

Die Angst in Stich gelassen zu werden

Dort, wo die Kassen den Pflegediensten wenig Geld bezahlen, können die Pflegedienste ihr Personal nur niedrig entlohnen. Pflegedienste werden so in die Lage versetzt, ihre Fachpflegekräfte nicht in Anlehnung tariflicher Löhne bezahlen zu können. Die Folge: hochqualifiziertes Personal kündigt, geht dorthin, wo es angemessen vergütet wird – in die Kliniken oder etwa ins Ausland. Personalnot in der Intensivpflege ist keine neue Erkenntnis. Aber neu ist – zumindest für mich als Vater eines beatmeten Mädchens – dass im Bereich der häuslichen Intensivpflege die gesetzlichen Krankenkassen den Fachkräftemangel forcieren.

Rückblick: Deike – so heißt meine 14-jährige Tochter – erlitt einen Geburtsstillstand, der einen Sauerstoffmangel auslöste, der wiederum Grund für ihren Hirnschaden ist. Meine Frau Anja und ich sorgen zusammen mit hervorragenden Intensiv-Pflegekräften und Therapeuten sowie mit Unterstützung erstklassiger Ärzte dafür, dass es Deike zuhause so gut geht, wie irgend möglich.

Unsere Tochter hat nach ärztlicher Verordnung Anspruch auf eine 24-stündige tägliche Behandlungspflege. Leider ist es unserem alten Pflegedienst mit den über viele Jahre unveränderten Kassenkonditionen nicht mehr möglich gewesen, ausreichend geeignetes Pflegefachpersonal zu bekommen, weswegen meine Frau und ich neben unseren beruflichen Tätigkeiten die nächtliche intensive Pflege an unserer Tochter durchführten. Kündigte in Deikes Team ein Mitarbeiter, weil er woanders besser verdienen konnte, ist es diesem Pflegedienst unmöglich gewesen, die entstandenen Personal-Lücken zu ersetzen. Weil Fachpersonal fehlte, fielen in den letzten Monaten bei Deike immer mehr Schichten aus, zunehmend auch komplette Tage neben den Nächten. Die endgültige Kündigung ist schließlich zum 30. Juni 2015 ausgesprochen worden. Wir baten unsere Krankenkasse sofort darum, uns einen Nachfolge-Pflegedienst zu benennen. Die Kasse hat aber keinen Pflegedienst benannt, der die Versorgung hätte übernehmen können. Die Kasse versuchte für Deike in einem Altenheim einen Platz zu finden. Aus unserer Sicht ist das keine Alternative für ein Kind.

Wir haben uns selbst auf die Suche gemacht nach einem Intensiv-Pflegedienst. Nach vielen Absagen haben wir einen Anbieter gefunden, der die Pflege hätte im verordneten Rahmen sofort bei uns in Schleswig-Holstein übernehmen können, zu einem Stundensatz, der 4 Euro über dem Alten lag. Ein Vertrag zwischen der Kasse und dem neuen Pflegedienst kam aber nicht zu Stande, weil die Kasse es nicht für nötig hielt, die gesetzlich vorgesehenen Vergütungsverhandlungen mit dem von uns gefundenen Pflegedienst zu beginnen. Weil wir in der Luft hingen, blieb uns zur Sicherstellung der ärztlich verordneten Pflege nichts anderes übrig, als den neuen Pflegedienst für die Ausfalltage des alten Pflegedienstes im Mai selbst zu beauftragen. Jetzt greift normalerweise das Kostenerstattungsprinzip (§ 13 Abs. 2 SGB V) im Gegensatz zum Sachleistungsprinzip. Jedenfalls glaubten meine Frau und ich an das Gesetz.

Als wir begannen, über diese Situation in der Öffentlichkeit zu sprechen, hat der Verband der Ersatzkassen (VdEK) am Freitag, 19. Juni 2015 auf Bestreben der BARMER GEK ein Verwaltungsverfahren zum Entzug der Zulassung gegen den neuen Pflegedienst eingeleitet, weil dieser uns eine Rechnung stellte, für eine Leistung, die wir selbst beauftragt hatten. Das fatale an dieser Situation: Die Kasse gefährdete so nicht nur die Versorgung von Deike, sondern auch vieler anderer Patienten dieses Pflegedienstes.

Ich habe daraufhin am 19. Juni 2015 den Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann (CDU), auf einer Veranstaltung in Anwesenheit eines Fernseheteams abgefangen und persönlich von dem Fall unserer Tochter Deike berichtet. Der Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit versicherte mir vor laufender Kamera, dass das Vorgehen der Kasse im Fall Deike nicht von der Bundesregierung und nicht vom Gesetzgeber beabsichtigt

sei. So etwas müsse verhindert werden. Der Beauftragte der Bundesregierung versprach mir, dass er sich persönlich und umgehend für die Sicherstellung der Versorgung meiner Tochter einsetzen werde. Die Krankenkassen müssten ihren gesetzlichen Sicherstellungs-Auftrag erfüllen, so Karl-Josef Laumann.

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung intervenierte tatsächlich am Morgen des 25. Juni 2015 beim Vorstand der BARMER GEK, der wiederum noch am selben Vormittag die Fachabteilung in Kiel kontaktierte. Zeitgleich saß der Pressesprecher der BARMER GEK in einem Interview des ZDF und versuchte hier noch die bisherige Position der BARMER GEK zum Fall Deike zu vertreten nach dem Motto „Preisverhandlungen seien zweitrangig, der Pflegedienst müsse auch ohne Preisverhandlung tätig werden“.

Am Mittag des selben Tages ruderte die Kasse zurück, wir erhielten die telefonische Nachricht

aus dem Büro des Patientenbeauftragten sowie von der Landesvertretung der BARMER GEK in Kiel, dass der VdeK das Verfahren einstellen werde und man sich mit dem neuen Pflegedienst einigen will, damit Deike ab 1. Juli im häuslichen Bereich weiterversorgt werden kann. Das Verfahren vor dem VdeK gegen den neuen Pflegedienst wurde sofort eingestellt. Die Einsätze des neuen Pflegedienstes, den Mai betreffend, konnten plötzlich durch die BARMER GEK voll bezahlt werden. Erst sieben Wochen nach Abgabe des Angebots durch den Pflegedienst, erfolgte eine Kostenübernahmeerklärung der Kasse. Seit dem 1. Juli 2015 steht die Versorgung.

Deike ist kein Einzelfall. Der Gesetzgeber geht lediglich davon aus, dass die Preise für die Leistungen der häuslichen Intensivpflege reine Verhandlungssache zwischen den Krankenkassen und den Pflegediensten ist. Nach mei-

Fortsetzung auf Seite 26

nen Recherchen ist diese Annahme, nicht nur mehr als „blauäugig“, sie wird seit vielen Jahren von der Realität widerlegt. Es finden zwischen den gesetzlichen Krankenkassen nachweislich massive Preisabsprachen über die in einem Bundesland an die Pflegedienste zu zahlende Vergütung (die sog. „ortsübliche“ Vergütung) statt. Infolge dessen laufen die „Verhandlungen“ zwischen den Pflegediensten und den Krankenkassen in der Regel ins Leere und werden von den Kassen oft über Jahre hin verschleppt.

Wie mir verschiedene ambulante Pflegedienste – unabhängig voneinander – versichert haben, wird von den Pflegediensten die Vorlage einer betriebswirtschaftlichen Kostenkalkulation verlangt. Legt der Pflegedienste diese Zahlen den Kassen vor, werden die Angaben der Pflegedienste oft als falsch oder überhöht zurückgewiesen. Aus verschiedenen Verhandlungen mit Krankenkassen berichteten mir die beteiligten Pflegedienste, dass die Verhandlungsführer der Krankenkassen den Pflegediensten sogar vorwerfen, ihr Pflegefachpersonal „zu gut“ zu bezahlen. Diese Aussage wird von den Verhandlungsführern der Kassen damit untermauert, dass ihnen bekannt sei, dass es andere Pflegedienste gäbe, die ihrem Fachpersonal „viel weniger“ bezahlen würde.

Scheitern die – oft jahrelangen – Verhandlungen zwischen Pflegediensten und Krankenkassen – was nicht selten der Fall ist –, so ist nach § 132 a Abs. Satz 6 SGB V zwischen Krankenkasse und Pflegedienst eine Einigung auf eine Schiedsperson erforderlich. Diese kommt in aller Regel nie zustande, so dass stets der Pflegedienst gezwungen ist, eine Schiedsperson nach § 132 a Abs. 2 S. 7 SGB V durch die Aufsichtsbehörde der jeweiligen Krankenkasse bestimmen zu lassen. Dabei fällt auf, dass die Aufsichtsbehörden in vielen Fällen Schiedspersonen bestimmen, die die Wunschkandidaten der Kassen sind oder sich doch zumindest bereits in der Vergangenheit als sehr „verlässliche“ Partner der handelnden Behörden erwiesen haben.

Sollte es in einem Schiedsverfahren – wider Erwarten – zu einer höheren Vergütung kommen, so erheben die Kassen gegen den Schiedsspruch Klage vor den Sozialgerichten und verhindern oft über Jahre hinweg die Umsetzung einer höheren Vergütung. Zusammenfassend kann man feststellen, dass die Kostenträger die von dem Gesetzgeber eingeräumten Verhandlungsspielräume bei der Preisbildung dermaßen massiv missbrauchen, dass die Bundesregierung dringend eine gesetzliche Regelung über eine bundesweit ein-

heitliche Vergütung schaffen muss, die es den Pflegediensten auf Dauer ermöglicht, die gleichen Vergütungen entsprechend zu bezahlen, wie es in den Krankenhäusern üblich ist.

Das Bundeskartellamt schreibt in seiner Internetpräsenz, dass ein besonderes Augenmerk darauf läge, dass die vom Gesetzgeber zur Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung geöffneten Verhaltensspielräume nicht durch die Krankenkassen wieder zu Lasten der Patienten verengt würden. Aus meiner Sicht geschieht jedoch genau das mit der Versorgung im ambulanten Bereich – im Ergebnis letztendlich zu Lasten meiner Tochter und vieler anderer Patienten. Passt der öffentlich-rechtliche Versorgungsauftrag überhaupt zusammen mit dem tatsächlichen Geschäftsgebaren der gesetzlichen Krankenkassen, die sich die Kompetenzen eines Unternehmens herausnehmen?

Wer nicht kämpft hat schon verloren. Ohne Widerspruch oder Klage keine Leistung. Für Patienten ist die derzeitige Gesetzeslage in Wahrheit nichts anderes als eine Lotterie: Wer einen Pflegedienst bekommt, hat Glück, wer nicht, zieht den Kürzeren und muss sehen, wo er bleibt. Das ist kein Zustand, der Gesetzgeber ist gefordert.

Tilman Holweg