

THEMA DER WOCHE

Bundesrahmenempfehlung nach § 132a Abs. 1 SGB V

„Ein Meilenstein“

In den im letzten Jahr festgelegten Bundesrahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege sieht Unternehmensberater Andreas Heiber einen Meilenstein zu besseren Verhandlungen mit den Kassen.

Von Andreas Heiber

Bielefeld // Die Regelungen zur Vergütung und zu Vergütungsverhandlungen sind in der Pflegeversicherung relativ klar und ausführlich in den §§ 85 sowie 89 für die ambulante Pflege geregelt. Hier ist sowohl definiert, was die Mindestvoraussetzungen sind (leistungsgerecht, Tarif, Unternehmerrisiko) als auch die Regelungen des Verfahrens einschließlich Regelungen zur Konfliktlösung in der Schiedsstelle.

Dazu kommt, dass die Pflegekassen immer als gemeinsame Verhandlungsgruppe auftreten müssen und man gemeinsam mit ihnen verhandelt mit Bindungswirkung für alle. Das liegt auch an der bundeweit einheitlichen Finanzierung der Pflegeversicherung.

Rahmen für die Vertragsparteien

Die Krankenversicherung hat eine andere Finanzierung: Es gibt zwar den bundesweit einheitlichen allgemeinen Beitragssatz, aber dann für jede Krankenkasse einen ausgabenabhängigen Zusatzbeitrag, über den der Wettbewerb gefördert werden soll. Daher sind auch Verträge nicht zwangsweise mit allen Krankenkassen im Bundesland vorgesehen, sondern mit jeder Krankenkasse einzeln.

Um die bundesweite Vielfalt einigermaßen zu reduzieren, hat der Gesetzgeber in § 132a, Abs. 1 die Bundesrahmenempfehlung für Häusliche Krankenpflege definiert und in den letzten zehn Jahren inhaltlich ständig erweitert. Sie soll den Rahmen setzen, den die individuellen Vertragspar-

teien in den Ländern beim Abschluss der Verträge nach § 132a, Abs. 4 zu berücksichtigen haben.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz 2019 hat der Gesetzgeber nicht nur im § 132a SGB V die gleichen Tarifgarantien wie im SGB XI aufgenommen, sondern auch noch Regelungen zur Zuschlagsvergütung von längeren Wegezeiten insbesondere im ländlichen Raum. Diese Regelung hat er wortgleich ins SGB XI übernommen und dort auf die verbindlichen Regelungen der Bundesrahmenempfehlung verwiesen. Dabei wurde sogar eine Frist bis zum 30. Juni 2019 in Gesetz geschrieben, bis zu der die neue Rahmenempfehlung stehen sollte.



Foto: Fritz Stockmeier

// Der Verdienst der Bundesrahmenempfehlung ist die Definition und Klärung von vielen Streitpunkten wie der Nettoarbeitszeit. //

Andreas Heiber

Nicht nur pandemiebedingt hat sich die Entwicklung der Bundesrahmenempfehlung bis zum Oktober 2020 hingezogen. Erst dann hat die dafür zuständige Schiedsstelle auf Bundesebene diese Regelungen in § 6 festgelegt.

Inhalte und Bausteine definiert

Die Rahmenempfehlung hat deshalb eine große Bedeutung für die Vergütungsverhandlungen im SGB V und im SGB XI, weil hier erstmals von der Selbstverwaltung viele wesentlichen Inhalte und Bausteine zur Kalkulation und zu Abläufen definiert wurden. Dabei sind ein Teil der Definitionen beispielsweise zur Leistungsgerechtigkeit, zu den Abläufen etc. der Tatsache geschuldet, dass sie im SGB V bisher nicht definiert waren, im SGB XI aber schon.

Da die Schiedsstelle sich am SGB XI bzw. an der gefestigten Rechtsprechung des BSG orientiert hat, sind die getroffenen Regelungen nun auch im SGB V weitgehend deckungsgleich mit dem SGB XI.

Sprachlich klar definiert ist der Unterschied zwischen Kostengrundverhandlungen und Kostensteigerungsverhandlungen. Während bei einer Kostengrundverhandlung eine vollständige Kalkulation die Basis bildet, wird bei einer Kostensteigerungsverhandlung die Richtigkeit der Vorvereinbarung vermutet und es sind dementsprechend die Gründe der Steigerung darzulegen, nicht aber wieder eine komplette Kalkulation. Praktisch betrifft das vor allem die Verhandlungen, die wegen tariflicher oder anderer Steigerun-



Die Bundesrahmenempfehlung hat eine große Bedeutung für die Vergütungsverhandlungen im SGB V und im SGB XI.

Foto: AdobeStock/fotomowo

gen (insbesondere Stufensprünge) der Personalkosten geführt werden. Für diese reicht der Nachweis der Veränderungen zum Vorjahr als Kalkulationsgrundlage. Auch zu den Transparenzvorgaben zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte sind klare Regelungen getroffen worden.

Grundsätzlich beziehen sich die vorzulegenden Kostennachweise nur auf die abgegrenzten Kosten SGB V, aber eine vollständige Offenlegung aller Kostenbereiche (SGB XI, Privat) ist nicht Verhandlungsgrundlage. Voraussetzung ist also immer eine differenzierte Kostenrechnung.

Versorgungsradius und Zuschlag

Interessant ist auch die Definition der Wegevergütung einschließlich der Regelungen für einen Zuschlag bei längeren Wegezeiten: Hier soll pro Dienst ein durchschnittlicher Versorgungsradius definiert werden, in dem die Mehrzahl der versorgten Kunden wohnen. Für Kunden außerhalb dieses Versorgungsgebietes soll es dann

einen Zuschlag geben. Diese sehr theoretische Regelung wird in der praktischen Umsetzung noch viele Probleme mit sich bringen, zumal sich die geografische Kundenverteilung von Jahr zu Jahr ändern kann.

Der Verdienst der Bundesrahmenempfehlung ist die Definition und Klärung von vielen Streitpunkten wie die Definition der Nettoarbeitszeit. Die Inhalte in die Praxis umzusetzen wird nun spannend werden und hat auch Auswirkungen auf die Praxis der Pflegeversicherung. Mehr denn je ist eine differenzierte Kostenrechnung Voraussetzung für alle weiteren Schritte.

■ **Andreas Heiber: Kostenrechnung und Vergütungsverhandlungen.** Vincentz, Hannover 2020. haeusliche-pflege.net/hp-shop

Die Rahmenempfehlung finden Sie unter gkv-spitzenverband.de im Bereich „Krankenversicherung/Ambulante Leistungen/Häusliche Krankenpflege“.