicht vollständig nachgekommen, so dass weiter geprüft und verhandelt werden müsse. Darüber hinaus wird in den Vertragsverhandlungen häufig deutlich, dass sich die gesetzlichen Krankenkassen bzw. deren Verbände im Vorfeld – z.B. über die Höhe der Stundenvergütungen, die sie den Pflegediensten in einer bestimmten Region höchstens bezahlen wollen – abstimmt haben.

Das größte Problem ist allerdings, dass einige Krankenkassen (verbände) den Pflegediensten nicht einmal kostendeckende – d.h. im kartellrechtlichen Sinne schlicht ausbeuterische – Stundensätze einseitig diktieren wollen. Teilweise fordern die Krankenkassen sogar Abstriche von bereits nicht kostendeckenden Stundensätzen. Zudem weichen die Stundensätze in einigen vergleichbaren Bundesländern ohne erkennbaren Grund erheblich – d.h. im kartellrechtlichen Sinne diskriminierend – voneinander ab.

Sofern ein ambulanter Pflegedienst von der Krankenkasse einseitig diktierten Stundensatz nicht akzeptiert, muss er zudem befürchten, dass die Krankenkasse seine Patienten kurzerhand „umversorgt“, d.h. von einem ambulanten Pflegedienst versorgen lässt, der die

ausbeuterischen Stundensätze noch akzeptiert. Darüber hinaus verhindern einige Krankenkassen durch unterschiedliche „Maßnahmen“ im Rahmen des „Überleitmanagements“, dass Pflegedienste, die von ihrem Verhandlungsrecht Gebrauch machen bzw. einseitig diktierte defizitäre Stundensätze nicht akzeptieren wollen, neue Patienten erhalten.

Aus Angst vor Repressionen der Krankenkassen und wegen der geringen Erfolgsaussichten in Schieds- und sozialgerichtlichen Verfahren, in denen – nicht zuletzt aus Unkenntnis – insbesondere das Kartellrecht keine Rolle spielt, ist so gut wie kein Pflegedienst mehr bereit, gegen diese offensichtlichen Missstände vorzugehen. Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind mangels höchstrichterlicher Entscheidungen oft unklar (Kartellrecht) bzw. völlig unzureichend (Verfahren bei Nichteinigung gem. § 132a Abs. 2 Sätze 6-8 SGB V). Aufsichtsbehörden, Gerichte und Gesetzgeber sind gefordert:

Pflegedienste benötigen dringend den Schutz des deutschen Kartellrechts sowie die Unterstützung des Bundeskartellamts bzw. der Landeskartellbehörden sowie den gerichtlichen Schutz der Zivilgerichte. Die deutschen Kartellbehörden verfügen über die notwendigen Ermittlungs- und Sanktionsbefugnisse, um die o.g. missbräuchlichen Verhaltensweisen der Krankenkassen gerichts fest zu ermitteln und zu untersagen. Einige wenige erfolgreiche Kartell- bzw. Gerichtsverfahren würden eine erhebliche Abschreckungswirkung erzeugen und vermutlich alle Krankenkassen dazu bewegen, Verträge mit den Pflegediensten in Zukunft kartellrechtskonform zu verhandeln und abzuschließen.

Das in § 132a Abs. 2 Sätze 6-8 SGB V vorgesehene Verfahren bei Nichteinigung muss grundlegend reformiert werden. Beispielsweise sollte

pro Bundesland eine unabhängige Schiedsperson für einen bestimmten Zeitraum bestellt werden. Denkbar wären auch paritätisch besetzte Schiedsstellen mit einem unabhängigen Vorsitzenden. Ebenfalls sollte pro Bundesland oder bundesweit eine Schiedsordnung mit festgelegten Verfahrensschritten, kurzen Fristen usw. existieren.

Eine Lösung: paritätisch besetzte Schiedsstellen

Schiedsperson, Schiedsordnung und der Verfahrensablauf wären dem Streit der Parteien von vornherein entzogen. Zudem wäre zu erwägen, ob sozialgerichtliche Klagen gegen einen Schiedsspruch zukünftig keine aufschiebende Wirkung mehr haben sollten. Etwaige Verzögerungstaktiken wären dann nicht mehr möglich.

Die Pflegedienste sind an fairen Vertragsverhandlungen und –abschlüssen mit den Krankenkassen interessiert. Für eine hochwertige Beatmungspflege benötigen sie vor allem gut aus- und fortgebildete Pflegefachkräfte, denen sie im Wettbewerb mit anderen Arbeitgebern attraktive Konditionen bieten müssen. Nicht zuletzt deshalb sind die Pflegedienste darauf angewiesen, dass alle Krankenkassen auskömmliche Stundensätze bezahlen. Andernfalls werden sie in Deutschland wirtschaftlich nicht überleben können. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ liefe ausgerechnet in dem sensiblen Bereich der außerklinischen Beatmungspflege leer.

■ Christian Burholt ist Rechtsanwalt bei DIERKS + BOHLE Rechtsanwälte in Berlin.
Internet: www.db-law.de

ZITAT



Foto: Archiv

// Aus Angst ist so gut wie kein Pflegedienst mehr bereit, gegen diese offensichtlichen Missstände vorzugehen. //

CHRISTIAN BURHOLT

scheidungs befugter Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen anwesend ist oder die Krankenkassen im Verhandlungstermin plötzlich völlig neue Forderungen stellen. Auch in diesen Fällen müssen die Verhandlungen „vertagt“ werden. Das Procedere (Terminsuche, Terminabsagen, etliche Verhandlungsrunden) beginnt von Neuem. Wollen die