

Abrechnungsprüfung

2. ALTENPFLEGEKONGRESS

MÜNSTER, 15.05.2019

RECHTSANWALT PROF. RONALD RICHTER

RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

...sprechen wir also
über Abrechnungs-
prüfungen!

10. Oktober 2016, 19:07 Uhr Krankenkassen

Abrechnungsbetrug der Krankenkassen alarmiert Aufsichtsamt



Jens Baas: "Die Kassen bezahlen zum Beispiel Prämien von zehn Euro je Fall für Ärzte, wenn sie den Patienten auf dem Papier kränker machen." (Foto: dpa)

- Krankenversicherungen hätten Ärzte dazu gebracht, falsche Diagnosen zu stellen, um mehr Geld zu kassieren, sagt der Chef der Techniker Krankenkasse.

ANZEIGE



...sprechen wir also über Abrechnungsprüfungen!
~~betrug...~~

Ärzte Zeitung, 18.06.2013 10:26

Niedersachsen

Geldstrafe für Ex-Leiter des MDK verhängt

Die Hannoveraner Richter haben die Strafe wegen Untreue aber zur Bewährung ausgesetzt.

HANNOVER. Wegen "Anstiftung zur Untreue" hat das Amtsgericht Hannover am Dienstag, 11. Juni 2013, eine Geldstrafe gegen den ehemaligen Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) in Niedersachsen, Jürgen Vespermann, verhängt.

Er habe veranlasst, dass er eine höhere Vergütung bekomme, als ihm zustehe. Die Strafe von 180 Tagessätzen zu je 30 Euro (insgesamt 5400 Euro) wurde allerdings zur Bewährung ausgesetzt.

Vespermann soll mehrfach durch Vorlagen in der Unterschriftenmappe des Verwaltungsratsvorsitzenden des MDK Niedersachsen veranlasst haben, dass er mehr Gehalt ausbezahlt bekommt, als ihm gebührte - von 2001 bis 2008 insgesamt 146.419 Euro.

Dabei soll er gewusst haben, dass es dafür keine rechtliche Grundlage gab und ihm das Geld daher nicht zustand.

Dem Amtsgericht zufolge hat Vespermann ein Drittel des Schadens bereits zurückgezahlt und eine zeitnahe Überweisung des Rests glaubhaft zugesichert. Als Konsequenz der Vorfälle sei er bereits aus dem Beamtenverhältnis ausgeschieden und habe seine Pensionsansprüche verloren. Zudem sei er bislang unbestraft.

Daher setzte das Gericht den Strafbefehl zur Bewährung aus. Wenn der Ex-Geschäftsführer wie angekündigt den Schaden ersetzt und sich im kommenden Jahr gesetzestreu verhält, muss er danach die Strafe nicht zahlen. (mwo)

Az.: 241 Ls 296/12

Hannover. Nach mehreren Gerichtsverfahren ist die illegale Gehaltserhöhung für den ehemaligen Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) juristisch aufgearbeitet. Von 2001 bis 2009 hatte MDK-Chef Jürgen Vespermann zu viel Geld kassiert. Die beiden Vorsitzenden des MDK-Verwaltungsrates, einer von ihnen ein ehemaliger SPD-Bundestagsabgeordneter, hatten die Gehaltserhöhung im Alleingang durchgewunken. Der Verwaltungsrat wurde umgangen.

118 000 Euro müssen beglichen werden

Das Landessozialgericht (LSG) in Celle urteilte nun: „Die ehemaligen Vorsitzenden des MDK-Verwaltungsrates sind zum Schadensersatz verpflichtet.“ Das Gericht bezifferte die Summe des zuviel gezahlten Gehalts auf 410 000 Euro. Davon habe Vespermann

zurückbezahlt. Die beiden ehemaligen Verwaltungsratsvorsitzenden müssten noch etwa 118 000 Euro begleichen, sagt LSG-Sprecher Carsten Kreschel. Das LSG hat kein Rechtsmittel zugelassen. Ihnen bleibt nur noch die Möglichkeit einer Nichtzulassungsbeschwerde beim Bundessozialgericht.

Bei Betrachtung der Fakten erscheint das Ganze als große Mausechale. Denn laut LSG-Urteil sei eine Erhöhung des Geschäftsführergehaltes „auf politischer Ebene nicht durchsetzbar“ gewesen. Sprich das Sozialministerium hatte die Erhöhung des Entgelts abgelehnt. Insofern hatte es auch keine Mehrheit im Verwaltungsrat gegeben.

Beschuldigte: „Wir hatten keine Kenntnis der Rechtsmaterie“

Vor dem LSG hatten die Ex-Verwaltungsratsvorsitzende argumentiert, sie hätten keine Kenntnisse von der Rechtsmaterie gehabt und Vespermann vertraut. Zudem hätten sie die ehrenamtlichen Positionen im MDK-Verwaltungsrat auf Grund ihrer politischen Aktivitäten wahrgenommen. Das LSG meinte hingegen, dass zu erwarten sei, dass die Beklagten sich mit der Übernahme des Amtes mit ihren Pflichten vertraut machten. Kreschel: „Unkenntnis befreit nicht von Haftung.“

Ex-MDK-Chef lebt von 1000 Euro Rente

betrug...

Entwicklung

1. Schritt: **PSG II** – Abrechnungsprüfung wird Bestandteil der Qualitätsprüfung

2. Schritt: **PSG III** – Erweiterung der Aufgaben des MDK in Bezug auch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege um systematische **Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen**,

um Patienten und Angehörigen,

aber auch die korrekt arbeitende und abrechnende große Mehrzahl der Pflegedienste künftig besser vor Falschabrechnungen und den möglichen kriminellen Handeln einzelner Anbieter geschützt.

BT-Drucks. 18/9518, 43.

Instrumente der Kranken- und Pflegekassen

- Qualitäts- und Abrechnungsprüfung sowohl für die häusliche Pflege nach § 275b SGB V als auch für den Bereich der Pflege im §§ 114, 114a SGB XI,
- Rahmenverträge für die pflegerische Versorgung umfassen weitere Kriterien für die Vertragsvoraussetzungen und -erfüllungen (Kriterien wie Geeignetheit des Betreibers, aber auch Art der Buchführung),
- Lockerung des Kontrahierungszwangs der Kranken- und Pflegekassen, bei Nichteignung erfolgt keine Zulassung,
- Anzeigepflicht intensivpflegerischer Leistungen durch einen Pflegedienst in "stationsähnlichen" Wohnformen gegenüber der Krankenkasse.

„Arten der Unregelmäßigkeiten“

Fälle, in denen es nicht nachvollziehbar erscheint, dass alle in Rechnung gestellten Maßnahmen auch tatsächlich erbracht wurden.

„Unstimmigkeiten zwischen Pflegedokumentation und Auskünften der Pflegebedürftigen“, „Leistungen, die häufiger in Rechnung gestellt als erbracht wurden“, „Leistungen, die in Rechnung gestellt, aber gar nicht erbracht wurden“.

Die in Rechnung gestellten Maßnahmen wurden nicht vertragskonform erbracht:

- Abrechnungsausschlüsse missachtet
- Leistung wurde nicht vollständig erbracht (nur eine „Teilwäsche im Bett“ hat stattgefunden, obwohl die wesentlich komplexere Leistung „Duschen inklusive Transfers, An- und Auskleiden“ in Rechnung gestellt wurde).
- Qualifikationsanforderungen wurden unterlaufen (Hilfskraft statt Pflegefachkraft).

RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

Die Realität:
Abrechnungsausschluss?

AOK PLUS Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen

AOK PLUS - 11088 Dresden

Ihre Abrechnung Pflege (HKP) Final
Postanschrift: 01058 Chemnitz
Serviceleibn: 0800 1059000*
-340*
tk.de

Durchwahl: 0800
Uhrzeit: 17:05
Datum: 2. Mai 2019

Rückforderung von Leistungen der Krankenversicherung
Name, Vorname:
geboren am: 31.0
Anschrift: 01685 K
Versichertennummer
Geschäftskennzeichen

Sehr geehrte Damen und Herren,

für Herrn haben wir Leistungen der Häuslichen Krankenpflege für den Zeitraum vom 02.03.2019 bis 29.03.2019 in Höhe von 1.078,00 EUR angewiesen.

Der Versicherte hat einen Pflegegrad. Es besteht aus diesem Grund maximal Anspruch auf Leistungen in Höhe des Pflegegrades.

Bitte überweisen Sie den Betrag von 389,00 EUR in den nächsten Tagen unter Angabe des Geschäftskennzeichens auf eines der unten angegebenen Bankkonten.

Haben Sie hierzu Fragen, rufen Sie uns bitte an.

Freundliche Grüße

Abrechnungs- prüfung

DAK-Gesundheit, Postfach 0 444, 20001 Hamburg

Gesetzliche Krankenversicherung
DAK-Gesundheit
Postfach 12 14 44
20088 Hamburg
Telefon: 340 667 2100
Telefax: 043 154 701
E-Mail: info@dak.de
Internet: www.dak.de
persönlicher Postfach: 03 10 15,
unser Zeichen: 15 01 2019

Prüfbericht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 114 ff SGB XI
Versicherter S, Geb.-Dat.
Versicherter G, Geb.-Dat.

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

der Gesetzgeber hat die Krankenkassen dazu verpflichtet, Hinweisen auf mögliche Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweifelnde Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der Krankenkasse nachzugehen (§ 197a Absatz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V).

Am 15.09.2018 wurde im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen in Form einer Pflegedienstliche Qualitätsprüfung nach §§ 114 ff. SGB XI durchgeführt. Gegenstand der Prüfung waren auch die Abrechnungen über von Ihnen erbrachten pflegerischen Leistungen.

Die Prüfung der Abrechnungen erfolgt anhand von Stichproben und bezieht sich ausschließlich auf die ambulante Pflege. Auffälligkeiten werden durch die Prüfer dokumentiert, sofern nicht nur im Einzelfall konkrete Hinweise auf Fehler in den abrechnungsrelevanten Unterlagen vorliegen.

Für den/die von der Stichprobe erfassten Versicherten der DAK-Gesundheit haben die Prüfer festgestellt:

- Andere (ggf. mehrere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht
- Qualifikationsanforderungen unterlaufen
- Abrechnungen von SGB V und SGB XI im gleichen Zeitraum

Einzeldokumentation der Feststellungen gem. Gutachten

Versicherter S

„15.1.15 - andere (ggf. mehrere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht

Nach Angaben des Pflegedienstes sowie der versorgten Person wird im Rahmen des „UX 12, Reinigung der Wohnung“ im Anschluss an die Körperpflege das Badezimmer („Washbecken, Spiegel usw.“) gereinigt. Hierbei handelt es sich um die Kernleistung des Arbeitsbereiches im Rahmen der Grundpflege, diese ist bereits Inhalt des „L04, große Margensollkarte“.

Von Seiten der Einrichtung besteht zu dieser Feststellung ein Dissens.

Nach Angaben der Einrichtung, sind die Anforderungen der versorgten Person zur Nachbereitung des Arbeitsplatzes über das normale Maß hinaus.

Angaben hierzu stellen sich in der Pflegedokumentation nicht nachvollziehbar dar.

Rechtsgrundlagen

- Der § 114 SGB XI bildet die Grundlage für das Prüfrecht des MDK.
- Ziff. 8 QPR ambulant (Prüfungsinhalte und -bedingungen)
- Kapitel 14 aus der MDK-Prüfanleitung (Grundlage § 114 ff. SGB XI)
- § 197a SGB V i.V.m. § 47a SGB XI, Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen
- Rahmenverträge §§ 132, 132a SGB V + Vergütungsvereinbarungen. In den Rahmenverträgen sind vor allem die Qualifikationsanforderungen und Bedingungen für das Personal hinterlegt, die die Leistungen der Behandlungspflege erbringen dürfen.
- Rahmenverträge § 75 SGB XI + Vergütungsvereinbarungen. In einigen Bundesländern ist in diesen Verträgen sehr klar geregelt, wie die einzelnen LK zu erbringen sind

§ 114 Abs. 2 Satz 5 und 6 SGB XI

Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität

- der allgemeinen Pflegeleistungen,
 - der medizinischen Behandlungspflege,
 - der Betreuung einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 43b SGB XI,
 - der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI),
 - der Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI) und
 - der nach § 37 SGB V erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege
- Sie umfasst auch die **Abrechnung der genannten Leistungen**.

Voraussetzung: Einwilligung des Kunden

- auch für eine Einsichtnahme in **abrechnungsrelevante Unterlagen**
- nach § 114a Abs. 2 und 3 SGB XI in **Textform** (= § 126b BGB).
- aber: ausnahmsweise reicht eine mündliche Einwilligung
- dies ist von den Prüfern schriftlich zu dokumentieren.
- Dabei muss die Einwilligung vor der Einbeziehung des Pflegebedürftigen in die Prüfung vorliegen.

Neu: Keine Ablehnung auf Vorrat!

§ 114a Abs. 3a Sätze 1 – 4 SGB XI,

da dem Gesetzgeber „vermehrt Informationen bekannt gewordenen sind, wonach Qualitätsprüfungen des MDK bei ambulanten Pflegediensten durch die Vorlage **standardisierter Widersprüche** der von diesen betreuten Personen verhindert wurden. Die betreffenden Pflegedienste haben sich im Rahmen der Prüfungen geweigert, dem MDK Listen mit den Namen der von dem Pflegedienst versorgten Personen für die Auswahl der in die Prüfung einzubeziehenden Personen vorzulegen. Für die Prüfer bestand hier keine Transparenz über den versorgten Personenkreis. Zudem konnte der MDK nur sehr eingeschränkt eine Personenstichprobe für die Prüfung zusammenstellen.“

BT-Drucks. 18/10510, 119.

Datenschutz?

§ 114a Abs. 3a Satz 1 SGB XI:

Die Pflegeeinrichtungen haben im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht nach § 114 Abs. 1 Satz 4 SGB XI insbesondere **die Namen und Kontaktdaten der von ihnen versorgten Personen** an die jeweiligen Prüfer weiterzuleiten.

Datenschutz, § 97 Abs. 1 SGB XI

Der MDK darf personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach den §§ 18, 38a, 40, **112, 113, 114, 114a**, 115 und 117 SGB XI erforderlich ist.

Die Daten dürfen für andere Zwecke nur verarbeitet und genutzt werden, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.

§ 79 Abs. 4 SGB XI: Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen

(4) Die Landesverbände der Pflegekassen können eine Abrechnungsprüfung selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige durchführen lassen, **wenn tatsächliche Anhaltspunkte** dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung **fehlerhaft abrechnet**. Die Abrechnungsprüfung bezieht sich

1. auf die Abrechnung von Leistungen, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden, sowie
2. auf die Abrechnung der Leistungen für Unterkunft und Verpflegung (§ 87).

Für die Abrechnungsprüfung sind Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie die Absätze 2 und 3 entsprechend anzuwenden.

§ 132a Abs. 4 Satz 12 SGB V

Die Leistungserbringer sind verpflichtet, an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b SGB V teilzunehmen; die Vorschriften zur Regelprüfung nach § 114 Absatz 2 SGB XI bleiben unberührt.

Der Leistungserbringer hat der Krankenkasse **anzuzeigen**, dass er behandlungspflegerische Leistungen erbringt, bei denen aufgrund eines erhöhten Pflegeaufwandes oder einer Bedrohung der Vitalfunktionen des Versicherten die **ununterbrochene Anwesenheit einer Pflegefachkraft** erforderlich ist, wenn er diese Leistungen für mindestens **zwei Versicherte** in einer durch ihn oder einen Dritten organisierten Wohneinheit erbringt.

§ 275b SGB V

Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den MDK

Die Landesverbände der Krankenkassen veranlassen bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Abs. 2 SGB V abgeschlossen haben und die **keiner Regelprüfung** nach § 114 Abs. 2 SGB XI unterliegen, Regelprüfungen durch den MDK; § 114 Abs. 2 und 3 SGB XI gilt entsprechend.

Abrechnungsprüfung, Ziff. 8 Abs. 1 QPR

Es werden in Rechnung gestellte Leistungen nach **Ziff. 6 Abs. 3 QPR** in die Abrechnungsprüfung einbezogen.

Die Regelprüfung bezieht sich in der ambulanten Pflege auf die Qualität der

- körperbezogenen Pflegemaßnahmen,
 - pflegerischen Betreuungsmaßnahmen,
 - Hilfen bei der Haushaltsführung,
 - Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.
- } § 36 SGB XI

Umfang, Ziff. 8 Abs. 2 QPR

Die Abrechnungsprüfung erfolgt für **mindestens sieben Tage**, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder zweier Feiertage.

Die Prüferin/der Prüfer kann **eigenständig weitere Tage** zur Sicherstellung des festgestellten Sachverhaltes/zur eindeutigen Klärung des Abrechnungsverhaltens in die Abrechnungsprüfung einbeziehen.

Heißt: nur weitere Tage, **NICHT**
aber andere Kunden!

Stellt der MDK im Rahmen einer Qualitätsprüfung Auffälligkeiten in der Abrechnung fest, kann die Regelprüfung im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen in eine abrechnungsbezogene Anlassprüfung umgewandelt werden.

Einbezogene Kunden, Ziff. 8 Abs. 3 QPR

Die Abrechnungsprüfung erfolgt bei der Personenstichprobe gemäß Ziff. 6 Abs. 7 und 8 QPR.

Für die Auswahl der in die Prüfungen einzubeziehenden Personen gilt: Es werden Personen, die Sachleistungen nach dem SGB XI beziehen und zumindest körperbezogene Pflegemaßnahmen in Anspruch nehmen, wie folgt zufällig ausgewählt und in die Prüfung einbezogen:

- Drei Personen aus dem Pflegegrad 2
- Drei Personen aus dem Pflegegrad 3
- Zwei Personen zusammen aus den Pflegegraden 4 und 5.

Personen unterhalb Pflegegrad 2 werden nicht in die Prüfung einbezogen.

Bewertungsmaßstab, Ziff. 8 Abs.4 QPR

- Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI einschließlich Anlagen,
- die **aktuell geltenden Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI** sowie
- die Verträge nach § 132a Abs. 2 SGB V einschließlich der für die Prüfung notwendigen Anlagen.
- Darüber hinaus ist die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses heranzuziehen.
- Die Vergütungsvereinbarungen bzw. Verträge nach § 132a SGB V sind vom ambulanten Pflegedienst bereit zu halten. Wenn für privat versicherte Pflegebedürftige keine entsprechenden Vertragsunterlagen zur Verfügung stehen, ist bei diesen Personen eine Prüfung der vertragskonformen Abrechnung der Leistungen nicht möglich.

Unterlagen für die Abrechnungsprüfung

Unterlagen, die zur Abrechnungsprüfung **eingesehen** werden, Ziff. 8 Abs. 5

- insbesondere Pflegeverträge,
- Kostenvoranschläge,
- Pflegedokumentationen,
- Durchführungsnachweise/Leistungsnachweise,
- Rechnungen,
- Handzeichenlisten,
- Qualifikationsnachweise,
- Dienstpläne, Einsatz- oder Tourenpläne,
- Stundennachweise,

Unterlagen (II), Ziff. 8 Abs. 5 QPR

- Arbeitsverträge/Mitarbeiterlisten mit Stellenanteilen,
 - Berufsurkunden,
 - Verordnungen für häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 1, 1a und 2 SGB V,
 - Genehmigungen der Krankenkassen für Leistungen nach § 37 SGB V.
-
- Nicht genannt, aber wichtig: Ablehnungen der Verordnungen für häusliche Krankenpflege [da bis zur Ablehnung – vgl. § 6 Abs. 6 HKP-Richtlinie - abgerechnet

Unterlagen (III), Ziff. 8 Abs. 5 QPR

Liegen die entsprechenden Unterlagen nicht vor, ist die Abrechnungsprüfung dennoch so weit als möglich durchzuführen. Im Prüfbericht ist zu vermerken, welche Gründe hierfür vorlagen.

(Nur) bei Auffälligkeiten in der Abrechnung werden **Kopien** der relevanten Unterlagen angefertigt, Ziff. 8 Abs. 5 Satz 5 QPR.

A! Ein „Beweissicherungsrecht“ kennen die §§ 114, 114a SGB XI **nicht!**

Kopien

Das Recht zur Prüfung umfasst insbesondere die **Einsichtnahme** in die Pflegedokumentation und Abrechnungsunterlagen sowie beispielsweise Tourenpläne ambulanter Dienste, nicht aber, davon oder von anderen prüfrelevanten Unterlagen **Kopien** zu fertigen.

Eine solche Befugnis bedarf im Hinblick auf den Gesetzesvorbehalt von Art. 12 Abs. 1 GG einer parlamentsgesetzlichen Regelung.

Der Begriff der Einsichtnahme kann bereits sprachlich keine Ablichtungen o.a. meinen.

Ziff. 4 Abs. 2, Ziff. 8 Abs. 5 Satz 5 QPR ist insoweit **rechtswidrig**.

Vgl. *Kaminski PflR* 2017, 207.

Ausgangspunkt: Pflegevertrag

MInfo		ja	nein
14.1.1	Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Freitext:</i>			

Erläuterung zur Prüffrage 14.1.1:

Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn ein schriftlicher von der Pflegeeinrichtung und vom Pflegebedürftigen unterschriebener Vertrag vorliegt, dieser die tatsächlich zu erbringenden Leistungen enthält und die daraus resultierenden Kosten ausweist.

Die Frage ist u.a. mit „nein“ zu beantworten, wenn im Pflegevertrag die aktuell tatsächlich erbrachten Leistungen nicht dargestellt sind oder wenn der Kostenvoranschlag nicht die aktuell zu berechnenden Leistungen umfasst.

Pflegevertrag, § 120 Abs. 1 Satz 1 SGB XI

Bei häuslicher Pflege übernimmt der zugelassene Pflegedienst spätestens mit Beginn des ersten Pflegeeinsatzes auch gegenüber dem Pflegebedürftigen die Verpflichtung, diesen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit, entsprechend den von ihm in Anspruch genommenen Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 zu versorgen (**Pflegevertrag**).

...wird ein Formerfordernis („schriftlich“) geregelt?

NEIN!, aber: § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB XI:

Der Pflegedienst hat den Pflegebedürftigen vor Vertragsschluss ... **in der Regel schriftlich** über die voraussichtlichen **Kosten** zu unterrichten.

Ausgangspunkt: Pflegevertrag

MInfo		ja	nein
14.1.1	Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freitext:			

Erläuterung zur Prüffrage 14.1.1:

Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn ein **schriftlicher** von der Pflegeeinrichtung und vom Pflegebedürftigen unterschriebener Vertrag vorliegt, dieser die tatsächlich zu erbringenden Leistungen enthält und die daraus resultierenden Kosten ausweist.

Die Frage ist u.a. mit „nein“ zu beantworten, wenn im Pflegevertrag die aktuell tatsächlich erbrachten Leistungen nicht dargestellt sind oder wenn der Kostenvoranschlag nicht die aktuell zu berechnenden Leistungen umfasst.

RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

44

So auch T26!

M/T26B		ja	nein	E.
2.3	Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 2.3:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der ambulante Pflegedienst nachweisen kann, dass er regelhaft Kostenvoranschläge vor Abschluss eines Pflegevertrages erstellt. Als Nachweis dienen Kostenvoranschlagsmuster, Pflegevertragsmuster sofern die Kostenvoranschläge Bestandteil des Vertragsangebot umfassen oder andere geeignete Nachweise, wie z. B. Verfahrensanweisungen, die belegen, dass der ambulante Pflegedienst vor Vertragsabschluss den pflegebedürftigen Menschen über seine voraussichtlichen Selbstkosten aufklärt.

RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

45

Der Pflegevertrag ...

Wann ist eine schriftliche Fassung notwendig?

§ 120 Abs. 2 Satz 1 SGB XI:

Der Pflegedienst hat **nach Aufforderung** der zuständigen Pflegekasse unverzüglich eine Ausfertigung des Pflegevertrages auszuhändigen.

Wann ist eine Neufassung erforderlich?

§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB XI:

Der Pflegedienst hat den Pflegebedürftigen vor Vertragsschluss und bei jeder **wesentlichen Veränderung** in der Regel schriftlich über die voraussichtlichen Kosten zu unterrichten.

MB		ja	nein	t. n. z.
14.1.5	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein:				
<input type="checkbox"/>	Leistung gar nicht erbracht			
<input type="checkbox"/>	Leistung häufiger in Rechnung gestellt als erbracht			
<input type="checkbox"/>	Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt als erbracht			
<input type="checkbox"/>	Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein			
<input type="checkbox"/>	Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein			
<input type="checkbox"/>	Fehlende Handzeichen			
<input type="checkbox"/>	Sonstiges, welche:			
Freitext:				

Erläuterung zur Prüffrage 14.1.5:

Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung gestellten Leistungen nachvollziehbar ist.

...soll die Versorgung warten?

- Der Pflegedienst übernimmt am berühmten Freitagnachmittag einen Neukunden aus dem Krankenhaus. Ein Pflegevertrag wird erst Tage später geschlossen.
- Der Kunde wählt spontan andere Leistungen (Duschen statt Baden).
- Der Kunde möchte von vornherein täglich weitgehend spontan wählen.
- Der Kunde will den Pflegevertrag erst durch seine Schwiegertochter, einer entfernt wohnenden Rechtsanwältin, zur Prüfung vorlegen usw.

RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

48

§ 16 Abs. 4
Rahmenvertrag
nach § 132a
SGB V
Schleswig-
Holstein

(4) Pflegekräfte ohne formale Qualifikation können Maßnahmen der Behandlungspflege erbringen, soweit diese nachweislich über die materielle Qualifikation nach Absatz 6 verfügen. Diese Pflegekräfte können folgende Leistungen der Behandlungspflege erbringen:

- Inhalationen
- Einreibungen
- Kälteträger auflegen
- Dermatologische Bäder
- Kompressionsstrümpfe/-strumpfhosen ab Klasse II an- bzw. ausziehen
- Abnehmen eines Kompressionsverbandes
- Medikamente verabreichen/ eingeben mit folgenden Ausnahmen:
 - BTM-Pflaster
 - Bedarfsmedikation
 - Gabe von Augentropfen, wenn sich die Gabe auf mehr als ein Medikament bezieht.

51

§ 16 Abs. 6
Rahmenvertrag
nach § 132a
SGB V
Schleswig-
Holstein

(6) Die verantwortliche Pflegefachkraft stellt sicher, dass Pflegekräfte nach Absatz 4 und 5 entsprechend ihrer materiellen Qualifikation eingesetzt werden. Damit liegt die Verantwortung für die

- Feststellung des notwendigen Wissens, Könnens und der entsprechenden Eignung
- Delegation der Pflegemaßnahmen
- regelmäßige Überprüfung der fachgerechten Durchführung sowie die Ergebnisqualität

bei der verantwortlichen Pflegefachkraft.

Das notwendige Wissen umfasst insbesondere die theoretischen Grundkenntnisse der jeweiligen behandlungspflegerischen Maßnahme, Kenntnisse von Risiken, Komplikationen, typische Fehlerquellen und zielgerichteter Folgehandlungen sowie die jeweiligen praktischen Grundkenntnisse zur Durchführung, einschließlich hygienischer Verfahrensregeln.

Zur Feststellung der Eignung überprüft die verantwortliche Pflegefachkraft, ob die jeweilige behandlungspflegerische Maßnahme von der Pflegekraft durchgeführt werden kann. Die Pflegekraft hat schriftlich zu bestätigen, ob sie die jeweilige Maßnahme durchführen kann.

52

§ 13 Abs. 2
Rahmenvertrag
nach § 132a
SGB V NRW
(Privat)

f. Altenpflegehelfer/innen

g. Sonstige geeignete Personen, soweit sie über eine 2-jährige Berufserfahrung in der Pflege sowie über ein dreimonatiges Praktikum im Bereich der Behandlungspflege in Vollzeit verfügen; für Teilzeitbeschäftigte verlängert sich die qualifizierende Beschäftigungszeit entsprechend.

Der Einsatz von Altenpflegehelfer/innen sowie sonstiger geeigneter Personen setzt einen dokumentierten Schulungsnachweis über eine sach- und fachgerechte theoretische Schulung von mindestens 186 Stunden durch ein Fort- bzw. Weiterbildungsinstitut (Curriculum siehe Anlage 5), den Nachweis eines mindestens dreimonatigen Praktikums zur Anleitung und Einarbeitung durch eine dreijährig examinierte Pflegefachkraft in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (Anlage 6) sowie die Bestätigung der zuständigen Stellen voraus.

Durch die Personenkategorie der Leistungsgruppen

Sonstige Kräfte, die an der Pflege zu erbringen, können auch weiterhin diese Leistungen erbringen. Der Anteil der erbrachten Leistungen durch Personen nach Buchstabe f) und g) an den Leistungen der Behandlungspflege des Leistungserbringers darf je Kalendermonat 40 v. H. nicht übersteigen.

Achtung: § 17 Abs. 2 Rahmenvertrag nach § 132a SGB V NRW (LfK mit den Primärkassen) nur 30 %!

53

§ 9 Pflegerkräfte

- (1) Der Pflegedienst kann darüber hinaus weitere geeignete Kräfte einsetzen, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege unter nachweisbarer Anleitung und Verantwortung und Kontrolle einer Pflegefachkraft gemäß § 6a erbringen.
- (2) Über den Einsatz der im Einzelfall in Frage kommenden Pflegekraft entscheidet die leitende Pflegefachkraft entsprechend der Qualifikation.

§ 9 Rahmenvertrag nach § 132a SGB V Thüringen

54

§ 17 Pflegerkräfte

Der Leistungserbringer kann darüber hinaus weitere geeignete Kräfte einsetzen, die Leistungen unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft nach § 15 erbringen.

§ 17 Rahmenvertrag nach § 132a SGB V Bayern

55

§ 7 Abs. 4
Rahmen-
vertrag
nach § 132a
SGB V
Niedersach-
sen

(4) Pflegekräfte ohne formale Qualifikation können für Versicherte, bei denen die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit nach § 15 SGB XI vorliegen und diese gleichfalls eine Leistung nach § 36, § 38 oder § 39 SGB XI beziehen, Maßnahmen der Behandlungspflege erbringen, soweit diese nachweislich über die materielle Qualifikation nach Abs. 5 verfügen. Diese Pflegekräfte können folgende Leistungen der Behandlungspflege erbringen:

Inhalationen, Einreibungen, Kälteträger auflegen, Dermatologische Bäder, Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose ab Klasse II an- bzw. ausziehen sowie Medikamente verabreichen/ eingeben.

(5) Die verantwortliche Pflegefachkraft stellt sicher, dass Pflegekräfte nach Abs. 4 entsprechend ihrer Eignung eingesetzt werden. Damit liegt die Verantwortung für

- die Feststellung des notwendigen Wissens, Könnens und die entsprechende Eignung (materielle Qualifikation),
- die Delegation der Pflegemaßnahmen,
- die regelmäßige Überprüfung der fachgerechten Durchführung sowie der Ergebnisqualität, bei der verantwortlichen Pflegefachkraft.

Das notwendige Wissen umfasst insbesondere die theoretischen Grundkenntnisse der jeweiligen behandlungspflegerischen Maßnahme, Kenntnisse von Risiken, Komplikationen, typischer Fehlerquellen und zielgerichteter Folgehandlungen sowie die jeweiligen praktischen Grundkenntnisse zur Durchführung, einschließlich hygienischer Verfahrensregeln.

Das notwendige Können umfasst das Beherrschen der selbständigen Durchführung der jeweiligen behandlungspflegerischen Maßnahme.

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
						

HKP-Verordnung: 2 x täglich Medigabe

§ 7 Abs. 4
Rahmen-
vertrag
nach § 132a
SGB V
Niedersach-
sen

(4) Pflegekräfte ohne formale Qualifikation können für Versicherte, bei denen die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit nach § 15 SGB XI vorliegen und diese gleichfalls eine Leistung nach § 36, § 38 oder § 39 SGB XI beziehen, Maßnahmen der Behandlungspflege erbringen, soweit diese nachweislich über die materielle Qualifikation nach Abs. 5 verfügen. Diese Pflegekräfte können folgende Leistungen der Behandlungspflege erbringen:

Inhalationen, Einreibungen, Kälteträger auflegen, Dermatologische Bäder, Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose ab Klasse II an- bzw. ausziehen sowie Medikamente verabreichen/ eingeben.

(5) Die verantwortliche Pflegefachkraft stellt sicher, dass Pflegekräfte nach Abs. 4 entsprechend ihrer Eignung eingesetzt werden. Damit liegt die Verantwortung für

- die Feststellung des notwendigen Wissens, Könnens und die entsprechende Eignung (materielle Qualifikation),
- die Delegation der Pflegemaßnahmen,
- die regelmäßige Überprüfung der fachgerechten Durchführung sowie der Ergebnisqualität, bei der verantwortlichen Pflegefachkraft.

Das notwendige Wissen umfasst insbesondere die theoretischen Grundkenntnisse der jeweiligen behandlungspflegerischen Maßnahme, Kenntnisse von Risiken, Komplikationen, typischer Fehlerquellen und zielgerichteter Folgehandlungen sowie die jeweiligen praktischen Grundkenntnisse zur Durchführung, einschließlich hygienischer Verfahrensregeln.

Das notwendige Können umfasst das Beherrschen der selbständigen Durchführung der jeweiligen behandlungspflegerischen Maßnahme.

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
						

...kommt aber das Duschen dazu, dann ...

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
						

Der Wahnsinn hat einen Ort: Niedersachsen!

Leistungskomplexkatalog Niedersachsen

Leistungskomplex 4

Große Pflege I - Grundpflege -



beinhaltet i. d. R.

- **An-/Auskleiden**
 - die Auswahl der Kleidung
 - das An- und Auskleiden
 - das An- und Ablegen von Körperersatzstücken
- **Waschen (Ganzkörperwaschung) / Duschen**
 - das Waschen bzw. das Duschen und die anschließende Hautpflege des ganzen Körpers, d. h. Gesicht, Oberkörper, Rücken oder Genitalbereich / Gesäß, Beine und Füße
 - ggf. Waschen und Trocknen der Haare
 - ggf. einfaches Schneiden der Finger- und Fußnägel
 - der Gang zur Toilette und die Begleitung zur Waschgelegenheit
 - ggf. Unterstützung bei der physiologischen Blasen- und Darmentleerung.
- **Mund-/Zahnpflege**
 - die Lippenpflege,
 - Zahnprothesenversorgung
 - die Mundhygiene

Punktzahl: 360

Leistungskomplex 5

Große Pflege II - Grundpflege -



beinhaltet i. d. R.

- **An-/Auskleiden**
 - die Auswahl der Kleidung
 - das An- und Auskleiden
 - das An- und Ablegen von Körperersatzstücken
- **Ganzkörperwaschung im Vollbad**
 - das Waschen im Vollbad und die anschließende Hautpflege des ganzen Körpers, d. h. Gesicht, Oberkörper, Rücken oder Genitalbereich / Gesäß, Beine und Füße
 - ggf. Waschen und Trocknen der Haare
 - ggf. einfaches Schneiden der Finger- und Fußnägel
 - der Gang zur Toilette und die Begleitung zur Waschgelegenheit
 - ggf. Unterstützung bei der physiologischen Blasen- und Darmentleerung.
- **Mund-/Zahnpflege**
 - die Lippenpflege
 - Zahnprothesenversorgung
 - die Mundhygiene

Punktzahl: 450

§ 13 Abs. 4
Rahmenvertrag
nach § 132a
SGB V NRW
(Wohlfahrt)
vom 1.10.2015

§13

Berechtigung zur Abgabe der Leistungen

(4) Behandlungspflegen (§ 37 SGB V) dürfen ausschließlich durch die nachfolgend genannten Personenkreise erbracht werden:

(...)

- f) Altenpflegehelfer/innen
- g) Sonstige geeignete Personen soweit sie über eine 2-jährige Berufserfahrung in der Pflege sowie über ein dreimonatiges Praktikum im Bereich der Behandlungspflege in Vollzeit verfügen; für Teilzeitbeschäftigte verlängert sich die qualifizierende Beschäftigungszeit entsprechend.

Der Einsatz von Altenpflegehelfer/innen sowie sonstiger geeigneter Personen setzt einen dokumentierten Schulungsnachweis über eine sach- und fachgerechte theoretische Schulung von mindestens 140 Stunden des jeweiligen Bildungsträgers sowie die Bestätigung der zuständigen Stellen voraus. Die Zustimmung gilt, soweit die formalen Voraussetzungen erfüllt sind, bis zur Rückmeldung der zuständigen Stellen. Durch diesen Personenkreis dürfen ausschließlich Leistungen der Leistungsgruppen 1 und 2 erbracht werden.

Sonstige Kräfte, die am 30.09.2015 berechtigt waren, Leistungen der Behandlungspflege zu erbringen, können auch weiterhin diese Leistungen erbringen.

Personenbezogen,
arbeitgeberbezogen oder
einrichtungsbezogen?

62

§ 13 Abs. 2
Rahmenvertrag
nach § 132a
SGB V NRW
(Wohlfahrt)
vom 1.12.2005

sonstige geeignete Personen, soweit sie über eine dem Leistungsspektrum der Behandlungspflege entsprechende 2-jährige Berufspraxis in Vollzeit verfügen. Der Einsatz von sonstigen geeigneten Personen setzt den Nachweis der 2-jährigen Berufspraxis, einen dokumentierten Schulungsnachweis über eine sach- und fachgerechte theoretische Schulung von mindestens 140 Stunden des jeweiligen Bildungsträgers sowie die Bestätigung der zuständigen Stellen voraus. Die Zustimmung gilt, soweit die formalen Voraussetzungen erfüllt sind, bis zur Rückmeldung der zuständigen Stellen. Durch diesen Personenkreis dürfen ausschließlich Leistungen der Leistungsgruppe 1 erbracht werden. *

Protokollnotiz zu § 13 Absatz 2

Sonstige Kräfte, die nach dem Vertrag vom 28.10.1998 am 30.11.2005 berechtigt waren, Leistungen der Behandlungspflege zu erbringen, können auch weiterhin diese Leistungen erbringen. Der Träger des ambulanten Pflegedienstes wird bis zum 28.02.2006 eine Liste mit den entsprechenden Mitarbeiter/innen den zuständigen Stellen zur Verfügung stellen.

63



Erste Erfahrungen

Mitglied Nr. 10000

Pflegekennz. ZH

KNAPPSCHAFT
Abteilung 118 - Vertrags- und
Versicherungsbereich
Kassenstraße 1
52074 Aachen
Tel. 0241 324-0
www.knappschaft.de
Das Zeichen Ihre Nachricht vom
Einschreibungsdatum
02.02.2017

strümpfen über ein Jahr, bzw. mehr als drei Jahre zurück. Bei allen Versicherten werden seit 2015 oder sogar seit 2014 Kompressionsstrümpfe abgerechnet. Eine Kompression bei den vorhandenen Strümpfen kann somit nicht mehr gegeben sein.

Nach dem Hilfemittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes erfolgt die Verordnung von Kompressionsstrümpfen gemäß der Leitlinie „Medizinische Kompressionsstrümpfe“ der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. Die Mindesthaltbarkeit von Kompressionsstrümpfen bei regelmäßiger Nutzung wird mit in der Regel 6 Monaten angegeben. Dies gilt auch bei guter Pflege, da die Haltbarkeit in erster Linie durch das eingesetzte Material begrenzt ist.

Eine Aufstellung unserer überprüften Daten vom 01.12.2016 für die Monate Dezember 2015, sowie Januar und Juni 2016 erstellt, welche in den beiliegenden Unterlagen im Einzelnen aufgeführt sind, zuzüglich der beanstandeten Strümpfe. Vorläufig ergeben sich für 3 Monate Rückforderungen für den Bereich der häuslichen Krankenpflege in Höhe von [redacted] Euro.

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass dieser Betrag als Grundlage für eine Hochrechnung auf den gesamten Prüfzeitraum dient.

Die ermittelte Summe für die beanstandeten Kompressionsstrümpfe werden wir dann, für die Hochrechnung, aus der o.g. Summe ausklammern.

Wir geben Ihnen Gelegenheit, zu unseren Aufstellungen und der vorläufig ermittelten Rückforderung Stellung zu nehmen.

Selbstverständlich sind wir auch zu einem persönlichen Gespräch bereit.

Wir bitten Sie, Ihre Stellungnahme bis zum 06.02.2017 zu übersenden.

Abschließend weisen wir daraufhin, dass dieses Schreiben gleichzeitig eine Anordnung im Sinne des § 24 SGB X ist.

Mit freundlichen Grüßen
Die Geschäftsführung
i.A. [redacted]

Abrechnungsprüfung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie der ambulanten Pflegeversicherung

Sehr geehrte [redacted]

Im Rahmen einer Abrechnungsprüfung sind Unregelmäßigkeiten festgestellt worden.

Die Abrechnungsprüfung für die Zeit vom 01.12.2016 bis 30.11.2016 ergab, dass Mitarbeiter im Bereich der häuslichen Krankenpflege eingesetzt wurden, die nicht über die zureichende Qualifikation verfügen.

Der Einsatz von solchen Personen ist als Pflegepersonal im ad, gemäß § 17 Abs. 2 Bbl. a und des Rahmenvertrags nach §§ 132, 132a Abs. 2 SGB V, an gewisse Voraussetzungen gebunden. Dieser Personenkreis muss bei den zuständigen Kassen beantragt werden und darf erst nach Festlegung für die Abgabe der Leistungsgruppen 1 und 2 im Bereich der Behandlungspflege eingesetzt werden.

Für die beanstandeten Mitarbeiter liegen keine Unterlagen vor, es wurden keine Anträge auf Anerkennung für die jeweiligen Personen gestellt.

An den Versicherten [redacted] wurde unter anderem das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen abgerechnet. Laut unseren Datenbeständen lag, bei [redacted] zu dem im oben genannten Zeitraum, eine entsprechende Anordnung vor, bei [redacted] Jahren. Bei den anderen beiden Versicherten liegen die letzten Verordnungen von Kompressions-

Kompressionsstrümpfe

Es obliegt nicht dem Pflegedienst die Kompressionswirkung von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen zu überprüfen. Diese haben auch kein „Mindesthaltbarkeitsdatum“ oder ein fixes „Verfallsdatum“.

SG Gelsenkirchen, S 45 KR 230/15

Achtung: „Falsches“ Personal

Ein Verstoß gegen Vorschriften, die bestimmte formale oder inhaltliche Voraussetzungen aufstellen, führt dazu, dass eine **Vergütung** selbst dann **nicht beansprucht** werden kann, wenn die Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht worden sind und für den Versicherten geeignet und nützlich sind.

BSG, Urt. v. 28.9.2010 = BSGE 106, 203;

Die Regelungen des Leistungserbringerrechts können ihre Steuerungsfunktion nur dann erfüllen, wenn sie auch vollständig beachtet werden. Hierbei kommt es **nicht** auf die **Schwere des Verstoßes** an.

BSG, Urt. v. 20.4.2016, B 3 KR 23/15 R.

RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

66

... weitere Informationen

Rechtsanwalt Prof. Ronald Richter

RICHTERRECHTSANWÄLTE

Mönckebergstraße 17

20095 Hamburg

040 – 309694 – 81

Fax: – 89

www.richter-rae.de



RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

67

Arbeitsschwerpunkte

- Fachanwalt für Steuerrecht
- Heim-, Gesellschafts-, Sozialversicherungsrecht
- Veröffentlichungen:
 - Die neue soziale Pflegeversicherung, 2. Aufl., NOMOS/ Vincentz
 - LPK-SGB XI, 4. Aufl., NOMOS
 - LPK-HeimG, 2. Aufl., NOMOS
 - Münchener Handbuch Sozialrecht, 4. Aufl., CH Beck
 - Seniorenrecht, 2. Aufl. NOMOS
 - LPK-SGB I, LPK-SGB XI, Das neue Heimrecht, NOMOS
 - Behandlungspflege, 4. Aufl., Vincentz

RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

68

Unsere Beratungsschwerpunkte ...

Heim- und Pflegerecht	Behindertenhilfe	Verein und Stiftung
Leistungsrecht SGB V, XI, XII	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leistungsrecht SGB V, IX, XI, XII ▪ Betreuungsrecht ▪ Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen, § 75 SGB XII ▪ Schiedsstellen-/ Klageverfahren ▪ Werkstätten VO ▪ Betreute Wohnformen ▪ Kostenübernahmen mit Trägern der Sozialhilfe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gründung/ Beratung/ Begleitung von Vereinen und Stiftungen ▪ Gemeinnützigkeit ▪ Fundraising
Vertragsrecht der Einrichtungen		
Vertragsgestaltung		
Vergütungsverhandlungen SGB XI, XII		
Pflegesatzverhandlungen		
Schiedsstellen-/ Klageverfahren		
Qualitätsprüfungen		
Prüfungen der Heimaufsicht		
neue Wohnformen		
		Zivilrecht
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forderungsmanagement ▪ Haftungsrecht ▪ Medizinrecht ▪ Unternehmenskäufe ▪ Legal Due Diligence

RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

69