

## 5. PSG III und die Folgen für unternehmerische Compliance

### Kostenträger erhalten verschärftes Prüfrecht

Das die drei Pflegestärkungsgesetze umfassende Gesetzesvorhaben der vergangenen Jahre hat die gesetzliche Pflegeversicherung, wie wohl kein anderes zuvor in der Geschichte der gesetzlichen Pflegeversicherung reformiert. Durch Verabschiedung des dritten Pflegestärkungsgesetzes findet die große Pflegerechtsreform nun ihren Abschluss. Neben den vordergründigen Themen, wie die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Sozialhilfe und die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege, greift das PSG III auch ein in der Praxis immer wichtiger werdendes Thema für Anbieter von Pflegeleistungen auf: Die Vermeidung und Bekämpfung von betrügerischem Verhalten bei der Abrechnung von Pflegeleistungen. Diese gesetzgeberischen Ziele betreffen auch einen Bereich, der bei einer modernen Unternehmensführung eine wichtige Rolle einnehmen sollte: Die Compliance.

#### Was bedeutet Compliance im Kontext der Pflege?

Der ursprünglich aus dem anglo-amerikanischen Rechtskreis stammende Begriff der Compliance wird in der betriebswirtschaftlichen Fachsprache als ein Sammelbegriff für die Einhaltung von Gesetzen, Richtlinien, aber auch von selbstauferlegten Codizes bezeichnet. Im Wesentlichen geht es um die Herstellung und Erhaltung von Rechtskonformität.

Mit Blick auf die Pflegewirtschaft sind neben den branchenübergreifenden Themen, wie bspw. die Beachtung von straf-, arbeits- und wettbewerbsrechtlichen Vorgaben und dem Datenschutz eine Vielzahl an Regelungen aus den unterschiedlichsten Rechtsquellen zu beachten: Die sozialrechtlichen Bestimmungen, die Vereinbarungen mit den Kostenträgern sowie die Landesrahmenverträge; darüber hinaus gewinnen die landesspezifischen heimordnungsrechtlichen Vorschriften an Bedeutung. Die genannten Beispiele stellen nur einen Ausschnitt dessen dar, was Anbieter von Pflegeleistungen bei der Betriebsführung zu beachten haben. Das Zusammenspiel der Bestimmungen ist äußerst vielfältig und gerät im Praxisalltag nicht selten aus dem Blickfeld, da oftmals die effiziente Leistungserbringung im Vordergrund steht.

Dass aber auch „unbeabsichtigte“ Verstöße gegen Rechtspflichten mitunter zu empfindlichen Strafen bis hin zum Entzug der Betriebserlaubnis führen oder die Kündigung des Versorgungsvertrags nach sich ziehen können, ist vielen nicht immer bewusst.

Bereits im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 wurden verschärfte Maßnahmen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingeführt. In den §§ 197 a SGB V, 47 a SGB XI wurde eine rechtliche Basis zur effektiveren Verfolgung bei zweckwidriger Nutzung von Finanzmitteln der Kostenträger geschaffen. Hierzu wurden u. a. bei allen gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ etabliert. Diese Stellen haben auch die Möglichkeit, bei Verdacht auf strafbare Handlungen die Staatsanwaltschaft einzuschalten.

Mit Inkrafttreten des Antikorruptionsgesetzes im Juni letzten Jahres wurde ein weiteres Signal gegen rechtswidriges Verhalten im Gesundheitswesen gesetzt. So wurden in das Strafgesetzbuch neue Tatbestände aufgenommen, die die Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen zum Gegenstand haben (§§ 299 a, 299 b und 300 StGB). Auch Angehörige der Pflegeberufe können hiervon betroffen sein, auch wenn der gesetzgeberische Impuls nicht unmittelbar auf diesen Adressatenkreis abzielte.

Mit dem PSG III hat der Gesetzgeber nun ein erweitertes Maßnahmenbündel zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug geschaffen.

Die Krankenkassen, welche Leistungen der häuslichen Krankenpflege vergüten, haben nun die Möglichkeit von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen gegenüber ambulanten Pflegediensten. Die Pflegekassen können bei Pflegeeinrichtungen nunmehr zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen auch Abrechnungsprüfungen durchführen.

#### Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege

Pflegedienste, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen, konnten nach den bisherigen Regelungen nicht im Rahmen der Qualitätsprüfungen der Pflegeversicherung geprüft werden. Diese Lücke wird nun durch die Vorschrift des § 275 b SGB V geschlossen werden. Danach erhält der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) nun bei Anbietern, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen, ein systematisches Prüfrecht. Dies bedeutet, dass Pflegedienste, die mit den Krankenkassen Verträge über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abgeschlossen haben und keiner Regelerprüfung nach den Vorschriften des SGB XI unterliegen, künftig von

den Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen des MDK erfasst werden. Entsprechend wurde in den Vorschriften über die Qualitätsprüfungen der Pflegeversicherung aufgenommen, dass die erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege in die Regelprüfungen einzubeziehen sind, unabhängig davon, ob die Pflegeversicherung Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI erbringt.

Die Einzelheiten zur Durchführung der Prüfungen sollen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einer Richtlinie festgelegt werden. Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege ist künftig zusätzlich zu den Angaben nach § 302 Abs. 1 SGB V die Zeit der Leistungserbringung anzugeben.

#### **Abrechnungsprüfungen der Pflegeversicherung**

Nach der Vorschrift des § 79 SGB XI hat die Pflegeversicherung die Möglichkeit die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflegeleistungen zu überprüfen. Nunmehr erweitert sich diese Prüfmöglichkeit auf Abrechnungsprüfungen. Diese Prüfungen kann die Pflegekasse bei Bestehen tatsächlicher Anhaltspunkte selbst oder durch bestellte Sachverständige durchführen lassen. Die Prüfungen beziehen sich auf die Abrechnung von Leistungen, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden, sowie auf die Abrechnung der Leistungen der Unterkunft und Verpflegung.

#### **Erweiterung der Regelungen in Rahmenverträgen**

Eine Änderung der Vorschrift zu den Rahmenverträgen (§ 75 SGB XI) sieht vor, dass diese um konkrete Vorgaben zu Vertragsvoraussetzungen und Vertragserfüllung erweitert werden sollen. Dadurch soll, wie sich dies aus dem Gesetz ergibt, eine leistungsfähige und wirtschaftliche, pflegerische Versorgung erreicht werden. Aus der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass beispielsweise nähere Kriterien zur Geeignetheit und Zuverlässigkeit des Betriebsinhabers festgelegt werden sollen.

**FAZIT** Angesichts der Instrumente, die der Gesetzgeber den Kostenträgern und Prüfbehörden mittlerweile zur Verfügung gestellt hat, empfiehlt es sich, bei der Unternehmensführung das Thema Compliance stärker in den Fokus zu nehmen.

Autoren:

**Sibylle Scheer**

Rechtsanwältin

[sibylle.scheer@curacon-recht.de](mailto:sibylle.scheer@curacon-recht.de)

**Lena Ertlmaier**

Rechtsanwältin

[lena.ertlmaier@curacon-recht.de](mailto:lena.ertlmaier@curacon-recht.de)