

Optimierung des Verfahrens zum Abschluss von Versorgungsverträgen gemäß § 132I SGB V - außerklinische Intensivpflege (AKI)

Zur Umsetzung des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) waren die Landesverbände der Krankenkassen und die Leistungserbringer gemäß § 132I Abs. 5 SGB V aufgefordert, bis zum 30.06.2024 gemeinsam neue einheitliche **Verträge über die Versorgung von Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege (AKI)**, einschließlich deren Vergütung und Abrechnung, zu schließen.

Bereits Ende des Jahres 2023 war erkennbar, dass die Kassen wenig Bereitschaft zeigten, um zügig Verhandlungen mit den Leistungserbringern zu führen und damit eine entsprechende Umsetzung des § 132I SGB V zu ermöglichen.

Im Juni 2024 wurde den Landesverbänden der Krankenkassen sogenannte Garantieerklärungen abgerungen, wonach auch ohne neuen Versorgungsvertrag die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach den bisher geltenden Modalitäten erbracht und abgerechnet werden konnten. Aber diese Garantieerklärung trug gerade nicht zu einer Beschleunigung der Vertragsabschlüsse bei.

Bei Befragungen der bpa-Mitglieder, die Leistungen der AKI erbringen, hat sich gezeigt, dass bislang nur etwas mehr die Hälfte über einen neuen Versorgungsvertrag verfügt. In den übrigen Fällen sind hingegen zahlreiche Schiedsverfahren anhängig oder perspektivisch zu führen.

Die Krankenkassen verzögern weiterhin Verhandlungstermine oder setzen sie erst gar nicht fest. Häufig sind sie nicht einmal für eine Terminvereinbarung erreichbar. In anderen Fällen unterbreiten die Kassen Vergütungsangebote, die unterhalb der zuletzt sehr deutlichen Lohnsteigerungen liegen. Viele Anbieter der außerklinischen Intensivpflege geraten so in eine wirtschaftliche Schieflage.

Diese Situation ist unhaltbar und gefährdet die Versorgungssicherheit der Patientinnen und Patienten mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege in ganz Deutschland. Der bpa deshalb einen konkreten Lösungsvorschlag zur Optimierung und Beschleunigung der Vertragsverhandlungen für Leistungen der AKI.

Die verschiedenen Anforderungen der Krankenkassenverbände in einzelnen Bundesländern gehen oft über die Anforderungen der geltenden Rahmenempfehlungen hinaus und erschweren das Verhandlungsgeschehen immens. Deswegen schlägt der bpa vor, dass

Leistungserbringer einen Anspruch auf Vertragsschluss für Leistungen der AKI haben, wenn diese den Anforderungen der geltenden Rahmenempfehlungen gerecht werden. Die einzelnen Leistungserbringer hätten damit tatsächlich einen bundesweit geltenden Leistungsrahmen für die einheitliche Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Daneben besteht ein deutliches Ungleichgewicht in den Verhandlungen. Krankenkassenverbände handeln gemeinsam. Demgegenüber steht derzeit der einzelne Leistungserbringer, der für sich einen individuellen Vertragsschluss erreichen soll. Der bpa sieht die Notwendigkeit, auch den Vereinigungen der Leistungserbringer die Möglichkeit einzuräumen, durch **kollektive Verfahren für Gruppen von Leistungserbringern die Verträge zu schließen**. Solche Verfahren sind deutlich effizienter und bilden auch in den anderen Leistungsbereichen für Pflegedienste die Grundlage zur Sicherstellung.

Es ist notwendig, mit geeigneten Maßnahmen darauf hinzuwirken, dass Leistungserbringern, die einen Versorgungsvertrag gemäß § 132i SGB V schließen möchten, dieser Abschluss inklusive einer wirtschaftlichen Vergütung ermöglicht wird. Dazu werden folgende Änderungsvorschläge unterbreitet.

§ 132i SGB V wird wie folgt geändert:

§ 132i Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung

(1) ¹ Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Erbringer von Leistungen nach Absatz 5 Nummer 3 maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund und unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Oktober 2022 gemeinsame Rahmenempfehlungen über die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege zu vereinbaren. ² Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ³ Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. ⁴ ~~Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Verträgen nach Absatz 5 zugrunde zu legen.~~ Leistungserbringer, die die in den Rahmenempfehlungen für den jeweiligen Leistungsort festgelegten personellen und strukturellen Anforderungen erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines Vertrages nach Absatz

5 nach Maßgabe der Rahmenempfehlungen.

(2) unverändert

(3) unverändert

(4) unverändert

(5) unverändert

[Neu: Absatz 5a]

(5a) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich schließen nach Aufforderung durch eine Vereinigung der Leistungserbringer im Land mit dieser einen gemeinsamen Vertrag nach Absatz 5 Satz 1 für die Leistungserbringer, die ihre Zustimmung gegeben haben.

(6) ¹ Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt des Versorgungsvertrages nach Absatz 5 **oder Absatz 5a** durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. ² Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt; Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson durch das Bundesamt für Soziale Sicherung haben keine aufschiebende Wirkung. ³ Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts sind gegen den Vertragspartner zu richten. ⁴ Der von der Schiedsperson festgelegte Vertragsinhalt oder die von der Schiedsperson festgelegten einzelnen Bestimmungen des Vertrages gilt oder gelten bis zur gerichtlichen Ersetzung oder gerichtlichen Feststellung der Unbilligkeit weiter. ⁵ Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

(7) unverändert

(8) unverändert

Begründung:**zu Abs. 1:**

Ein wesentliches Ziel des Gesetzgebers war es unter anderem, einheitliche Grundlagen zur Versorgung der Versicherten mit außerklinischer Intensivpflege zu schaffen, um durch die Vergleichbarkeit der Versorgungsanforderungen an die Leistungserbringer ein erhöhtes Maß an Qualitätssicherung für den Bereich der außerklinischen Intensivpflege fortzuentwickeln.

Zur Umsetzung dieses Ziels hat der Gesetzgeber gemeinsame und einheitliche Versorgungsverträge der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen einerseits aufgenommen und andererseits Rahmenempfehlungen auf Bundesebene durch die Selbstverwaltung geschaffen, welche gezielt sächliche und personelle Anforderungen an die Leistungserbringung zu formulieren hatten, um den Versorgungsverträgen nach § 132I Abs. 5 SGB V zugrunde zu liegen.

Nunmehr zeigt die Umsetzung dieses gesetzlichen Auftrages insbesondere auf der Ebene der Versorgungsverträge, dass die Rahmenempfehlungen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nur sehr partiell und in anderen Teilen deutlich abweichend in den Versorgungsverträgen Berücksichtigung finden sollen. Diese abweichenden Regelungen betreffen nicht etwa regionale Besonderheiten, sondern greifen tief in den Regelungsgehalt der Rahmenempfehlungen ein und widersprechen den dort niedergelegten Bestimmungen teilweise ganz grundsätzlich.

Hintergrund ist ein von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf Bundesebene gefertigter „Mantelvertrag“, der als Vorlage in allen Bundesländern für einen Versorgungsvertrag nach § 132I Abs. 5 SGB V dienen soll. Dieser sogenannte Mantelvertrag hat nicht nur in seiner Systematik, sondern auch mit den dort verankerten Inhalten kaum mehr etwas mit der Rahmenempfehlung nach § 132I Abs. 1 SGB V zu tun. Damit wird der gesetzliche Auftrag ganz wesentlich konterkariert und es werden die durch die Rahmenempfehlungen festgesetzten Bestimmungen zum Teil deutlich umgangen. Die vom Gesetzgeber gewünschte Vereinheitlichung der Anforderungen an die Leistungserbringung durch gemeinsame und einheitliche Verträge auf Grundlage der Rahmenempfehlungen wird faktisch ausgehebelt.

Es entstehen von Bundesland zu Bundesland wieder unterschiedliche Vertragswerke mit unterschiedlichen inhaltlichen Anforderungen.

Um das vom Gesetzgeber geforderte Maß zur Umsetzung der vertraglichen Anforderungen interessengerecht abzubilden, ist es daher erforderlich sicherzustellen, dass die Inhalte der Rahmenempfehlung auf Bundesebene tatsächlich in den Versorgungsverträgen nach Abs. 5 umzusetzen sind.

Begründung zu Abs. 5a:

Weil der Gesetzgeber eine stärkere Vereinheitlichung im Leistungsbereich der außerklinischen Intensivpflege wünscht, hat er auf der Ebene der Versorgungsverträge die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesetzlich beauftragt, diese (nur noch) gemeinsam und einheitlich mit zuverlässigen Leistungserbringern zu verhandeln. Um der gesetzlichen Zielsetzung einer verbesserten Qualitätssicherung durch einheitliche strukturelle Vorgaben über einheitliche Verträge tatsächlich gerecht zu werden, ist es sinnvoll, die Möglichkeit zu eröffnen, Versorgungsverträge auch über Trägervereinigungen von Leistungserbringern mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen abschließen zu können. Dieses Instrument hat sich bereits seit vielen Jahren in der häuslichen Krankenpflege bewährt, wird aber in der außerklinischen Intensivpflege in einigen Bundesländern von den Kostenträgern abgelehnt. Mit einer gesetzlichen Klarstellung, dass auch Trägervereinigungen bzw. maßgebliche Spitzenorganisation für die Leistungserbringer Versorgungsverträge verhandeln können, wird darüber hinaus das Prinzip der Waffengleichheit gestärkt. Die sich derzeit abbildende Verhandlungssituation auf Landesebene ist für die Leistungserbringer gerade deshalb so schwierig, weil die Krankenkassen im Verhandlungsgeschehen durch die gesetzlich einseitige Regelung eine deutliche Übermachtstellung innehaben. Dies gilt es auszugleichen.

Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) bildet mit mehr als **14.000 aktiven Mitglieds-einrichtungen** die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind systemrelevanter Teil der Daseinsvorsorge. Als gutes Beispiel für Public-private-Partnership tragen die Mitglieder des bpa die Verantwortung für rund 395.000 Arbeitsplätze und circa 29.000 Ausbildungsplätze. Die Investitionen in die soziale Infrastruktur liegen bei etwa 31 Milliarden Euro.